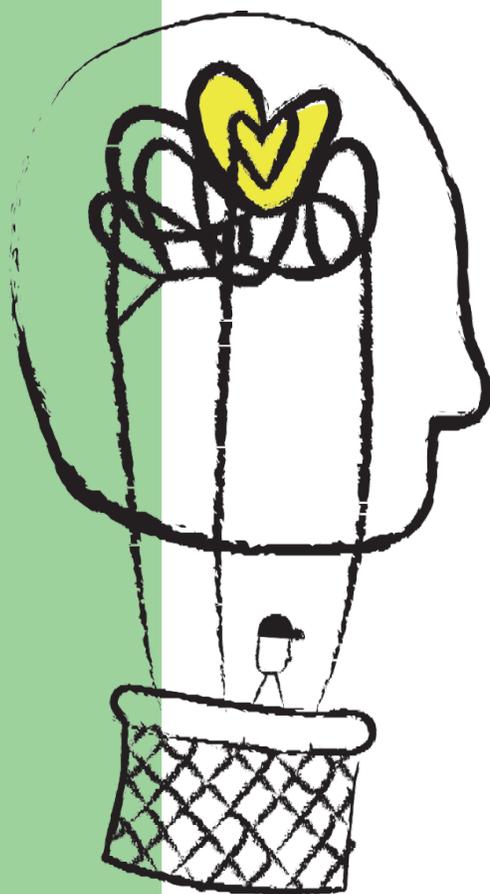




Centre RBC
d'expertise universitaire
en santé mentale

Évaluation de l'implantation de la *Stratégie numérique en prévention du suicide* et de ses effets à court terme



Rapport d'évaluation déposé à
l'Association québécoise de
prévention du suicide

Sous la direction de : **Julie Lane Ph. D., M.A.**,
Professeure spécialisée en transfert des
connaissances et implantation de programmes
probants et Directrice du Centre RBC d'expertise
universitaire en santé mentale

Louis-Philippe Côté, Ph. D. (cand.)
Université du Québec à Montréal

UDS Université de
Sherbrooke

Version du 3 juin 2022

REMERCIEMENTS

Les personnes ayant contribué à la réalisation de ce projet d'évaluation de la Stratégie numérique en prévention du suicide sont nombreuses. Nous souhaitons particulièrement remercier l'Association québécoise de prévention du suicide pour sa contribution au présent rapport ainsi que l'ensemble des personnes répondantes à l'évaluation pour leur intérêt, disponibilité et générosité.

Ce projet d'évaluation a été financé par l'Association québécoise de prévention du suicide.

Il a été réalisé sous la direction de :

Julie Lane Ph. D., M.A., Professeure spécialisée en transfert des connaissances et implantation de programmes probants et Directrice du Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale

Louis-Philippe Côté, Ph. D. (cand.), Université du Québec à Montréal

Liste des autrices et des auteurs du rapport

Noms	Titre et organisations
Luiza Maria Manceau	Professionnelle de recherche, Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale, Faculté d'éducation, Université de Sherbrooke (UDS)
Louis-Philippe Côté	Doctorant, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal (UQAM)
Julie Lane	Professeure adjointe spécialisée en transfert des connaissances et implantation de programmes probants, Département d'études sur l'adaptation scolaire et sociale, Faculté d'éducation, UDS Directrice, Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale, Faculté d'éducation, UDS
Céline Verchère	Directrice associée, Co-responsable de l'axe Impacts, Usages et Société, Laboratoire Nanotechnologies Nanosystèmes Professeure associée, Département de Politique Appliquée, Faculté de Lettres et Sciences Humaines, UDS

Liste des collaboratrices au projet d'évaluation

Noms	Titre et organisations
Jessica Maire	Stagiaire au Laboratoire Nanotechnologies Nanosystèmes
Fabrice Forest	Chargé de valorisation de la recherche, Université Grenoble-Alpes
Véronique Landry	Conseillère aux contenus numériques, AQPS
Mélissa Goodfellow	Professionnelle de recherche, Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale, Faculté d'éducation, UDS
Sèverine Lanoue	Professionnelle de recherche, Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale, Faculté d'éducation, UDS
Jérôme Gaudreault	Directeur général, Association québécoise de prévention du suicide (AQPS)
Luc Massicote	Directeur de suicide.ca et Conseiller à la stratégie numérique en prévention du suicide, AQPS
Mélanie Rembert	Conseillère en éthique et responsabilité à la Stratégie numérique, AQPS
Françoise Roy	Responsable clinique de l'intervention numérique, AQPS

Approbation du comité éthique de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke : Projet n° 2021-4016

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	i
LISTE DES TABLEAUX	vii
LISTE DES FIGURES	x
LISTE DES ABRÉVIATIONS	xi
RÉSUMÉ.....	xii
1. CONTEXTE.....	1
1.1 La problématique du suicide au Québec	1
1.2 L’offre de services et les enjeux pour rejoindre certaines clientèles vulnérables	1
1.3 La stratégie numérique en prévention du suicide	2
1.4 Les technologies numériques en prévention du suicide et santé mentale	2
1.4.1 Les écrits sur les technologies numériques et la prévention du suicide	2
1.4.2 Les enjeux d’implantation des technologies numériques et l’importance de recherches supplémentaires.....	4
1.4.3 Le modèle d’action et le modèle de changement de la SNPS.....	4
1.5 La pertinence d’évaluer la SNPS	5
2. MÉTHODOLOGIE.....	6
2.1 L’approche	6
2.2 Les questions de recherche.....	6
2.3 Les cadres de référence de l’évaluation	7
2.3.1 La science de l’implantation au service des enjeux d’implantation des technologies numériques.....	7
2.3.2 Knowledge-to-Action de Straus, Tetroe et Graham (2011)	9
2.3.3 Consolidated Framework for Implementation Research de Damshroder et al. (2009).....	10
2.3.4 TransFormation de Lane et Gagné (2009)	11
2.3.5 Conception assistée par les usages pour les technologies de l’innovation et du changement de Mallein et Toussaint (1994)	12
2.4 Les méthodes de collecte et d’analyse	14
2.4.1 Les sources de données.....	14
2.4.1.1 Les données secondaires relatives à suicide.ca	14
2.4.1.2 Les données secondaires relatives aux personnes intervenantes du SIN	14
2.4.1.3 Les documents de la SNPS portant sur la SNPS	15
2.4.1.4 L’observation d’activités et du matériel de formation à l’intervention numérique.....	15
2.4.1.5 Les entrevues individuelles semi-dirigées auprès des acteurs de la structure de gouverne et de membres de l’équipe d’intervention numérique	15

2.4.5.6 Les entrevues individuelles semi-dirigées auprès des personnes utilisatrices de suicide.ca	16
2.4.1.7 Le questionnaire sur les perceptions de suicide.ca des partenaires de la SNPS	17
2.4.2 L'analyse de données	17
2.4.2.1 Les données quantitatives	17
2.4.1.2 Les données qualitatives.....	17
3. RÉSULTATS	18
3.1 La SNPS	18
3.1.1 La structure de gouverne de la SNPS	18
3.1.1.1 Les parties prenantes.....	18
Les instances/acteurs dédiées à la SNPS	18
La compétence et la complémentarité des acteurs clés	22
3.1.1.2 Les valeurs au cœur de la SNPS	22
La prévention du suicide.....	22
La protection et la sécurité des renseignements personnels	23
La collaboration des parties concernées	23
3.1.1.3 Les sous-fonctions de la gouvernance	23
La responsabilité et la transparence.....	24
La participation	25
L'adéquation de l'organisation	30
La régulation	31
La production de données/L'intelligence	33
3.1.2 Le processus d'implantation de la SNPS	35
3.1.2.1 Les actions préalables au projet de SNPS	37
3.1.2.2 La phase exploratoire.....	37
3.1.2.3 La planification du projet de SNPS.....	38
3.1.2.4 La conception de suicide.ca fondée sur les savoirs	38
Des fondements solides.....	38
Des outils élaborés et un SIN conçu selon une démarche rigoureuse.....	38
Des activités d'application des connaissances à l'intention de l'équipe d'intervention numérique.....	39
3.1.2.5 Les moyens permettant le suivi et l'évaluation	40
3.1.2.6 Les mesures pour pérenniser la SNPS.....	40
3.1.3 Le parcours de développement des compétences en intervention numérique	41

3.1.3.1 La formation à l'intervention numérique	41
Un programme de formation déployé dans un contexte difficile	41
Des activités et du matériel favorables au transfert des apprentissages.....	42
Une formation à l'intervention numérique appréciée des personnes participantes.....	46
3.1.3.2 L'accompagnement clinique	50
Des ressources en soutien des pratiques en intervention numérique.....	50
Un manque à gagner en matière de soutien à l'accompagnement	52
3.1.4 La prestation de services numérique en prévention du suicide.....	52
3.1.4.1 Le contexte de prestation de services	53
3.1.4.2 L'organisation du travail	53
3.1.4.3 Les moyens techniques offerts par le milieu	54
3.1.4.4 L'environnement social.....	55
3.1.4.5 L'intervention numérique	56
Un protocole d'intervention à respecter	56
Des similitudes avec l'intervention téléphonique	56
Les perceptions relatives à l'intervention numérique en prévention du suicide	57
3.1.5 Les activités de promotion et communications	59
3.2 Les résultats à court terme de la SNPS	60
3.2.1 Le chemin parcouru dans le cadre de la SNPS.....	61
3.2.2 Les retombées de la formation à l'intervention numérique	62
3.2.2.1 L'expérience en intervention en prévention du suicide des personnes intervenantes.....	63
3.2.2.2 Le nombre d'heures approximatif pour compléter les différents blocs d'activités	63
3.2.2.3 La maîtrise des connaissances liées aux compétences ciblées avant/après la formation .	63
3.2.2.4 La différence de perception avant/après la formation du niveau de maîtrise des connaissances liées aux compétences ciblées.....	65
3.2.2.5 Le sentiment d'efficacité personnelle.....	67
3.2.2.6 La motivation à transférer les apprentissages.....	68
3.2.2.7 La perception de l'utilité des apprentissages	68
3.2.3 L'utilisation de suicide.ca et le profil des personnes utilisatrices	69
3.2.3.1 L'analyse des données Google analytiques Web et de l'application mobile Mes outils	69
L'achalandage de suicide.ca du 15 octobre 2020 au 17 octobre 2021.....	69
L'analyse des pointes d'achalandage.....	70
Les personnes utilisatrices occasionnelles et fréquentes.....	71

Les pages consultées par les personnes utilisatrices occasionnelles et fréquentes.....	72
Le nombre de visites sur les pages des trois sections principales de suicide.ca	75
Les portes d'entrée sur suicide.ca	75
Le nombre de téléchargements de l'application Mes outils VS nombre de comptes utilisateurs créés.....	76
3.2.3.2 L'analyse des données quantitatives du service d'intervention numérique par clavardage Web et mobile.....	77
L'analyse des abandons au triage	77
Le nombre d'interventions	78
Le genre et l'âge des personnes utilisatrices	79
Les raisons du contact.....	79
La proximité d'un passage à l'acte suicidaire autodéclarée	81
La sévérité des idéations suicidaires (Suicidal Ideation Attributes Scale)	82
L'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire.....	83
Les mesures de sécurité proposées	86
L'envoi de secours.....	87
Les interventions où la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire n'a pas pu être estimée ..	90
La durée des interventions	90
Les perceptions des intervenants de l'impact de leurs interventions.....	93
Le profil des personnes répondantes au sondage post-intervention.....	95
L'impact des interventions selon les usagers	97
3.2.3.3 L'analyse des données de l'outil d'autoévaluation de suicide.ca.....	98
La sévérité des idées suicidaires, détresse psychologique et santé mentale positive	99
Les résultats au questionnaire d'orientation.....	100
Les résultats aux questionnaires de repérage de troubles psychologiques	101
3.2.4 Les perceptions des personnes utilisatrices de suicide.ca.....	102
3.2.4.1 Dimension technologique	102
3.2.4.2 Dimension des pratiques	108
3.2.4.3 Dimension individuelle.....	115
3.2.4.4 Dimension sociale	119
3.2.5 Les perceptions des partenaires de la SNPS.....	122
3.2.5.1 Le profil des personnes répondantes	122
3.2.5.2 L'utilisation de suicide.ca	123
3.2.5.3 Les perceptions de suicide.ca	125

3.2.5.4 La référence et la recommandation de suicide.ca.....	133
4. DISCUSSION	138
4.1 Des composantes du modèle d'action confirmées	138
4.2 Une gouvernance et des collaborations de qualité	139
4.3 Une mise en œuvre de la SNPS à la fine pointe des connaissances	141
4.4 Un parcours de développement des compétences en intervention numérique favorisant l'application des apprentissages.....	143
4.5 Un service d'intervention numérique en consolidation	145
4.6 Le service d'intervention numérique jugé utile	146
4.8 Des outils numériques qui répondent aux besoins initialement documentés	149
5. CONCLUSION	150
5.1 Les limites et les stratégies d'atténuation.....	150
5.1.1 Le biais de sélection	150
5.1.2 Le biais d'acceptabilité sociale.....	150
LISTE DES RÉFÉRENCES	152
ANNEXE 1 : MODÈLE LOGIQUE GLOBAL DE LA SNPS	157
ANNEXE 2 : MODÈLE DE CHANGEMENT DU SITE INFORMATIONNEL.....	158
2A. Modèle de changement de pages thématiques	158
2B. Modèle de changement de la page <i>Faire le point sur sa santé mentale</i>	159
2C. Modèle de changement de la page <i>Prendre soin de soi</i>	160
2D. Modèle de changement de la page <i>En parler à ses proches</i>	161
2E. Modèle de changement de la page <i>Obtenir des services d'aide</i>	162
ANNEXE 3 : GRILLE D'OBSERVATION D'ACTIVITÉS ET DU MATÉRIEL DE FORMATION À L'INTERVENTION NUMÉRIQUE	163
ANNEXE 4 : GRILLE D'ENTREVUE INDIVIDUELLE SEMI-DIRIGÉE AUPRÈS DES ACTEURS DE LA STRUCTURE DE GOUVERNE	166
ANNEXE 5 : GRILLE D'ENTREVUE INDIVIDUELLE SEMI-DIRIGÉE AUPRÈS DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE D'INTERVENTION NUMÉRIQUE.....	171
ANNEXE 6 : GRILLE D'ENTREVUES INDIVIDUELLES SEMI-DIRIGÉES AUPRÈS DES PERSONNES UTILISATRICES DE SUICIDE.CA.....	174
ANNEXE 7 : QUESTIONNAIRE SUR LES PERCEPTIONS DE SUICIDE.CA DES PARTENAIRES DE LA SNPS..	178

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Dimensions et construits du CFIR de Damshroder et al. (2009)	10
Tableau 2. Ingrédients du cadre TransFormation de Lane et Gagné (2009)	12
Tableau 3. Grille d'analyse selon les critères d'usage CAUTIC de Mallein et Toussaint (1994)	13
Tableau 4. Rôles actuels des membres de l'équipe dédiée à la SNPS de l'AQPS	19
Tableau 5. Rôles actuels des membres de l'équipe d'intervention numérique	21
Tableau 6. Synthèse de l'analyse de la formation à l'intervention numérique sous l'angle des ingrédients d'une formation favorisant le transfert des apprentissages (Lane et Gagné, 2009)	42
Tableau 7. Satisfaction générale à l'égard de la formation à l'intervention numérique	47
Tableau 8. Éléments les plus utiles et les plus appréciés de la formation à l'intervention numérique	47
Tableau 9. Éléments les moins utiles et les moins appréciés de la formation	48
Tableau 10. Propositions d'amélioration de la formation à l'intervention numérique	49
Tableau 11. Répartition des personnes répondantes selon l'expérience préalable en prévention du suicide	63
Tableau 12. Nombre d'heures estimé pour compléter les différents blocs d'activités	63
Tableau 13. Perception de la maîtrise des connaissances liées aux compétences ciblées avant/après la formation par clientèle - personnes suicidaires de 14 ans et plus et 13 ans et moins	64
Tableau 14. Perception de la maîtrise des connaissances liées aux compétences ciblées avant/après la formation par clientèle — proches de personnes suicidaires et personnes endeuillées par suicide	64
Tableau 15. Perception de la maîtrise des connaissances liées aux autres compétences ciblées avant/après la formation	65
Tableau 16. Résultats du test de Wilcoxon pour le niveau de maîtrise des connaissances perçu avant et après pour chacune des compétences ciblées	65
Tableau 17. Résultats du test de Wilcoxon pour le niveau de maîtrise des connaissances perçu avant et après pour chacune des clientèles ciblées	66
Tableau 18. Résultats du test de Mann-Whitney pour le niveau de maîtrise des connaissances perçu avant et après pour les personnes intervenantes avec ou sans expérience en prévention du suicide	66
Tableau 19. Perception de la capacité à mettre en application les compétences ciblées après la formation par clientèle	67
Tableau 20. Perception de la capacité à mettre en application les autres compétences ciblées après la formation	68
Tableau 21. Niveau d'accord avec les affirmations liées à la motivation à transférer les apprentissages	68
Tableau 22. Perception de l'utilité des apprentissages liés à la formation à l'intervention numérique	68
Tableau 23. Événements associés aux pointes d'achalandage	70
Tableau 24. Personnes utilisatrices et fréquence d'utilisation	72
Tableau 25. Les 10 pages les plus consultées par les personnes utilisatrices occasionnelles et fréquentes, en incluant les pages liées à Mes outils	73
Tableau 26. Les 10 pages les plus consultées par les personnes utilisatrices occasionnelles et fréquentes, en excluant les pages liées à Mes outils	74
Tableau 27. Nombre de visites sur les pages des trois grandes sections de suicide.ca	75
Tableau 28. Pages par lesquelles les personnes utilisatrices arrivent sur suicide.ca	76
Tableau 29. Nombre de téléchargements de Mes outils versus nombre de comptes créés	77
Tableau 30. Répartition des personnes utilisatrices selon leur tranche d'âge et leur identité de genre	79

Tableau 31. Répartition des personnes utilisatrices selon la raison du contact, leur identité de genre et leur tranche d'âge _____	80
Tableau 32. Besoins exprimés et problématiques discutés par les personnes utilisatrices _____	80
Tableau 33. Répartition des personnes utilisatrices selon la proximité d'un passage à l'acte autodéclarée, la raison du contact, l'identité de genre et la tranche d'âge _____	82
Tableau 34. Répartition des personnes utilisatrices selon la sévérité des idéations suicidaires (SIDAS-FR), la tranche d'âge et l'identité de genre _____	83
Tableau 35. Répartition des interventions selon l'estimation finale de la dangerosité d'un passage à l'acte et les critères estimés au cours de l'intervention _____	84
Tableau 36. Répartition des interventions selon l'estimation finale de la dangerosité d'un passage à l'acte et les réponses à la question sur la proximité d'un passage à l'acte au triage _____	84
Tableau 37. Répartition des personnes utilisatrices selon leur réponse à la question sur la proximité d'un passage à l'acte et l'estimation finale de l'intervenant _____	85
Tableau 38. Estimation finale de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire en fonction de l'identité de genre et la tranche d'âge _____	86
Tableau 39. Mesures de sécurité proposées en fonction de l'estimation finale de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire _____	87
Tableau 40. Envoi de secours (Note : les totaux varient selon les informations disponibles) _____	88
Tableau 41. Envoi de secours avec intervention selon les caractéristiques des personnes utilisatrices _____	89
Tableau 42. Critères estimés et mesures de sécurité proposées dans les interventions où la dangerosité n'a pu être estimée _____	90
Tableau 43. Durée moyenne des interventions (inclus les interventions d'une durée de 15 à 180 min.) _____	91
Tableau 44. Perception des intervenants de l'impact de leurs interventions _____	93
Tableau 45. Perception de l'impact des interventions selon la réalisation, ou non, d'une estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire de la personne utilisatrice _____	93
Tableau 46. Perception de l'impact des interventions selon le degré de dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire de la personne utilisatrice _____	95
Tableau 47. Représentativité du profil des personnes répondantes suicidaires au sondage post-intervention (temps 0) _____	96
Tableau 48. Pourcentage des personnes répondantes qui ont répondu Plutôt d'accord ou Fortement d'accord _____	97
Tableau 49. Premiers questionnaires de repérage _____	99
Tableau 50. Sévérité des idées suicidaires des personnes utilisatrices de l'autoévaluation, selon leurs scores au K-10 et au Keyes _____	100
Tableau 51. Réponses de 1471 personnes utilisatrices, qui ont complété l'autoévaluation, aux questions d'orientation _____	101
Tableau 52. Réponses de 1471 personnes utilisatrices, qui ont complété l'autoévaluation, aux questionnaires de repérage _____	102
Tableau 53. Appartenance des personnes répondantes à un ordre professionnel _____	123
Tableau 54. Satisfaction globale de suicide.ca _____	125
Tableau 55. Les éléments de suicide.ca les plus appréciés par les personnes répondantes _____	125
Tableau 56. Les améliorations de suicide.ca proposées par les personnes répondantes _____	126
Tableau 57. Satisfaction à l'égard des pages « Je pense au suicide » _____	127
Tableau 58. Satisfaction à l'égard des pages « Je m'inquiète pour un proche » _____	127

<i>Tableau 59. Satisfaction à l'égard des pages « Je suis endeuillé(e) par suicide »</i>	128
<i>Tableau 60. Les éléments des pages informationnelles les plus appréciés par les personnes répondantes</i>	129
<i>Tableau 61. Les améliorations des pages informationnelles proposées par les personnes répondantes</i>	129
<i>Tableau 62. Satisfaction à l'égard la page ou l'application Mes outils</i>	130
<i>Tableau 63. Les éléments de la page ou l'application Mes outils les plus appréciés par les personnes répondantes</i>	131
<i>Tableau 64. Les améliorations de la page ou l'application Mes outils proposés par les personnes répondantes</i>	132
<i>Tableau 65. Satisfaction à l'égard du SIN par clavardage</i>	132
<i>Tableau 66. Les éléments du SIN par clavardage les plus appréciés par les personnes répondantes</i>	133
<i>Tableau 67. Les améliorations du SIN par clavardage proposées par les personnes répondantes</i>	133
<i>Tableau 68. Commentaires sur le contexte et les retombées de la référence de la clientèle vers suicide.ca</i>	134
<i>Tableau 69. Commentaires sur la probabilité de référer suicide.ca vers sa clientèle des personnes répondantes qui ne connaissent pas suicide.ca ou qui ne l'ont jamais visité</i>	136
<i>Tableau 70. Commentaires sur la probabilité de référer suicide.ca vers sa clientèle des personnes répondantes qui connaissent suicide.ca ou qui l'ont déjà visité</i>	137
<i>Tableau 71. Commentaires sur la probabilité de recommander suicide.ca à ses collègues des personnes répondantes qui ne connaissent pas suicide.ca ou qui ne l'ont jamais visité</i>	137
<i>Tableau 72. Commentaires sur la probabilité de recommander suicide.ca à ses collègues des personnes répondantes qui connaissent suicide.ca ou qui l'ont déjà visité</i>	138

LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1. Traduction libre du cadre de référence KTA de Straus et al. (2011)</i>	10
<i>Figure 2. Principales stratégies et actions réalisées dans le cadre de l'implantation de la SNPS</i>	36
<i>Figure 3. Achalandage de suicide.ca du 15 octobre 2020 au 17 octobre 2021</i>	70
<i>Figure 4. Abandons au triage</i>	78
<i>Figure 5. Moyennes des scores au SIDAS selon l'estimation finale de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire</i>	86
<i>Figure 6. Durée moyenne des interventions selon la sévérité des idéations suicidaires et l'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire</i>	92
<i>Figure 7. Durée moyenne des interventions selon la proximité d'un passage à l'acte suicidaire (question du triage) et l'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire</i>	92
<i>Figure 8. Durée moyenne des interventions selon la perception qu'ont les intervenants de l'efficacité de leurs interventions (diminution de la détresse) et de l'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire</i>	94
<i>Figure 9. Durée moyenne des interventions selon la perception qu'ont les intervenants de l'efficacité de leurs interventions (capacité à surmonter ses difficultés) et de l'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire</i>	94
<i>Figure 10. Fréquence de confrontation à la problématique du suicide dans la pratique</i>	123
<i>Figure 11. Sources par lesquelles les personnes répondantes ont entendu parler de suicide.ca</i>	124
<i>Figure 12. Fréquence de visite de suicide.ca dans les trois derniers mois</i>	124
<i>Figure 13. Raisons de visiter suicide.ca</i>	125
<i>Figure 14. Fréquence de référence vers suicide.ca par clientèle</i>	134
<i>Figure 15. Probabilité de référer suicide.ca vers sa clientèle et ses collègues</i>	135

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AOS : Approche orientée vers les solutions

AQPS : Association québécoise de prévention du suicide

CA : Conseil d'administration

CAUTIC : *Conception assistée par les usages pour les technologies de l'innovation et du changement*

CFIR : *Consolidated Framework for Implementation Research*

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CIUSSS de l'Estrie-CHUS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

CPS : Centre de prévention du suicide

CPS02 : Centre de prévention du suicide 02

CPSQ : Centre de prévention du suicide de Québec

CRISE : Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie

CSSS-IUGS : Centre de santé et de services sociaux — Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

KTA : *Knowledge-to-Action*

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

RSSS : Réseau de la santé et des services sociaux

SAM : Suicide Action Montréal

SIDAS : *Suicidal Ideation Attributes Scale*

SIDAS-FR : Version française du *Suicidal Ideation Attributes Scales*

SIN : Service d'intervention numérique

SNPS : Stratégie numérique en prévention du suicide

UDS : Université de Sherbrooke

UQAM : Université du Québec à Montréal

RÉSUMÉ

Au Québec, encore près de 3 personnes s'enlèvent la vie chaque jour. Plusieurs acteurs institutionnels et communautaires sont engagés dans la prévention du suicide et de nombreuses initiatives ont permis de contribuer à la réduction des taux de suicide. Malgré ces initiatives, des efforts supplémentaires doivent être effectués afin de rejoindre les personnes vulnérables au suicide qui ne sont pas rejointes par ces services. Un peu partout dans le monde, plusieurs pays ont mis en place des modalités numériques pour mieux rejoindre ces personnes. Le Québec accuse, depuis longtemps, un retard dans l'utilisation de telles technologies en prévention du suicide.

En mai 2017, l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS) a reçu un financement du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour concevoir une Stratégie numérique en prévention du suicide (SNPS) par l'utilisation des nouvelles technologies pour le Québec. Considérant l'aspect novateur de la SNPS développée par l'AQPS et ses partenaires, elle gagnait donc à faire l'objet d'une évaluation permettant à la fois de contribuer à son développement et son rehaussement ainsi qu'à l'avancement des connaissances.

Cette étude vise à répondre aux deux questions générales suivantes : 1) De quelle manière la SNPS est-elle mise en œuvre ?; 2) Est-ce que la SNPS produit les résultats escomptés chez les personnes utilisatrices de suicide.ca (ou les personnes suicidaires, proches de personne suicidaire et personnes endeuillées par suicide) ainsi que les personnes intervenantes du SIN à court terme ?

Plusieurs cadres de références sont au cœur de cette évaluation de plusieurs issus de la science d'implantation. L'évaluation repose sur des données mixtes (qualitatives et quantitatives) colligées à l'aide de divers outils et obtenues auprès d'une diversité d'acteurs dont : les données secondaires relatives à suicide.ca (les données métriques du comportement des personnes utilisatrices de suicide.ca [127 495 sessions], les données issues des questionnaires d'autoévaluation à l'intention des personnes utilisatrices de suicide.ca [n variable selon le questionnaire], les données issues du questionnaire de triage et de la salle d'attente à l'intention des personnes utilisatrices de suicide.ca avant d'accéder au service d'intervention numérique [SIN] [n=6300], les données issues des questionnaires post-intervention à l'intention des personnes utilisatrices du SIN [n=350]), les données secondaires relatives aux personnes intervenantes du SIN (les réponses du sondage sur l'appréciation et les retombées de la formation à l'intervention numérique des personnes intervenantes [n=40], les résultats du sondage sur l'expérience et les défis vécus par les personnes intervenantes du SIN depuis sa mise en opération, les rapports d'intervention [n=4573]), 39 documents de la SNPS portant sur la SNPS, 2 observations d'activités et du matériel de formation à l'intervention numérique, 13 entrevues individuelles semi-dirigées auprès des acteurs de la structure de gouverne et de membres de l'équipe d'intervention numérique, 33 entrevues individuelles semi-dirigées auprès des personnes utilisatrices de suicide.ca et un questionnaire sur les perceptions de suicide.ca des partenaires de la SNPS complété par 477 personnes.

Plusieurs résultats sont exposés dans ce rapport et permettent de dégager les faits saillants suivants qui sont présentés dans la discussion : 1) Des composantes du modèle d'action sont confirmées; 2) La gouvernance et les collaborations sont de qualité; 3) La mise en œuvre de la SNPS à la fine pointe des connaissances issues de la science d'implantation; 4) Le parcours de développement des compétences en intervention numérique favorise l'application des apprentissages; 5) Le SIN est en consolidation; 6) Le SIN est jugé utile; 7) Les outils numériques proposés par la SNPS répondent aux besoins initialement documentés. Pour chacun de ces faits saillants, la section discussion expose des pistes pour les suites des travaux.

Référence suggérée : Manceau, L.-M., Côté, L.-P., Lane, J. et Verchère, C. sous la direction de Lane, J et Coté, L.-P. (2002). *Évaluation de l'implantation de la Stratégie numérique en prévention du suicide et de ses effets à court terme*. Publication du Centre d'expertise universitaire en santé mentale de l'Université de Sherbrooke.

1. CONTEXTE

1.1 La problématique du suicide au Québec

Au Québec, encore près de 3 personnes s'enlèvent la vie chaque jour (Levesque et al., 2022). Le taux de suicide est 3 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (Levesque et al., 2019)(Levesque et al., 2022). En positionnant le taux global québécois de suicide (13,3 décès par suicide pour 100 000 habitants) sur le plan international, on constate que ce taux s'avère supérieur à d'autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) tels que les Pays-Bas (11,7) et l'Espagne (7), ou même du taux canadien de suicide (11) (Organisation de coopération et de développement économiques, 2022)¹.

1.2 L'offre de services et les enjeux pour rejoindre certaines clientèles vulnérables

Plusieurs acteurs institutionnels et communautaires sont engagés dans la prévention du suicide et de nombreuses initiatives ont permis de contribuer à la réduction des taux de suicide dont l'implantation des réseaux de sentinelles en prévention du suicide déployé dans toutes les régions du Québec, la ligne d'intervention en prévention du suicide qui est disponible en tout temps partout au Québec et la démarche d'implantation de guides de bonnes pratiques en prévention du suicide qui a favorisé la mobilisation de 1290 gestionnaires et la formation de plus de 27 500 personnes intervenantes partout au Québec depuis 2010 (Association québécoise de prévention du suicide, s.d.).

Malgré ces initiatives, des efforts supplémentaires doivent être effectués afin de rejoindre les personnes vulnérables au suicide qui ne sont pas rejointes par ces services. Un peu partout dans le monde, plusieurs pays ont mis en place des modalités numériques pour mieux rejoindre ces personnes. Le Québec accuse, depuis longtemps, un retard dans l'utilisation de telles technologies en prévention du suicide. En 2014, le rapport *Utiliser les nouvelles technologies pour prévenir le suicide : Perspectives d'avenir pour le Québec* (Bazinet, 2014), commandé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), mettait déjà en lumière que le Québec devait aller de l'avant avec l'utilisation de nouvelles technologies en prévention du suicide intégrées et complémentaires aux structures en place. Aujourd'hui, face au contexte de pandémie à COVID-19, le système de santé et de services sociaux se réinvente et se réorganise, ce qui se traduit notamment par l'augmentation du recours aux outils numériques de santé mentale. Ces outils trouvent notamment leur place dans le diagnostic, les soins et le traitement des troubles associés à la santé mentale. Ils se rassemblent sous le terme de « cybersanté mentale » qui réfère à l'utilisation du Web et d'autres technologies de communication électronique pour appuyer et améliorer les conditions et les soins en matière de santé mentale (Wozney et al., 2017).

En mai 2017, l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS) a reçu un financement du MSSS pour concevoir, en collaboration avec une variété de partenaires, une SNPS par l'utilisation des nouvelles technologies pour le Québec.

En raison de la situation actuelle et des besoins criants qui en découlent, le ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux, Lionel Carmant, annonçait récemment un investissement de 100 M\$ pour agir sur plusieurs plans afin d'améliorer l'offre de soins et de services psychosociaux et en santé mentale pour la population du Québec. Reconnaisant l'importance d'agir en prévention du suicide, 4,9 M\$ ont été

¹ Ces taux sont normalisés selon l'âge d'après la population de la zone OCDE en 2010 calculées à partir de données de la Base de données de l'Organisation mondiale de la santé sur la mortalité.

attribués pour déployer de façon accélérée la Stratégie numérique en prévention du suicide (SNPS) et le rehaussement du service d'intervention téléphonique 1 866 APPELLE (Cabinet du ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux, 2020).

1.3 La stratégie numérique en prévention du suicide

Le mandat confié à l'AQPS dans le cadre de la SNPS était de guider le développement de technologies et d'interventions en ligne permettant d'informer à propos du suicide, de repérer les personnes suicidaires, d'offrir de l'aide à la personne suicidaire qui répond moins bien aux ressources traditionnelles et d'augmenter la visibilité de certaines ressources (Association québécoise de prévention du suicide, 2022).

Ces technologies prennent aujourd'hui la forme d'une plateforme Web dédiée à la prévention du suicide. Intitulée suicide.ca, cette plateforme représente un ensemble de services et d'outils numériques destinés à offrir de l'information, de l'aide et du soutien aux personnes qui pensent au suicide, qui sont inquiètes pour un proche ou qui sont endeuillées par suicide. Elle regroupe un site Web et une application mobile qui proposent de l'information, un service d'intervention numérique (SIN) par clavardage et texto ainsi que plusieurs outils d'autogestion de la santé mentale (Association québécoise de prévention du suicide, 2021). Le SIN est assuré par des personnes intervenantes spécialisées qui peuvent discuter de la situation de la personne utilisatrice, lui permettre d'exprimer ce qu'elle vit sans jugement et l'aider à ne pas rester seule avec sa souffrance. Il est ponctuel, confidentiel, gratuit et est uniquement disponible au Québec (Association québécoise de prévention du suicide, 2021). Les outils d'autogestion de la santé mentale disponibles dans la section et l'application Mes outils, dont le compte utilisateur privé, sont conçus pour outiller la personne utilisatrice à prendre soin de sa santé mentale et assurer sa sécurité. Elle choisit comment et quand les utiliser à partir d'un espace privé. Cette expérience connectée est accessible partout au Canada (Association québécoise de prévention du suicide, 2021).

L'AQPS a souhaité ancrer le développement de la SNPS dans un processus de prise de décisions fondée sur des preuves scientifiques, contextuelles et expérientielles. Un processus, issu de la science de l'implantation, a ainsi été mis en place afin d'actualiser cette intention (Lane et al., 2021).

1.4 Les technologies numériques en prévention du suicide et santé mentale

1.4.1 Les écrits sur les technologies numériques et la prévention du suicide

Dans sa synthèse des connaissances, le Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE) de l'UQAM aborde le profil de l'internaute suicidaire ainsi que les initiatives reconnues et prometteuses utilisant les technologies numériques en prévention du suicide (Labelle et al., 2018). Une étude de portée réalisée par Rassy et al. fait le point sur l'avancement des connaissances depuis la publication de la synthèse du CRISE de l'UQAM en 2018 (Rassy et al., 2021).

Du côté du profil de l'internaute suicidaire, Labelle et al. (2018) mentionnent que les internautes suicidaires apparaissent plus vulnérables que les personnes qui n'utilisent pas le Web en lien avec leur suicidalité. Ils expliquent que ces internautes « tendent à être plus isolées socialement, à avoir des symptômes de troubles de l'humeur plus sévères et à faire plus de recherches sur des moyens de se suicider » (Labelle et al., 2018, p. 22). Ils soulèvent aussi que les personnes les plus sévèrement suicidaires utilisent plus le Web pour chercher de l'aide (Labelle et al., 2018).

Plusieurs initiatives de prévention universelles utilisant les technologies numériques sont reconnues et prometteuses (10,11). Ces programmes qui visent à promouvoir les comportements de santé et de recherche d'aide et s'adressent plus souvent à des groupes définis (ex. : jeunes, communautés

autochtones, minorités sexuelles) (Labelle et al., 2018). Peu évalués, les effets des programmes de prévention universelle utilisant des technologies numériques (ex. : sites Web éducatifs, campagnes de sensibilisation sur le web et les médias sociaux) sur les perceptions et les connaissances ont rarement été étudiés (Rassy et al., 2021). Les quelques études sur ce type de stratégie suggèrent que ces programmes contribuent à augmenter le degré de littératie en santé mentale ainsi que l'incidence des comportements de recherche d'aide, qui sont associés à une réduction des idées et des comportements suicidaires (Rassy et al., 2021).

Huit catégories de programmes sélectifs utilisant des technologies numériques ont été identifiées par Labelle et al. (2018). Ces derniers visent par exemple le repérage, l'autoévaluation et l'autogestion en ligne ou la formation. Ils sont pour la plupart compris dans des programmes plus larges impliquant des contacts directs et s'adressent aux personnes en détresse ou aux professionnels de la santé qui les accompagnent. Les recherches expérimentales et des applications cliniques sur ce type de stratégie présentent des résultats prometteurs, en particulier dans des environnements contrôlés tels que les écoles (Labelle et al., 2018; Rassy et al., 2021) ou lorsque combinées avec des interventions en face à face (soutien clinique ou formation) (Labelle et al., 2018). Les études suggèrent que les programmes ciblant des groupes définis contribuent à augmenter le degré de littératie en santé mentale ainsi que le recours aux services de santé mentale, mais cet effet semble diminuer avec le temps (Rassy et al., 2021).

Douze catégories d'utilisation des technologies numériques en prévention ciblée du suicide ont été identifiées par Labelle et al. (2018) (ex. : évaluation du risque, triage et psychothérapies sur le Web). Elles visent les personnes ayant été identifiées comme présentant un risque suicidaire. Les études soulèvent que ce type de stratégie semble prometteur pour soutenir l'intervention auprès de personnes suicidaires, mais ne semblent pas pouvoir se substituer à des interactions directes (Labelle et al., 2018). Elles suggèrent que les interventions et l'autogestion utilisant les technologies numériques apparaissent prometteuses puisqu'elles adressent les comportements suicidaires et offrent des alternatives pour faire face aux pensées suicidaires en misant sur le développement de compétences de résolution de problèmes (Rassy et al., 2021).

En ce qui a trait aux initiatives similaires à la SNPS, les travaux réalisés sur le *113 Online* représentent l'une des rares sources de données empiriques disponibles. Depuis 2009, *113Online* est le centre national néerlandais de prévention du suicide, financé principalement par le ministère néerlandais de la Santé, du Bien-être et des Sports. Ce centre offre aujourd'hui un soutien confidentiel 24 heures sur 24 et travaille en collaboration avec les centres de crise des instituts de santé mentale (113 Suicide Prevention, 2022). Il propose une plateforme Web et plusieurs services complémentaires : d'aide d'urgence par téléphone et par clavardage; d'intervention par clavardage; des cours en ligne visant à réduire les tendances suicidaires; des questionnaires d'autoévaluation (dépression et tendances suicidaires); de consultation pour les proches de personnes suicidaires et des formations destinés aux personnes intervenantes en santé mentale et aux personnes confrontées au suicide dans leur pratique professionnelle ou leur environnement personnel. Il dirige aussi l'Agenda national de prévention du suicide et met en place des réseaux d'action de prévention du suicide (113 Suicide Prevention, 2022).

Les travaux menés sur *113Online* ont démontré la faisabilité, l'acceptabilité et l'accessibilité des interventions préventives et thérapeutiques proposées en ligne (Mokkenstorm et al., 2013). Ils indiquent que *113Online* rejoint les personnes suicidaires qui ne semblent pas recevoir des soins de santé réguliers pour leurs difficultés en santé mentale ou leur suicidalité ainsi que les personnes concernées par un proche ou endeuillées par suicide. Ces demandeurs d'aide considèrent *113Online* comme une alternative acceptable à des soins réguliers, habituellement en face à face (Mokkenstorm et al., 2013). Ils indiquent

aussi que *113Online* offre une aide complémentaire et temporaire aux patients dont les besoins ne sont pas satisfaits dans le cadre d'un traitement régulier continu. Il semble par ailleurs que cette aide ne provoque pas d'effets indésirables et peut conduire à une plus grande satisfaction face aux soins réguliers (Mokkenstorm et al., 2013). De plus, une évaluation de leur service d'intervention de crise par clavardage rapporte des résultats prometteurs en ce qui a trait à l'impact de *113Online* dans la prévention du suicide (Mokkenstorm et al., 2013).

1.4.2 Les enjeux d'implantation des technologies numériques et l'importance de recherches supplémentaires

L'implantation d'une innovation telle que la SNPS peut s'avérer perturbatrice pour les personnes qui sont invitées à l'adopter (Dixon-Woods et al., 2011). Lorsqu'un service ou outil de cybersanté mentale présente des résultats mitigés ou négatifs, cela ne signifie pas nécessairement qu'il est inefficace (Dixon-Woods et al., 2011; Ross et al., 2016). Ses résultats peuvent aussi être attribuables au contexte et à la façon dont l'outil a été implanté. Les politiques ministérielles, les orientations stratégiques et l'infrastructure technologique des organisations qui implantent l'outil, les besoins, la formation et les responsabilités des personnes intervenantes impliquées, les besoins des personnes utilisatrices ainsi que les caractéristiques de l'outil en lui-même peuvent constituer autant de défis à son implantation (Greenhalgh et al., 2004; Ross et al., 2016). Dans un examen des recherches portant sur l'implantation de services et outils de cybersanté mentale, Wozney et al. (2017) invitent à renforcer les efforts de recherche sur cette question (Wozney et al., 2017). Au total, 261 articles ont été jugés pertinents et analysés par les auteurs à l'aide du cadre RE-AIM qui propose des étapes à suivre pour implanter des programmes et politiques dans des environnements réels. Plusieurs des études analysées confirment l'importance de répondre aux attentes des personnes utilisatrices quant à l'expérience et aux résultats liés aux services et outils de cybersanté mentale, de les adapter à la culture de ces derniers et de compter sur l'appui de spécialistes (p. ex. un psychologue, un conseiller) dans l'intervention (Wozney et al., 2017). Toutefois, peu d'entre elles cherchent à comprendre les paramètres des environnements dans lesquels ces services et outils sont implantés ou à analyser le processus d'implantation (Wozney et al., 2017). Il importe ainsi que des recherches supplémentaires soient menées afin d'éclairer ces processus d'implantation.

1.4.3 Le modèle d'action et le modèle de changement de la SNPS

Selon la conceptualisation proposée par Chen (2005, 2015, 2016), la théorie d'un programme est formée de deux modèles : le modèle d'action et le modèle de changement. Ces deux modèles sont imbriqués dans un environnement qui présente les ressources et le soutien susceptibles de favoriser ou poser obstacle au déploiement du programme. Le modèle d'action illustre la planification systématique du personnel, des ressources, des lieux, des organisations et des conditions nécessaires pour rejoindre une clientèle cible et lui offrir une intervention. Le modèle de changement illustre les changements attendus de manière proximale et distale (ou à courts, moyens et longs termes) à la suite de l'implantation d'un programme.

Le modèle d'action développé dans le cadre de la SNPS contient six composantes qui sont illustrées dans l'annexe 1 :

- La capacité de l'organisation représente l'AQPS qui pilote les travaux (ex. : gestion de budgets, recrutement, etc.) et les 5 cellules (équipes) qui collaborent à la conception de la SNPS : la cellule performance Web qui conçoit l'infrastructure technologique, la cellule qualité clinique qui développe des contenus, la cellule gestion des opérations qui coordonne et gère les travaux, la cellule comité

aviseur et gouvernance qui conseille le développement de la SNPS, la cellule communication et promotion qui est responsable des stratégies de communication. Ces cellules collaborent via un processus de production des contenus. Enfin, une cellule analyse des indicateurs performance réunit les autres cellules pour effectuer un suivi d'indicateurs.

- Les compétences et l'adhésion des intervenants responsables de l'implantation représentent toutes les personnes qui contribuent à la conception de la SNPS et qui relèvent directement de l'AQPS et celles qui ont été engagées à contrat par l'APQS (ex. : conseiller scientifique principal, firme inventive mandatée, etc.).
- La collaboration des organisations associées et des partenaires communautaires représente les organisations qui contribuent au financement, à la conception, à l'implantation ou à l'évaluation de la SNPS (ex. : direction générale de la Santé publique du MSSS qui finance la SNPS, centres de prévention du suicide prestataires du SIN, l'équipe de recherche responsable de l'évaluation d'implantation et des retombées de la SNPS).
- Le soutien de l'environnement écologique représente tous les éléments de l'environnement, tant micro (ex. : perceptions des personnes utilisatrices et des acteurs clés en prévention du suicide au regard de la SNPS, etc.) que macro systémique (ex. : tabous liés à la santé mentale et suicide, cohérence de la SNPS avec les orientations ministérielles, etc.), susceptibles d'avoir un impact sur le déploiement de la SNPS.
- Le protocole d'intervention et les modalités de livraison de services représentent l'offre de service de la SNPS (1 — pages thématiques; 2— page Faire le point sur sa santé mentale ; 3— page Prendre soin de soi ; 4— page En parler à ses proches ; 5— page Obtenir des services d'aide; 6— clavardage et intervention par texto, 7 — forum pour personnes endeuillées; 8— expérience connectée via l'application) et les modalités de livraison de service (ex. : formation et accompagnement clinique des personnes intervenantes du SIN, stratégies de sensibilisation et de communication pour les acteurs du RSSS et la population).
- Les caractéristiques de la population cible représentent le groupe de personnes que la SNPS souhaite desservir (les personnes vulnérables au suicide, les proches des personnes vulnérables au suicide et les personnes endeuillées par suicide).

Le modèle de changement comprend trois composantes, dont l'intervention et les résultats souhaités. Chaque composante de la plateforme de la SNPS est très complète et complexe et comporte des changements attendus et résultats distincts. À titre d'exemple, les annexes 2A à 2E exposent le modèle du changement du site informationnel (Pages thématiques, Page Faire le point sur sa santé mentale, Page Prendre soin de soi, Page En parler à ses proches, Page Obtenir des services d'aide).

1.5 La pertinence d'évaluer la SNPS

Considérant l'aspect novateur de la SNPS développée par l'AQPS et ses partenaires, elle gagnait donc à faire l'objet d'une évaluation permettant à la fois de contribuer à son développement et son rehaussement ainsi qu'à l'avancement des connaissances.

Dans son ensemble, le projet d'évaluation proposé se déroulera en trois phases :

- I. Évaluation globale de l'implantation et des effets à court terme de la SNPS;
- II. Évaluation spécifique de l'implantation et des effets à moyen et long terme de la SNPS;
- III. Évaluation des processus et des mécanismes modérateurs afin d'identifier les facteurs qui favorisent ou nuisent à l'implantation et aux effets de la SNPS.

Le présent rapport d'évaluation concerne la phase I. Il s'intéresse à la SNPS qui regroupe la plateforme suicide.ca ainsi que tous les autres éléments qui font partie de la transformation numérique en prévention du suicide (ex. : formation des personnes intervenantes du SIN, mise en ligne de matériel pour les professionnels, etc.).

2. MÉTHODOLOGIE

2.1 L'approche

Cette évaluation s'inspire de l'approche d'évaluation développementale de Patton (2012). Cette approche propose de se centrer sur la réponse rapide aux réalités émergentes liées au développement d'un programme dans un système très dynamique et complexe qui présente des conditions d'incertitude (Patton, 2012). Elle est très adaptée pour soutenir la mise en place d'innovations sociales dans des situations de complexité. En ce sens, les questions évaluatives de la présente évaluation visaient à soutenir l'amélioration continue et l'adaptation de la SNPS.

L'approche d'évaluation développementale de Patton (2012) implique une démarche de partenariat entre les évaluateurs et les personnes concernées par l'évaluation. Grâce aux liens existants entre les chercheurs principaux et l'AQPS, l'équipe dédiée à la SNPS a participé à l'élaboration du protocole (ex. : identification des objectifs, réflexion sur les considérations éthiques, élaboration et validation des outils de collecte), à la collecte et l'analyse des données (ex. : partage de données, collaboration au recrutement, validation des résultats) ainsi qu'à la rédaction du rapport de l'évaluation (ex. : validation et bonification du rapport).

2.2 Les questions de recherche

La présente évaluation (ou l'évaluation globale de l'implantation et des effets à court terme) permettra de répondre aux questions suivantes :

- **De quelle manière la SNPS est-elle mise en œuvre ?** L'évaluation de l'implantation cible les composantes du modèle d'action de la théorie de programme. Elle permet de vérifier dans quelle mesure le contenu de chacune des composantes a été implanté comme prévu et d'y proposer des ajustements à partir d'une meilleure compréhension des limites de l'implantation. Les questions spécifiques sont :
 - Quels acteurs/instances ont été impliqués dans la conception de la SNPS et comment ont-ils été impliqués ? Quelle structure de gouvernance a été mise en place (ex. : les équipes, les comités et les personnes impliquées, les liens avec les prestataires du SIN) ? En quoi cette structure a-t-elle freiné ou facilité la collaboration entre les acteurs/instances et les travaux de conception, dans l'implantation, le suivi et l'évaluation de la SNPS ?
 - Quels processus de conception de l'implantation de la SNPS ont été mis en œuvre (ex. : le processus de conception de la plateforme suicide.ca et des contenus, le processus de validation, etc.) ? En quoi ont-ils freiné ou facilité les travaux de conception, l'implantation et le suivi/d'évaluation de la SNPS ?

- Quelle formation et quelle structure de supervision et d'accompagnement clinique des personnes intervenantes du SIN ont été mises en œuvre dans le cadre du parcours de développement des compétences en intervention numérique (ex. : le nombre de journées de formation, la durée de la formation, la fréquence des rencontres d'accompagnement clinique) ? En quoi ont-elles freiné ou facilité de la SNPS ?
- Quelle organisation du travail des personnes intervenantes du SIN a été mise en place (ex. : le nombre d'heures de travail par jour et par semaine, le télétravail ou autres, etc.) ? En quoi a-t-elle freiné ou facilité l'attraction, la rétention et le bien-être au travail des personnes intervenantes ?
- Quelle est l'expérience des personnes utilisatrices de suicide.ca (ou les personnes suicidaires, proches de personne suicidaire et personnes endeuillées par suicide), en termes d'appropriation du système ainsi que de ses composantes fonctionnelles et technologiques ?
- Quelles stratégies de communication ont été déployées pour faire connaître et favoriser l'utilisation de suicide.ca ? En quoi ont-ils freiné ou facilité l'implantation de la SNPS ?
- **Est-ce que la SNPS produit les résultats escomptés chez les personnes utilisatrices de suicide.ca (ou les personnes suicidaires, proches de personne suicidaire et personnes endeuillées par suicide) ainsi que les personnes intervenantes du SIN à court terme ?** L'évaluation des premiers effets à court terme permet de vérifier dans quelle mesure la SNPS entraîne les résultats initialement anticipés. Les questions spécifiques sont :
 - Quelles sont les perceptions des personnes intervenantes du SIN des effets de la formation du parcours de développement des compétences en intervention numérique ? En quoi a-t-il freiné ou facilité le transfert des apprentissages dans la pratique ?
 - Quelles sont les perceptions des personnes utilisatrice de suicide.ca au regard de son utilité et de ses effets ? En quoi suicide.ca permet de répondre aux besoins documentés dans la première phase ?
 - Quels sont les résultats de la plateforme suicide.ca pour les personnes utilisatrices (ex. : le nombre et le profil, le type d'utilisation de la plateforme, la satisfaction, les effets sur la situation, etc.) ?
 - Quelles sont les perceptions des partenaires de la SNPS (ou les organisations et personnes intervenantes en santé mentale) de la qualité et l'utilité de suicide.ca ? En quoi suicide.ca permet de répondre aux besoins documentés dans la première phase ?

2.3 Les cadres de référence de l'évaluation

2.3.1 La science de l'implantation au service des enjeux d'implantation des technologies numériques

La science de l'implantation est définie comme la science favorisant l'implantation de programmes en contexte réel (Fixsen et al., 2005). Développée pour faciliter l'implantation des pratiques fondées sur les données probantes, elle s'intéresse à l'adoption des résultats de la recherche dans la pratique courante et, par conséquent, à l'amélioration la qualité et l'efficacité des services de santé (Bauer et al., 2015). La mission de la science de l'implantation est de développer des connaissances généralisables qui peuvent être largement utilisées au-delà du système à l'étude (Bauer et al., 2015). Cette science regroupe des catégories de théories : 1) théories portant sur le processus qui permettent de guider l'implantation; 2) théories portant sur les déterminants qui permettent de cibler ceux qui influencent les retombées de l'implantation; 3) théories d'évaluation qui permettent d'évaluer l'implantation et les retombées (Khalil, 2016; Nilsen, 2015). La science de l'implantation est maintenant reconnue comme pouvant contribuer au

succès de l'implantation de nouvelles interventions ou programmes tout en favorisant une évaluation rigoureuse de leurs impacts et retombées majeurs (Smith & Polaha, 2017).

Issus de cette science, les cadres (KTA) (Straus et al., 2011) et *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) (Damschroder et al., 2009), présentés de façon plus détaillée dans les prochaines sections, sont au cœur de la présente évaluation de la SNPS. Dans leurs plus récents travaux, Massuard et Lane (2022) ont conçu à la demande du MSSS, à partir de ces cadres et de recensions thématiques d'écrits, des outils visant à soutenir l'implantation de pratiques prometteuses et au transfert de connaissances dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Ce sont principalement les pratiques et pistes d'action, adaptées au contexte québécois, proposées dans le *Guide pour accompagner la mise à l'échelle de pratiques prometteuses dans plusieurs établissements* qui guident les réflexions de la présente évaluation (Massuard & Lane, 2022).

Liste des stratégies et des actions pour chaque phase d'implantation de Massuard et Lane (2022)

A. Planifier la mise en œuvre

S'assurer du potentiel de mise en œuvre

- La pratique prometteuse (PP) est autorisée au niveau hiérarchique approprié
- La démarche d'implantation est cohérente avec le plan stratégique
- La PP a une portée et un potentiel d'adoption élevés
- L'établissement a la capacité de soutenir l'implantation et d'assurer le maintien de la PP à long terme

Planifier le changement

- La gouvernance de la démarche d'implantation est précisée
- Le changement souhaité est précisé
- Les facteurs d'influence sont estimés de manière préliminaire

Communiquer en début de démarche

- Un plan d'implantation est rédigé et validé
- Un plan de communication est rédigé

B. Déterminer l'écart entre les connaissances et la pratique

Cerner les besoins et les lacunes en matière de connaissances

- Les personnes visées par le changement sont impliquées
- Des indicateurs pour mesurer les écarts sont ciblés
- Un choix a été fait quant aux connaissances à transférer

Raffiner la planification de la démarche d'implantation

- Un budget réaliste a été estimé
- Le changement est légitimé par les acteurs concernés

C. Adapter les connaissances au contexte

Choisir les produits de connaissances

- Les produits de connaissances existants sont explorés
- Les produits de connaissances sont sélectionnés
- Les acteurs contribuent à choisir les produits de connaissances

Concevoir ou adapter les produits de connaissances

- Les produits de connaissances sont conçus ou adaptés
- Une instance spécialisée collabore à la conception ou à l'adaptation

D. Déterminer les facteurs d'influence

Déterminer les facteurs d'influence

- Les facteurs qui influencent l'implantation sont déterminés
- Des informations ont été recherchées pour compléter la détermination des facteurs

Établir des stratégies pour optimiser les facteurs favorables et surmonter les barrières

- Un bilan des facteurs d'influence a été rédigé
- Les barrières relatives à l'adhésion sont liées à des interventions particulières

E. Sélectionner, adapter et mettre en œuvre les stratégies

Sélectionner et adapter les activités d'application des connaissances

- Les acteurs cibles et les objectifs des activités de TC sont précisés
- Les activités de TC ont été conçues

Mettre en œuvre les activités d'application des connaissances

- Des activités agissent sur la mobilisation
- Des activités agissent sur le sentiment de crédibilité
- Des activités agissent sur le sentiment de compatibilité
- Des activités agissent sur la compréhension de la pratique
- Des activités agissent sur l'accessibilité de l'information

F. Surveiller l'utilisation des connaissances et évaluer les retombées

Planifier le suivi et choisir les indicateurs

- Les moyens qui permettent le suivi sont choisis
- Les indicateurs liés à la démarche d'implantation sont déterminés
- Les indicateurs liés à l'utilisation des connaissances sont déterminés

Surveiller l'utilisation des connaissances et évaluer les retombées

- Des conditions sont mises en place pour favoriser l'utilisation des données
- Les résultats sont communiqués aux acteurs visés par la démarche d'implantation

G. Favoriser la pérennisation de l'utilisation de la pratique prometteuse

Planifier la pérennisation

- Les indicateurs permanents de la mesure sont définis
- L'engagement des prestataires de soins et de services est favorisé
- L'engagement des décideurs et des champions est favorisé

Soutenir la routinisation et l'institutionnalisation

- L'adaptation de la pratique prometteuse au contexte est assurée
- La cohérence de la pratique prometteuse avec les priorités et la culture organisationnelles est assurée

2.3.2 Knowledge-to-Action de Straus, Tetroe et Graham (2011)

Le KTA (Straus et al., 2011) s'intéresse au processus d'application des connaissances. Il a été élaboré à la suite de l'analyse d'une soixantaine de cadres de référence et théories (Graham et al., 2006). Il est plus explicite que d'autres au regard : du processus optimal pour favoriser une implantation; de l'importance de prendre en considération les facteurs qui facilitent et freinent le processus; de l'importance d'évaluer; de s'assurer de la pérennisation. Ce cadre propose un processus cyclique et itératif (Figure 1). Au centre se trouve « un entonnoir des connaissances » qui représente le processus par lequel les connaissances sont affinées et adaptées aux besoins des personnes ciblées par le changement souhaité. Elles peuvent être issues de recherches, de synthèses des connaissances ou d'outils (ex. : guides de pratique). Autour

de celui-ci, sept phases nécessaires pour que les connaissances produisent le changement souhaité chez les personnes ciblées se déclinent : 1) déterminer le problème et l'écart entre les connaissances et les pratiques; 2) adapter les connaissances au contexte local; 3) évaluer les facteurs qui font obstacle ou qui contribuent à l'utilisation des connaissances; 4) choisir, adapter et mettre en œuvre les interventions; 5) surveiller l'utilisation des connaissances; 6) évaluer les résultats; 7) pérenniser l'utilisation des connaissances.

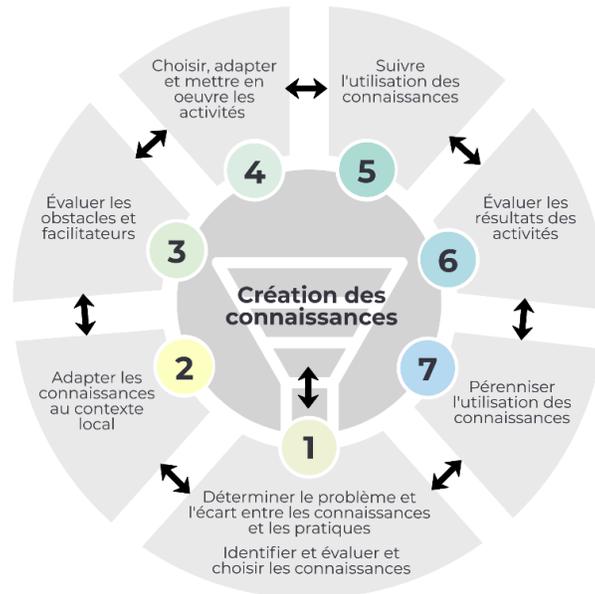


Figure 1. Traduction libre du cadre de référence KTA de Straus et al. (2011)

2.3.3 Consolidated Framework for Implementation Research de Damshroder et al. (2009)

Le CFIR s'intéresse aux déterminants qui influencent le processus d'implantation d'une innovation (Damschroder et al., 2009). Il a été construit à partir de théories et études de plusieurs disciplines (*dissemination, innovation, organizational change, implementation, knowledge translation*) (Damschroder et al., 2009). Il regroupe 37 construits, organisés en 5 dimensions (Tableau 1). Il permet de définir les barrières et les facteurs favorables à l'implantation d'une intervention, suivre son implantation vers l'atteinte des buts et à évaluer comment celle-ci pourra avoir influencé les résultats de l'intervention.

Tableau 1. Dimensions et construits du CFIR de Damshroder et al. (2009)

Dimensions	Construits
Caractéristiques de l'intervention	Origine de l'intervention — Qualité et force de la preuve — Avantage relatif — Adaptabilité — Potentiel d'essai — Complexité — Qualité et présentation du modèle — Coût
Contexte externe	Besoins des patients et ressources – Cosmopolitisme - Pression des pairs - Incitatifs et politiques externes

Dimensions	Construits
Contexte interne	Caractéristiques structurelles — Réseaux et communication — Culture — Climat d'implantation (tension pour le changement, compatibilité, priorité relative, incitations et récompenses organisationnelles, buts et rétroactions, climat d'apprentissage) — Préparation à l'implantation (engagement des dirigeants, ressources disponibles, accès aux connaissances et à l'information)
Caractéristiques des individus	Connaissances et croyances concernant l'intervention — Auto-efficacité — Étape individuelle du changement — Identification individuelle avec l'organisation — Attributs personnels
Processus	Planification — Implication (leaders d'opinion, leaders internes formellement mandatés pour l'implantation, champions, agents de changements externes, participants à l'intervention) — Exécution — Réflexion et évaluation

En complément de ce cadre, les écrits sur la gouvernance ont permis de raffiner la compréhension de la structure de gouverne. Ces écrits informent notamment sur les dimensions permettant de décrire une gouvernance (ex. : valeurs, fonctions, outils, etc.) (Barbazza & Tello, 2014; Smits & Champagne, 2020). Du côté de la gouvernance collaborative, ce sont les dynamiques collaboratives du cadre intégrateur sur la gouvernance collaborative issues de l'analyse de la littérature scientifique et grise par Emerson et al. (2012) qui guident plus particulièrement l'analyse. Selon ce cadre, l'engagement de principes, la motivation partagée et la capacité de mener des actions collaboratives doivent interagir de façon itérative (Emerson et al., 2012). Le processus lié à l'engagement de principe tel que défini par les travaux d'Emerson et al. (2012) se décline comme suit : la découverte (explorer le positionnement), la définition (créer une compréhension commune), la délibération (convenir de la façon d'aborder et gérer les enjeux) et la détermination (consolider l'engagement). Le cycle de renforcement de la motivation partagée inclut : la confiance, la compréhension mutuelle, la légitimité et l'engagement (Emerson et al., 2012). La capacité de mener des actions collaboratives résulte de l'engagement de principes et de la motivation partagée et peut influencer favorablement l'engagement de principes et la motivation partagée et ultimement, assurer des actions efficaces et atteindre le but souhaité (Emerson et al., 2012). Cette capacité résulte de la combinaison de procédures et d'arrangements, du leadership, de la connaissance et des ressources (Emerson et al., 2012).

2.3.4 *TransFormation* de Lane et Gagné (2009)

Le cadre de référence *TransFormation* de Lane et Gagné (2009) s'intéresse aux éléments des activités favorables à l'application des connaissances, et ce, en cohérence avec les écrits récents portant sur les facteurs liés aux caractéristiques de la formation qui favorisent le transfert des apprentissages (Ouellet, 2016). Il s'appuie sur la psychologie cognitive et les recherches dans le domaine du transfert des apprentissages et des formations en milieu de travail (Lane et al., 2007; Lane & Gagné, 2009). Il regroupe dix ingrédients à intégrer dans une formation orientée vers le développement des compétences et soucieuse de susciter un transfert des apprentissages dans la pratique (Tableau 2).

Tableau 2. Ingrédients du cadre TransFormation de Lane et Gagné (2009)

Ingrédients actifs	
1	Préciser la cible adaptée de la formation en fonction des besoins et contextes de pratiques des participants
2	Assurer la cohérence
3	Favoriser l'organisation des connaissances et des compétences (long terme)
4	Stimuler la motivation
5	Contextualiser, décontextualiser et recontextualiser les apprentissages
6	Stimuler la métacognition
7	Mettre à profit les connaissances antérieures
8	Rendre les participants actifs
9	Favoriser les interactions
10	Planifier et évaluer le transfert des apprentissages

En complément de ce cadre, les résultats de recherche des dernières décennies sur les prédicteurs du transfert des apprentissages ont été pris en compte. Ces résultats pointent plus particulièrement certains facteurs tels que les connaissances, le sentiment d'efficacité personnel, la motivation à transférer, l'utilité perçue et le soutien (Lauzier et al., 2016).

2.3.5 Conception assistée par les usages pour les technologies de l'innovation et du changement de Mallein et Toussaint (1994)

La méthode *Conception assistée par les usages pour les technologies de l'innovation et du changement* ou CAUTIC se positionne en tant que soutien au développement et au déploiement technologique et service, en intégrant explicitement la question des usages et de l'implantation sociale dans l'analyse (Jouët, 2000; Pizelle et al., 2014; Toussaint & Mallein, 1985). Elle vise à améliorer les conditions d'acceptabilité du système en formulant des voies d'amélioration de services, en termes d'appropriation du système, de ses composantes fonctionnelles et technologiques (Jouët, 2000; Toussaint & Mallein, 1985). S'appuyant sur la sociologie des techniques et des usages, elle est fondée sur l'idée de collaboration avec les parties prenantes (littéralement, les personnes ou groupes de personnes subissant un « impact », positif ou négatif, du fait du déploiement du service). L'hypothèse de cette approche est de considérer qu'une innovation a plus de chances de rencontrer son marché et les personnes utilisatrices ciblées, si elle s'hybride aux conditions déjà existantes, en termes d'usage, de culture (personnelle ou professionnelle) et d'implantation sociale (hybridation aux cadres normatifs, à l'environnement organisationnel, etc.) (Certeau et al., 2010; Dourish, 2001). L'innovation se définit comme un dispositif/service « mis en société » qui rencontre des usages et des contextes d'usage existants. Dans le cadre de la présente évaluation, la plateforme suicide.ca est considérée comme l'innovation qui est testée.

Ainsi, afin d'évaluer qualitativement les conditions à réunir pour augmenter l'hybridation au contexte existant, l'approche traite de quatre catégories appelées « critères d'usage ». Les données relatives à la l'expérience de la plateforme suicide.ca ont donc été traitées selon ces critères tels que définis dans le tableau ci-bas (Tableau 3).

Tableau 3. Grille d'analyse selon les critères d'usage CAUTIC de Mallein et Toussaint (1994)

Critères d'usage CAUTIC pour la plateforme suicide.ca	
1	<p>Dimension technologique : L'assimilation aux autres outils numériques habituellement utilisés – la personne utilisatrice comprend-il ce qui lui est proposé ?</p> <p>1.0 Le contexte et les conditions qui ont mené à l'usage de la plateforme</p> <p>1.1 La plateforme semble simple et compréhensible à utiliser pour la personne utilisatrice — elle comprend de quoi il s'agit (ce qu'il va y trouver)</p> <p>1.2 La personne utilisatrice peut raccrocher les techniques mobilisées par la plateforme à des techniques existantes — elle fait le lien avec ses usages habituels du Web et/ou les autres plateformes utilisées concernant le suicide</p> <p>1.3 La personne utilisatrice peut trouver facilement et choisir les fonctions qui l'intéressent dans la plateforme – il est clair pour la personne utilisatrice qu'elle peut utiliser facilement et uniquement celle(s) qui l'intéresse(nt)</p> <p>1.4 L'usage de la plateforme est envisageable pour la personne utilisatrice dans un usage courant, quotidien ou ordinaire</p>
2	<p>Dimension des pratiques : L'association avec les pratiques existantes – la personne utilisatrice pense-t-il pouvoir intégrer ce qui est proposé à son mode de vie actuel ?</p> <p>2.0 Ce que la personne utilisatrice regarde/ne regarde pas (ex. : pages regardées et dans quel ordre)</p> <p>2.1 L'usage de la plateforme suscite a priori de l'intérêt chez la personne utilisatrice</p> <p>2.2 Les pratiques proposées par la plateforme complètent sans concurrencer, voire modifient, les pratiques existantes de la personne utilisatrice – l'usage de la plateforme s'inscrit dans les pratiques de la personne utilisatrice sans empêcher ou nuire aux pratiques existantes</p> <p>2.3 La comparaison avec les pratiques existantes valide les pratiques proposées par la plateforme – la personne utilisatrice considère que c'est un plus d'utiliser la plateforme</p> <p>2.4 Les pratiques proposées par la plateforme facilitent la résolution de difficultés ou de problèmes rencontrés dans le quotidien au sujet du suicide</p> <p>2.5 La personne utilisatrice projette une nouvelle organisation personnelle de ses pratiques — elle intègre la plateforme comme une ressource</p>
3	<p>Dimension individuelle : L'appropriation au niveau personnel – la personne utilisatrice pense-t-il que ce service peut renforcer et soutenir son rôle/sa position ?</p> <p>3.1 La plateforme répond à un besoin pour la personne utilisatrice — elle se sent concernée par l'usage de la plateforme</p> <p>3.2 La plateforme repose sur des valeurs qui correspondent à la manière personnelle de la personne utilisatrice de considérer le sujet</p> <p>3.3 La plateforme ne soulève pas de craintes/de réticences</p> <p>3.4 La plateforme propose des outils ou services ou des informations considérés comme importants pour la personne utilisatrice</p>
4	<p>Dimension sociale : L'adaptation à l'environnement – le dispositif est-il intégrable dans l'environnement de la personne utilisatrice ?</p> <p>4.0 Il est facile de parler du sujet du suicide pour la personne utilisatrice</p> <p>4.1 La plateforme est adaptée aux relations de la personne utilisatrice avec son entourage (ou les relations familiales et/ou professionnelles)</p> <p>4.2 La plateforme est adaptée à un usage à domicile</p> <p>4.3 La plateforme est adaptée à un usage tous contextes confondus</p> <p>4.4 La note entre 1 et 10 attribuée à la plateforme</p>

Cette approche s'appuie sur les parties prenantes et les personnes utilisatrices pour faire l'évaluation de l'innovation (les parties prenantes sont des personnes ou un groupe de personnes qui peuvent être intéressées, qui peuvent affecter, ou être affectées - directement, indirectement, positivement ou négativement - par la réalisation et les résultats de l'innovation). Elle se positionne en tant que soutien au développement et au déploiement technologique et serviciel, en intégrant explicitement la question des usages et de l'implantation sociale. Elle vise à faciliter l'appropriation du système proposé, en formulant des voies d'amélioration de services pour que l'innovation s'insère et s'adapte aux milieux existants, sur les plans techniques, d'usages et d'implantations sociales.

2.4 Les méthodes de collecte et d'analyse

2.4.1 Les sources de données

L'évaluation repose sur des données mixtes (qualitatives et quantitatives) colligées à l'aide de divers outils et obtenues auprès d'une diversité d'acteurs.

2.4.1.1 Les données secondaires relatives à suicide.ca

Les données ayant fait l'objet d'une utilisation secondaire ont été collectées par l'AQPS afin d'évaluer et améliorer les services, traiter les plaintes au besoin et répondre à des obligations légales. Ces dernières concernent les personnes suicidaires, proches de personne suicidaire et personnes endeuillées par suicide âgées de 14 ans et plus et ayant utilisé la plateforme suicide.ca entre le 14 octobre 2020 (ou le début de son opération) et le 17 octobre 2021. Plus précisément, les données anonymisées suivantes ont fait l'objet d'une utilisation secondaire.

- Les données métriques du comportement des personnes utilisatrices de suicide.ca ou les résultats des analyses réalisées via Google Analytics (127 495 sessions).

Ces données ont permis de mieux comprendre la façon dont suicide.ca est utilisée.

- Les données issues des questionnaires d'autoévaluation à l'intention des personnes utilisatrices de suicide.ca (ex. : détresse psychologique, bipolarité, phobie sociale, dépendances, trouble alimentaire, trouble du stress post-traumatique, etc.) (n variable selon le questionnaire).
- Les données issues du questionnaire de triage et de la salle d'attente à l'intention des personnes utilisatrices de suicide.ca avant d'accéder au SIN par clavardage Web et mobile seulement (et donc, exclut le texto) (n=6300).

Ces données ont contribué à établir le profil des personnes utilisatrices.

- Les données issues des questionnaires post-intervention (0, 1 et 4 semaines) à l'intention des personnes utilisatrices du SIN par clavardage Web et mobile (n=350).
- Les données issues des rapports anonymisés produits par les personnes intervenantes dans le cadre du SIN par clavardage Web et mobile (n=4573).

Ces données ont contribué à mesurer les effets à court terme de l'intervention numérique pour les personnes utilisatrices, et à mieux comprendre les pratiques cliniques déployées par les intervenants au cours des interventions.

2.4.1.2 Les données secondaires relatives aux personnes intervenantes du SIN

Les données ayant fait l'objet d'une utilisation secondaire ont été collectées par l'AQPS afin d'évaluer et améliorer le parcours de développement des compétences en intervention numérique. Ces dernières

concernent les personnes intervenantes ayant complété la formation à l'intervention numérique depuis la mise en opération du SIN le 14 octobre 2020. Plus précisément, les données anonymisées suivantes ont l'objet d'une utilisation secondaire.

- Les réponses du sondage sur l'appréciation et les retombées de la formation à l'intervention numérique des personnes intervenantes du SIN y ayant consenti (n=40).

Ces données ont permis d'identifier les éléments favorables et moins favorables à l'application des connaissances et au changement de la pratique (en cohérence avec le cadre *TransFormation* de Lane et Gagné [2009] et les travaux sur les prédicteurs du transfert des apprentissages de Lauzier et al. [2016]) et de mieux comprendre les retombées de la formation à l'intervention numérique proposée dans le cadre du parcours de développement des compétences en intervention numérique.

- Les résultats du sondage sur l'expérience et les défis vécus par les personnes intervenantes du SIN depuis sa mise en opération.
- Les résultats de ce sondage réalisé par l'AQPS complètent les résultats du présent projet. Ils permettent de mieux comprendre l'organisation du travail des personnes intervenantes du SIN et en quoi elle a freiné ou facilité l'attraction, la rétention et le bien-être au travail de ces personnes.

2.4.1.3 Les documents de la SNPS portant sur la SNPS

En plus de la recension de la littérature, une analyse de la documentation produite dans le cadre la SNPS a été réalisée. Au total 39 documents ont fait l'objet d'une analyse qui a permis de documenter les travaux de conception, d'implantation et de suivi/d'évaluation de la SNPS et contribuer à mettre en lumière les facteurs pouvant l'influencer.

2.4.1.4 L'observation d'activités et du matériel de formation à l'intervention numérique

Au total, 2 observations non participantes d'une durée de trois heures ont été réalisées lors de séances de formation et de simulation à l'intention des futures personnes intervenantes du SIN (en mai 2021) par la professionnelle de recherche du projet à l'aide d'une grille d'observation (Annexe 3). Cette grille d'observation s'appuie sur le cadre de référence *TransFormation* (Lane et Gagné, 2009).

Une appréciation des supports vidéo, audio et matériels (ex. : documents portant sur les meilleures pratiques, lignes directrices, etc.) a également été effectuée. L'ensemble du matériel était disponible dans un espace partagé sur la plateforme TEAMS et classé par catégorie de clientèle. Ce matériel inclut le contenu des journaux de bord anonymisés et complétés par les participants aux activités de formation y ayant consenti.

L'observation a permis de cibler les éléments favorables et moins favorables à l'application des connaissances et au changement de la pratique du SIN.

2.4.1.5 Les entrevues individuelles semi-dirigées auprès des acteurs de la structure de gouverne et de membres de l'équipe d'intervention numérique

Au total, 13 entrevues individuelles semi-dirigées ont été réalisées entre mai et septembre 2021. D'une durée maximale de 60 minutes, elles ont été réalisées par téléphone ou par vidéoconférence sur la plateforme TEAMS par la professionnelle de recherche. Un guide d'entrevue s'appuyant principalement sur le CFIR (Damschroder et al., 2009) a permis de mettre en lumière l'expérience des acteurs de la structure de gouverne et de membres des équipes d'intervention des centres de prévention du suicide (CPS) prestataires du SIN (Annexe 4 et 5). Les thèmes suivants ont été abordés : le partenariat et

l'implication au sein de la SNPS, les travaux de la SNPS, le parcours de formation et la structure d'accompagnement clinique de la SNPS, les stratégies de communication de la SNPS et les résultats de la SNPS.

Les acteurs de la structure de gouverne (n=7) et les membres des équipes d'intervention des CPS prestataires du SIN (n=6) ont été recrutés par courrier électronique selon une stratégie d'échantillonnage par choix raisonné parmi l'ensemble des personnes impliquées au moment de la collecte. Les personnes admissibles devaient répondre aux critères d'inclusion suivants : être membre d'un des comités/secteurs de la structure de gouverne ou être membre d'une équipe d'intervention numérique, avoir l'approbation de ses supérieurs (si applicable) et être ouvert à participer à l'évaluation.

Les formulaires d'information et de consentement signés et numérisés par les personnes répondantes ont été recueillis par courrier électronique avant chaque entrevue. Les entrevues ont été enregistrées à l'audio sur un support numérique et n'ont pas fait l'objet d'une transcription. Aucune compensation n'a été remise aux personnes répondantes.

2.4.5.6 Les entrevues individuelles semi-dirigées auprès des personnes utilisatrices de suicide.ca

Au total, 34 entrevues individuelles semi-dirigées ont été réalisées entre le 15 juin et le 31 octobre 2021. Comme l'une d'elles n'a pas été réalisée dans des conditions permettant son exploitation, 33 ont été analysées (n=33). D'une durée maximale de 45 minutes, elles ont été réalisées par téléphone ou par vidéoconférence sur les plateformes TEAMS et ZOOM par trois membres de l'équipe d'évaluation. Un guide d'entrevue s'appuyant sur la méthode CAUTIC (Mallein & Toussaint, 1994) a permis d'effectuer un retour d'expérience sur les usages auprès des personnes utilisatrices de suicide sur des thèmes tels que les conditions d'assimilation aux techniques existantes, l'association avec les pratiques existantes, l'appropriation au niveau personnel et l'adaptation à l'environnement (Annexe 6). Les entrevues ont traité des fonctionnalités suivantes : les pages informationnelles, le bottin de ressources, les questionnaires d'autoévaluation pour faire le point sur sa santé mentale, les outils d'autogestion disponibles (sur le Web et l'application) et le service d'intervention numérique par clavardage et texto.

Les personnes utilisatrices de suicide.ca (personnes suicidaires, proches de personne suicidaire et personnes endeuillées par suicide) ont été recrutées par le biais d'une invitation à participer mise en ligne sur suicide.ca et sur d'autres plateformes (ex. : site Web de l'AQPS, page Facebook de l'AQPS) et selon une stratégie d'échantillonnage par choix raisonné parmi l'ensemble des personnes intéressées. Les personnes admissibles devaient répondre aux critères d'inclusion suivants : avoir consulté ou utilisé les services et les outils de suicide.ca, être âgées de 14 ans et plus, résider au Québec, comprendre le français ou l'anglais et s'exprimer en français ou en anglais avec aisance, être en capacité (c.-à-d. ne pas être en situation d'urgence) et être ouvertes à participer à l'évaluation. Au total, 121 personnes ont manifesté un intérêt et se sont inscrites pour participer à une entrevue. Un écart important entre le nombre de personnes inscrites (121) et le nombre d'entrevues réalisées (34) a pu être observé. Il peut témoigner de la difficulté à rejoindre cette population malgré les efforts déployés pour : partager l'invitation à participer et le formulaire d'inscription directement sur la plateforme suicide.ca; proposer des dates d'entrevue dans les prochains 2 à 7 jours dès l'inscription; confirmer la date et l'heure d'entrevue choisie et transmettre le formulaire d'information et de consentement dans les 12 à 24 heures suivant l'inscription; rappeler la date et l'heure fixées la veille, le matin et dans les 15 minutes précédant l'entrevue; procéder à la confirmation de l'admissibilité et l'entrevue en un seul rendez-vous.

Dans le respect du cadre éthique de l'AQPS, l'intervention pour la sécurité des personnes utilisatrices est demeuré la priorité. Ceci signifie que lorsque la situation l'exigeait (c'est-à-dire en cas de danger grave à

court terme et de danger grave immédiat) ou à la demande du répondant, un intervenant spécialisé en prévention du suicide a pris le relai (tel que préciser dans la procédure de gestion des risques du présent projet). Seules deux personnes ont été relayées à un intervenant. Aucun incident n'a été reporté à la suite de ce relai qui permet de conclure l'entrevue en sécurité.

Les formulaires d'information et de consentement signés et numérisés par les personnes répondantes ont été recueillis par courrier électronique avant chaque entrevue. Une compensation financière de 25.00\$ a été remise aux personnes utilisatrices pour les dépenses et les inconvénients associés à la participation à ce projet de recherche. Les entrevues ont été enregistrées à l'audio sur un support numérique et ont fait l'objet d'une transcription intégrale.

2.4.1.7 Le questionnaire sur les perceptions de suicide.ca des partenaires de la SNPS

En collaboration avec l'AQPS, un questionnaire d'une durée maximale de 10 minutes a été transmis par courrier électronique aux partenaires mobilisés autour de la SNPS (Annexe 7). Il ciblait plus particulièrement les personnes intervenantes en santé mentale et a permis de mieux comprendre leurs perceptions quant à la qualité et l'utilité de suicide.ca (p. ex. les informations présentées sur le site, le design de la plateforme et l'expérience utilisateur, la capacité à répondre aux besoins des personnes utilisatrices, la pertinence des outils pour les milieux de pratique). Au total, 477 personnes ont répondu.

Le questionnaire a été mis en ligne sur la plateforme LimeSurvey de novembre 2021 à janvier 2022. Un énoncé de consentement précédait les 21 questions.

2.4.2 L'analyse de données

2.4.2.1 Les données quantitatives

Afin de décrire l'utilisation de suicide.ca, les données métriques sur le comportement des personnes utilisatrices ont été analysées par le biais de Google analytics (ex. : nombre de visiteurs, pages vues, taux de rebond, provenance des personnes utilisatrices, etc.). Des analyses fréquentielles, de Chi2 et de différences de moyenne ont également été effectuées à partir des données issues : 1) des questionnaires d'autoévaluation à l'intention des personnes utilisatrices de suicide.ca, 2) du questionnaire de triage et de la salle d'attente à l'intention des personnes utilisatrices de suicide.ca avant d'accéder au SIN, 3) des rapports anonymisés produits par les personnes intervenantes dans le cadre du SIN. et 4) des questionnaires post-intervention (0, 1 et 4 semaines) à l'intention des personnes utilisatrices du SIN. Ces analyses ont permis de décrire les problématiques des personnes utilisatrices du SIN, leur profil sociodémographique (pour l'âge et le genre), leurs profils de suicidalité, leurs besoins (exprimés par les personnes utilisatrices, perçus par les personnes intervenantes), les pratiques d'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire des personnes intervenantes, les mesures de sécurité recommandées par les personnes intervenantes, les services et les ressources référés par les personnes intervenantes, les perceptions des personnes intervenantes par rapport aux impacts du service ainsi que les impacts à court terme du service d'intervention numérique par clavardage et texto tel qu'autorapporté par les personnes utilisatrices.

2.4.1.2 Les données qualitatives

Les données qualitatives du sondage sur l'appréciation et les retombées de la formation à l'intervention numérique, les journaux de bord liés à cette formation, les résultats du sondage sur l'expérience et les défis vécus et les entrevues réalisées auprès des acteurs de la structure de gouverne et de membres des équipes d'intervention des CPS prestataires du SIN ont été codées manuellement par la professionnelle de

recherche. Elles ont ensuite fait l'objet d'une analyse thématique (Paillé & Mucchielli, 2012). L'analyse a suivi une approche de raisonnement inductif en quatre étapes : 1) identifier les extraits de texte ayant un sens en rapport aux objectifs et questions de recherche, 2) coder ces extraits en leur apposant un thème représentatif, 3) regrouper les thèmes en catégories qui mettent en évidence les tendances qui se dégagent des résultats, selon un procédé itératif de comparaison constante et 4) consolider l'élaboration d'un modèle de regroupement des catégories émergentes, par la voie d'un exercice de formulation d'hypothèses et de vérification des conclusions, jusqu'à l'atteinte de la saturation des données.

Pour les entrevues réalisées auprès des personnes utilisatrices de suicide.ca, l'analyse a été effectuée selon la méthode CAUTIC à partir des transcriptions intégrales. La codification a été effectuée par deux membres de l'équipe de recherche et un collaborateur de l'Université Grenoble-Alpes (aussi concepteur du logiciel utilisé). Une analyse a été réalisée à l'aide de la grille d'analyse présentée précédemment (Tableau 3) et à partir du logiciel CAUTIC NETWORK afin d'évaluer : l'assimilation de la plateforme aux autres outils habituellement utilisés; l'intégration de la plateforme aux pratiques existantes; l'appropriation à l'identité de la personne utilisatrice; l'adaptation à l'environnement social de la personne utilisatrice. Les critères d'usage CAUTIC ont d'abord été « validés » (les réponses tendent à montrer que le critère est validé), « validés sous conditions » (les réponses émettent des remarques en lien avec le critère pour amélioration) ou « non validés » (les réponses démontrent que le critère n'est pas validé). Chaque critère a ensuite été détaillé afin de dégager des pistes d'amélioration de suicide.ca pour les dimensions techniques, fonctionnelles ou d'amélioration de services. Elles visent à améliorer l'appropriation et l'expérience personnes utilisatrices.

Des fiches personnelles anonymisées ont également été conçues et ont permis de contextualiser les analyses. Ces fiches contenaient les informations suivantes : la catégorie (une personne qui a des idées suicidaires, une personne qui est inquiète pour un proche, une personne endeuillée par suicide, une personne qui travaille en santé mentale ou en prévention du suicide); l'âge lorsque disponible; le sexe; la situation de la personne (depuis combien de temps est-elle concernée par le thème du suicide ? considère-t-elle qu'elle vit des problèmes de santé mentale ou une situation de vie difficile ? se sent-elle bien entourée ? est-elle suivie par le système de santé ? qu'en pense-t-elle ?).

3. RÉSULTATS

3.1 La SNPS

3.1.1 La structure de gouverne de la SNPS

Cette section aborde les parties prenantes impliquées dans la conception, le déploiement et le suivi/l'évaluation de la SNPS, les valeurs au cœur de la SNPS ainsi que les sous-fonctions de la gouvernance telles qu'actualisées par sa structure. Les résultats présentés ci-dessous découlent de l'analyse documentaire de 39 documents de la SNPS ainsi que des 13 entrevues individuelles semi-dirigées réalisées auprès des acteurs de la structure de gouverne et de membres de l'équipe d'intervention numérique.

3.1.1.1 Les parties prenantes

Les instances/acteurs dédiés à la SNPS

Des partenaires mobilisés et trois acteurs en soutien au cours de la phase exploratoire

Au moment d'initier la phase exploratoire (entre 2017 et 2018), un comité aviseur s'est vu confier le mandat d'identifier les interventions en prévention du suicide à privilégier, de planifier (objectifs, étapes,

responsabilités, échéanciers, ressources financières, humaines et matérielles), d'assurer le suivi/l'évaluation de ce plan et, le cas échéant, de recommander des ajustements. Ce comité était composé de 14 personnes aux expertises variées dont quatre représentants de l'AQPS et deux de CPS, un du MSSS, un spécialiste en marketing numérique, un spécialiste en gestion numérique, un représentant d'un Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS), trois chercheurs et une personne endeuillée par suicide. Au sein de ce comité, un porteur de projet, un chargé de projet et une chargée de projets en recherche et communication avaient le rôle de planifier, réaliser, soutenir et suivre les travaux du comité.

Une organisation mandatée, une équipe formée d'acteurs mobilisés et de nombreux collaborateurs engagés dans la conception, le déploiement et le suivi/l'évaluation la SNPS

L'AQPS a été formellement mandatée par le MSSS pour mettre au point une SNPS. Des personnes ressources ont été embauchées afin de constituer une équipe dédiée à la SNPS et œuvrant sous la responsabilité du conseil d'administration (CA) et du directeur général de l'AQPS. Cette équipe est aujourd'hui constituée, d'un coordonnateur SNPS/directeur suicide.ca, d'une conseillère en éthique et responsabilités, d'un chef de produit numérique, d'une conseillère aux contenus numériques, d'une responsable clinique de l'intervention numérique et d'une chargée de projets cliniques numériques. Collaborant étroitement avec l'AQPS depuis le début des travaux à titre de chargé de projet, un conseiller scientifique principal complète l'équipe dédiée à la SNPS; il est aujourd'hui interpellé au besoin pour soutenir l'ensemble de ces membres. Leurs rôles sont présentés ci-bas (Tableau 4). D'autres membres de l'équipe élargie de l'AQPS ont contribué et contribuent toujours au volet clinique de la SNPS, plus particulièrement la coordonnatrice de la formation et une conseillère à la formation (de façon soutenu) ainsi que les ressources spécialisées en communication (à l'occasion).

Tableau 4. Rôles actuels des membres de l'équipe dédiée à la SNPS de l'AQPS

Membres de l'équipe	Rôles
CA de l'AQPS	Entériner les stratégies ou orientations. Partager son expertise.
Directeur général de l'AQPS	Porter et représenter la SNPS. Assurer les communications auprès du CA de l'AQPS et entre le MSSS et l'AQPS.
Coordonnateur SNPS et directeur suicide.ca	Piloter la SNPS (mettre en place la structure de travail, coordonner les travaux, faire cheminer l'équipe dans un virage numérique). Diriger suicide.ca et gérer l'implantation du SIN avec les CPS. Coordonner l'équipe dédiée à la SNPS de l'AQPS.
Conseillère en éthique et responsabilités	Organiser le travail en matière d'éthique et responsabilité en collaboration avec le directeur suicide.ca et soutenir l'ensemble des travaux). Mettre en œuvre les collaborations avec les partenaires de la SNPS. Porter la question de la protection des renseignements personnels, les mécanismes de plaintes et les procédures liées à l'éthique clinique.
Chef de produit numérique	Piloter la mise en place des travaux d'optimisation et de développement des plateformes Web et mobile de suicide.ca. Entretenir une culture de collaboration, d'apprentissage et de créativité en formant et en guidant les équipes vers des solutions numériques innovantes. Faire le pont entre les parties prenantes pour les questions cliniques technologiques.
Conseillère aux contenus numériques	Planifier et produire les contenus de suicide.ca et développer des stratégies pour accroître la visibilité de ces contenus dans l'environnement numérique.

Membres de l'équipe	Rôles
Responsable clinique de l'intervention numérique	Porter le volet clinique de la SNPS (ex. : orientations du SIN et parcours de développement, enjeux et solutions). Favoriser la collaboration avec les personnes coordonnatrices cliniques des CPS. Poser un regard clinique sur l'ensemble de la SNPS.
Chargée de projets cliniques numériques	Veiller au bon déroulement et contribuer aux activités de formation du parcours de développement et de formation continue. Favoriser la collaboration avec les personnes superviseuses-accompagnatrices des CPS.
Conseiller scientifique principal	Partager les connaissances sur les initiatives existantes et les résultats de la recherche. Contribuer au développement et suivi du volet clinique.

Perçue par certaines personnes répondantes comme assez bien équilibrée en termes de responsabilités, l'équipe dédiée à la SNPS de l'AQPS se transforme selon les besoins émergents en cours de processus. À titre d'exemple, elles citent : l'arrivée du coordonnateur SNPS/directeur suicide.ca au moment où la direction à prendre était connue et qu'il était nécessaire de passer à l'action; la création d'un poste en éthique et responsabilités en anticipation de travaux en ce sens; l'embauche de la responsable clinique de l'intervention numérique dont l'expertise s'avérait incontournable; le repositionnement du conseiller scientifique en soutien des travaux de déploiement et suivi; l'embauche d'un chef de produit numérique en réponse au défi de la conjugaison des aspects cliniques et technologiques, etc.

Quelques-unes nomment que certaines ressources auraient eu avantage à être mise à contribution plus rapidement. Elles citent par exemple le coordonnateur SNPS/directeur suicide.ca dont l'arrivée a permis d'accélérer le processus et favoriser l'organisation du travail; ce poste constituant un levier opérationnel important sur les plans philosophique (ex. : être imputable de suicide.ca) et mécanique (ex. : engager des dépenses, signer des contrats). Elles mentionnent aussi le chef de produit numérique dont la contribution au regard de l'interface et de l'expérience utilisateur aurait permis de sauver « énergie, temps et argent »; ce poste facilitant la conjugaison des aspects cliniques et technologiques.

Depuis le début des travaux liés à la SNPS, les partenaires suivants ont été impliqués : Direction générale de la santé publique du MSSS (participation aux décisions stratégiques, financement et suivi); Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie-CHUS) (consultations et réflexions menant à la conception de la SNPS et sa planification stratégique); CRISE de l'UQAM (recherches et consultations menant aux politiques et pratiques éthiques); UDS et UQAM (ou la présente évaluation de l'implantation et des effets à courts termes de la SNPS).

Mandaté par l'AQPS, plusieurs fournisseurs ont aussi contribué, par exemple : iSynergie Quantum (appel d'offres des sites prestataires); Bla bla rédaction (révision linguistique des contenus); Anglacom (traduction des contenus vers l'anglais); Natifs (rédaction numérique); Productions 4 éléments (production des vidéos); Norton Rose Fulbright Canada (consultation juridique); Vumetric (soutien aux travaux de sécurité informatique); Kabane (conception de la campagne de promotion de suicide.ca). À cette liste, s'ajoute l'entreprise d'innovation nventive qui constitue un partenaire incontournable dans la mise sur pied des structures informatiques de suicide.ca.

Plus spécifiquement pour le SIN, trois CPS agissent à titre de sites prestataires. Ces sites sont le Centre de prévention du suicide 02 (CPS02), le Centre de prévention du suicide de Québec (CPSQ) et Suicide Action Montréal (SAM). Sous la responsabilité de l'AQPS et des directions générales de ces CPS, l'équipe d'intervention numérique était constituée, en mars 2022, de trois personnes coordonnatrices cliniques,

cinq personnes superviseuses-accompagnatrices et 80 personnes intervenantes numériques en prévention du suicide. Leurs rôles sont présentés ci-bas (Tableau 5). Dans certains cas, d'autres membres des équipes élargies des CPS (qui ne sont pas nommés ici) contribuent aussi au bon déroulement du SIN.

Tableau 5. Rôles actuels des membres de l'équipe d'intervention numérique

Membres de l'équipe	Rôles
Directions de CPS	Diriger l'implantation du SIN. Gérer et suivre les enjeux du SIN. Participer au groupe de travail de la SNPS les regroupant.
Personnes coordonnatrices cliniques	Veiller au bon fonctionnement du SIN au sein de son CPS (ex. : gestion de l'équipe – ressources et horaire – et l'ambiance, recours aux bonnes pratiques, gestion et suivi des enjeux). Accompagner les personnes superviseuses-accompagnatrices. Participer à la Table de coordination clinique.
Personnes superviseuses-accompagnatrices	Accompagner les personnes intervenantes du SIN et favoriser le développement de leurs compétences. Participer au groupe de travail de la SNPS les regroupant.
Personnes intervenantes du SIN	Intervenir auprès de la clientèle par clavardage et texto dans le respect de l'approche, des structures d'intervention, des pratiques et procédures identifiées.

D'autres organisations contribuent au SIN, par exemple : le Regroupement des Services d'Intervention de Crise du Québec et celui des CPS avec qui des liens sont faits en temps réel lorsque nécessaire; le service de consultation téléphonique 8-1-1 vers qui des personnes utilisatrices sont parfois référés; le service d'urgence 9-1-1 que les personnes intervenantes appellent en cas d'envoi de secours lorsqu'ils ont des motifs raisonnables de croire qu'une personne utilisatrice du SIN ou un membre de son entourage est en danger immédiat.

Des comités et groupes de travail sont présentement en place et réunissent les acteurs clés travaillant à l'implantation de la SNPS. Ces derniers sont :

- Un comité de pilotage composé du directeur général de l'AQPS, du coordonnateur SNPS/directeur suicide.ca, de la conseillère en éthique et responsabilité, d'une administratrice de l'AQPS et de deux collaborateurs externes — il soutient l'AQPS sur le plan stratégique;
- Un groupe de travail formé du coordonnateur SNPS/directeur suicide.ca et de directions des CPS prestataires du SIN – il prend en charge les aspects de gouvernance et administratifs liés au SIN;
- Une Table de coordination clinique (découlant du comité clinique) composée de la responsable clinique de l'intervention numérique et la chargée de projets cliniques numériques de l'AQPS et des personnes coordonnatrices cliniques des CPS prestataires du SIN — elle développe le volet clinique de la SNPS, assure un suivi et fait des ajustements au besoin et prend en charge l'organisation du travail de l'équipe d'intervention numérique;
- Un groupe de travail formé de la chargée de projets cliniques numériques et des personnes superviseuses-accompagnatrices des CPS prestataires du SIN — il développe des formations continues et des outils à l'intention des personnes intervenantes du SIN.

La plupart des personnes répondantes se disent satisfaites de la structure de gouverne en place puisqu'elle permet de mettre à contribution les forces de chacun et chacune dans leurs champs respectifs. On dit avoir le sentiment d'être écouté et respecté et de pouvoir s'exprimer à son aise. On apprécie « le

travail en mode solution » lorsqu'il y a des enjeux. On nomme toutefois que les communications entre les comités et groupes de travail pourraient être bonifiées afin de décloisonner ces derniers.

La compétence et la complémentarité des acteurs clés

Plusieurs personnes répondantes soulignent les forces de certains acteurs clés. En se référant aux membres de l'équipe dédiée à la SNPS de l'AQPS, aux équipes d'intervention des CPS prestataires du SIN et du fournisseur nventive, ils nomment par exemple :

- Leurs expériences passées en matière de représentation et communication, de gestion, de formation et supervision, d'intervention, de recherche et d'innovation technologique;
- Leurs expertises en prévention du suicide (au moyen des technologies numériques – ou des canaux plus traditionnels), d'application des connaissances et d'innovation technologique;
- Leur engagement envers la SNPS;
- Leurs attributs personnels leur permettant de travailler en collaboration (ex. : être agréable, être à l'écoute, etc.) et d'être efficaces (ex. : savoir doser marge de manœuvre et alignement, avoir la capacité d'apprendre et mettre en pratique les apprentissages au quotidien, etc.).

La majorité des personnes répondantes précisent que c'est dans la complémentarité de ces forces que repose la qualité de suicide.ca ainsi que les avancées de la SNPS en matière d'éthique et de responsabilités, d'intervention en prévention du suicide au moyen des technologies numériques et de développement des compétences en intervention numérique en prévention du suicide.

Parfois, la décision revenait à l'équipe clinique parce que cliniquement on était persuadé que c'est ce qu'il fallait faire. D'autres fois, c'était nventive qui disait : ça en numérique c'est une pratique incontournable. Alors, c'est eux qui avaient plus d'influence sur le développement du produit. Des fois, on trouvait chacun les bons morceaux à contrôler et ça s'emboîtait bien. Je trouve que c'est dans ces cas-là où ça a été le plus fructueux ou le plus innovant. (Ent. 6)

Certaines personnes répondantes mentionnent aussi l'adéquation de la composition des comités et groupes de travail. Ils soulignent notamment la complémentarité des expertises des membres du comité de pilotage qui leur permettent de soutenir l'AQPS sur le plan stratégique ou des membres du comité clinique (à l'origine de la Table de coordination clinique) qui leur ont permis de naviguer en terrain connu et inconnu. On ajoute également que sur le plan individuel, « le fit était bon » (Ent. 7).

3.1.1.2 Les valeurs au cœur de la SNPS

La prévention du suicide

La SNPS mobilise ses parties prenantes autour de la prévention du suicide au moyen des technologies numériques. Celles-ci se sont unies pour concevoir un programme et offrir des outils et un SIN de qualité, c'est-à-dire sécuritaires, validés et adaptés à la réalité du Québec (Association québécoise de prévention du suicide, s. d.). Pour y arriver, ces parties ont mené une démarche rigoureuse fondée sur la consultation des parties concernées, la littérature scientifique et un travail collaboratif et continu d'experts de divers horizons.

La prévention du suicide est une cause mobilisatrice. Tout le monde est dédié à la cause. Tout le monde à un souci de répondre aux besoins des gens et de ne mettre personne en danger. Toujours garder en tête ce souci-là, de prendre soin des gens et d'atteindre le but qui est prévenir les décès par suicide. Je pense qu'on a toujours été centré sur ce but-là depuis le début du processus jusqu'à

maintenant. Et ça, c'est ce que je ne changerais pas. Je pense qu'on agit pour la bonne raison et en vue du bon objectif. (Ent. 1)

En cohérence avec les efforts déployés au Québec par l'ensemble des acteurs en prévention du suicide, suicide.ca propose d'aider, informer et prévenir. Cette plateforme vise à renforcer le filet de sécurité et diminuer la détresse des Québécois et des Québécoises grâce à un service numérique accessible, sécuritaire et rassurant (Association québécoise de prévention du suicide, s. d.).

La protection et la sécurité des renseignements personnels

Les technologies numériques utilisées dans le cadre de la SNPS constituent un nouvel environnement de services et un nouveau contexte de travail pour les personnes intervenantes en prévention du suicide. Elles ne sont pas neutres du point de vue éthique, car elles permettent de concrétiser des valeurs morales (ex. : autonomie de la personne) et peuvent en entraver d'autres (ex. : protection des renseignements personnels). Comme organisation mandataire, l'AQPS souhaite assurer un standard de qualité élevé et implanter une culture de responsabilité, d'imputabilité et de transparence. C'est pourquoi, plusieurs mesures ont été mises en place afin de protéger les renseignements personnels des personnes utilisatrices et d'assurer la sécurité des données collectées par suicide.ca. Des précisions à ce sujet sont apportées plus bas.

Certaines personnes répondantes précisent que les réflexions sur ces questions d'ordre éthique ont accompagné le développement du volet clinique ainsi que la conception de suicide.ca et qu'elles ont été aussi transposées dans la pratique (ex. : anonymat des personnes utilisatrices, intervention non intrusive et envoi de secours, intervention auprès de mineurs, etc.). Encore aujourd'hui, on explique que celles-ci guident les ajustements au quotidien.

La collaboration des parties concernées

De nombreuses organisations et personnes professionnelles ont contribué à la conception, au déploiement et au suivi/à l'évaluation de la SNPS (voici p. ex. celles ayant contribué précisément à la conception et au déploiement de suicide.ca <https://suicide.ca/fr/a-propos/raison-detre/collaborateurs-et-remerciements>).

On a réussi à faire en sorte que ce ne soit pas juste le projet de l'AQPS, mais que ce soit une contribution d'énormément de ressources. On a plusieurs centaines de gens qui ont contribué au développement de cette plateforme. (Ent. 4)

Cette contribution aura été rendue possible grâce à la posture et aux modes de travail de collaboration adoptés dès le début des travaux (de la phase exploratoire à aujourd'hui). Plus de détails à ce sujet sont apportés dans la section suivante.

3.1.1.3 Les sous-fonctions de la gouvernance

Différentes stratégies/actions ont été mises de l'avant par la structure en place afin d'exercer la plupart des sous-fonctions de la gouvernance les plus communément citées dans les écrits. Les sous-fonctions abordées plus bas sont : la responsabilité et la transparence, la participation, l'adéquation de l'organisation, la régulation ainsi que la production des données et l'intelligence (Barbazza & Tello, 2014).

La responsabilité et la transparence

Des appels d'offres pour identifier les sites prestataires du SIN et les fournisseurs

Un comité d'attribution des appels d'offres publics et d'intérêt pour l'opération d'un SIN par clavardage et texto en prévention du suicide a été mis en place (2018-2019). Ce comité a évalué les candidatures selon les critères mentionnés dans l'appel d'intérêt.

Quelques personnes répondantes nomment que les critères évoqués dans l'appel de sites prestataires du SIN étaient clairs et permettaient de mesurer la capacité de l'organisation à y répondre et même, de débiter la préparation. On nomme que le processus était rigoureux et les exigences élevées et précises que l'expérience révélera ce qui s'avérerait effectivement essentiel.

Des conditions de réalisation et livrables précisés par des conventions, ententes et contrats

Une convention d'aide financière entre le MSSS et l'AQPS (formellement mandatée pour mettre au point la SNPS) énonce les termes du projet de SNPS.

Des ententes ont été établies entre l'AQPS (organisation mandataire) et les CPS partenaires de la SNPS (sites prestataires du SIN). Ces dernières abordent plus précisément : les paramètres d'imputabilité du SIN; l'adhésion aux pratiques cliniques et aux règles d'opération; l'évaluation, la mesure de qualité et l'amélioration continue; la propriété intellectuelle; la mobilisation des ressources humaines attendue des CPS; les modalités de financement et de remboursement découlant de la participation des CPS; les frais généraux d'opération; les modalités de défaut et résiliation.

Du côté des fournisseurs, des contrats avec l'AQPS régissent les modalités de la prestation de services.

Selon plusieurs personnes répondantes, ces conventions, ententes et contrats sont incontournables. Ils permettent de préciser les rôles et responsabilités de chacune des parties concernées, de définir les services et produits attendus ainsi que d'en encadrer la livraison. Ils exigent à chacune des parties de suivre la réalisation de son mandat et de rendre des comptes (au subventionnaire, à l'organisation mandataire, aux sites prestataires) en matière de performance (ex. : atteinte des objectifs, respect des procédures, appréciation des services et produits, mesure des effets) et financier (ex. : justification des dépenses). L'une des personnes répondantes précise que la valeur de gestion de l'imputabilité devient alors importante dans ce contexte; tant l'imputabilité des processus que des résultats.

Des mesures misant sur la protection des renseignements personnels

Comme mentionné précédemment, de nombreuses mesures en matière de protection des droits et de l'intégrité des personnes utilisatrices ont été mises en place.

Un *Cadre éthique* a d'abord été élaboré avec le soutien du CRISE de l'UQAM. Ce cadre vise à :

- Guider la prise de décisions, en indiquant le principe éthique à suivre en cas de conflit de valeurs, tout en privilégiant la protection des intérêts et de l'autonomie des personnes utilisatrices du SIN;
- Assurer un standard de qualité de services à travers l'implantation d'une culture de responsabilité, d'imputabilité et de transparence;
- Agir en cohérence avec les valeurs partagées par les acteurs de la prévention du suicide au Québec;
- Encadrer l'utilisation des données.

Les recommandations sont notamment basées sur des lignes directrices existantes relatives à la télésanté, à la gestion et à l'utilisation des renseignements personnels en environnement numérique et à la recherche en matière de santé sur des participants humains.

Comme nommé précédemment, plusieurs actions ont été réalisées pour assurer la sécurité des données collectées par suicide.ca, par exemple l'embauche d'une conseillère en éthique et responsabilité et sa nomination à titre de contrôleuse des données; la réalisation d'audits de sécurité par une firme externe et l'implantation de ses recommandations; la rédaction et l'application de politiques, protocoles ou procédures internes pour encadrer la collecte, le traitement, la conservation et la destruction des renseignements personnels; la sensibilisation et la formation de l'équipe dédiée à la SNPS de l'AQPS et de l'équipe d'intervention numérique à la sécurité technologique et à la protection des renseignements personnels; le suivi des failles de sécurité détectées ou améliorations à apporter.

La *Politique de confidentialité* précise les données collectées par suicide.ca ainsi que leur utilisation, c'est-à-dire pour répondre au mieux aux besoins, demandes, insatisfactions et plaintes des personnes utilisatrices et assurer le bon fonctionnement des services; superviser le travail des personnes intervenantes du SIN; évaluer et améliorer les services, notamment par la production de statistiques. Elle identifie et définit les renseignements personnels comme « un renseignement qui concerne une personne physique et permet de l'identifier » (nom et prénom, adresse courriel, numéro de téléphone, région, genre, revenu, origine ou âge). Ces renseignements sont confidentiels et sont traités comme tels par l'AQPS et les CPS prestataires du SIN. Leur collecte, accès, utilisation et conservation sont strictement limités en fonction des besoins. Les renseignements personnels ne sont pas transmis à des tiers sans autorisation préalable de la personne utilisatrice et de l'AQPS, sauf dans certaines exceptions prévues par la loi (ex. : Bureau du coroner, juge, police). Dans certaines situations, certaines informations collectées pourraient être transmises à des mandataires effectuant de la recherche ou de l'évaluation scientifique ayant : des normes de confidentialité semblables à celles de suicide.ca; un mandat de recherche approuvé et suivi par un comité d'éthique compétent; un accès à des données ne contenant plus les prénoms et noms ou nom de ville ou de lieu pouvant permettre de localiser les personnes utilisatrices de la plateforme.

Une page Web intitulée *Conditions d'utilisation et politique de confidentialité* est disponible sur le site Web et l'application mobile de suicide.ca pour informer les personnes utilisatrices des modalités de collecte et de conservation des données et des renseignements personnels (<https://suicide.ca/fr/conditions-utilisation-et-politique-de-confidentialite>). La plateforme est construite de manière à informer la personne utilisatrice et à recueillir son consentement à chaque étape de son expérience.

Quelques personnes répondantes rappellent que l'AQPS est imputable de la protection des renseignements personnels des personnes utilisatrices recueillis dans le cadre des activités de suicide.ca. En collaboration avec l'AQPS, les CPS prestataires du SIN se sont engagés à protéger ces renseignements de leur collecte ou création jusqu'à leur destruction, notamment en appliquant les directives fournies par l'AQPS à cette fin.

La participation

Des espaces de collaboration des parties prenantes de la SNPS

Au sein de l'équipe dédiée à la SNPS de l'AQPS, les espaces de collaborations varient en fonction des travaux en cours; ils regroupent les membres concernés par ces travaux. Plusieurs personnes répondantes nomment que les communications sont constantes et fluides (en présence et via TEAMS et SLACK, sous la forme de suivis individuels, de rencontres en sous-groupe ou de rencontres d'équipe). Elles peuvent par exemple viser à définir des orientations ou identifier les priorités, valider certains éléments précis ou faire le suivi de tâches. Plus largement, l'équipe de gestion de l'AQPS (ou la direction et les coordonnateurs)

veille à partager leur compréhension des enjeux observés dans les différents secteurs lors de leurs rencontres régulières. Le directeur de l'AQPS fait le lien avec le CA. À l'externe, la direction de l'AQPS et le coordonnateur SNPS/directeur suicide.ca entretiennent des liens avec les instances du MSSS.

Tel que nommé précédemment, des comités et groupes de travail réunissent aussi les acteurs clés de l'AQPS, des CPS prestataires du SIN et d'autres collaborateurs. Ces comités et groupes de travail permettent aux parties prenantes de contribuer à l'implantation de la SNPS, soit en partageant leurs expertises, participant aux réflexions, prenant part aux décisions ou réalisant des actions concrètes. Quelques personnes répondantes précisent qu'il n'est cependant pas possible pour tous de contribuer à la même hauteur et de soutenir cette contribution dans le temps. Cela demande de créer des opportunités de contribuer (ex. : solliciter les points de vue de tous, répartir les tâches), de revenir souvent à la charge et parfois, de faire preuve de fermeté (ex. : veiller à la disponibilité des ressources dans la réalisation des tâches et le respect des engagements); ce qui amène un peu de tension sur la tâche.

À titre d'exemple, ils citent l'importante participation des membres du comité clinique au moment de concevoir les structures d'intervention et identifier les pratiques privilégiées par le SIN. Aujourd'hui, certains membres de ce comité, devenu la Table de coordination clinique, semblent adopter une position jugée plus passive entre les rencontres. Ceci signifie que ce serait davantage l'équipe dédiée à la SNPS de l'AQPS qui porterait principalement « le crayon » même si la construction s'effectue toujours en collaboration. D'une part, on nomme qu'une participation à géométrie variable pourrait être attribuable à la capacité de chacun — en fonction de sa disponibilité (ex. : être libéré à mi-temps comme prévu, avoir le temps d'exécuter une tâche), son degré d'aisance au regard de certaines tâches (ex. : lire des recherches, transformer les résultats de recherche en pratiques, rédiger des pratiques) ou sa personnalité (ex. : avoir tendance à se porter volontaire). On mentionne aussi que cela pourrait être attribuable à la nature et au rythme des travaux en cours. Lorsque plus d'opportunités d'arrimage sont présentes et de rencontres en mode « séances de travail » sont proposées, la collaboration est plus intensive et la participation est plus grande (comme pendant la période de conception de suicide.ca). D'autre part, on nomme que cela pourrait être attribuable à l'ampleur de la tâche prise en charge par la coordination clinique dans le cadre de la SNPS ainsi qu'à l'interne des CPS prestataires du SIN (ex. : projets en cours, besoins en personnel à combler en raison d'un départ ou d'une absence). À cet égard, quelques personnes répondantes nomment que la composition du comité clinique était juste. Lorsque cela s'est avéré nécessaire (p. ex. en période de pandémie, alors que les personnes coordonnatrices cliniques ne pouvaient s'investir au même rythme), l'équipe dédiée à la SNPS de l'AQPS a poursuivi les travaux.

Que l'AQPS ait continué, c'était nécessaire pour qu'on ait quelque chose à présenter en formation et à lancer avec des heures réduites en octobre. Mais je pense que le résultat aurait été différent si tout ce beau monde-là avait pu continuer de s'investir comme on le voulait. (Ent. 7)

Les communications entre les membres des comités et groupes de travail se sont déroulées pour la plupart par vidéoconférence. L'une des personnes répondantes mentionne que des rencontres ou des visites en personnes — alors impossibles en raison du contexte de pandémie — auraient permises de rendre certaines activités moins formelles et d'améliorer la relation globale entre les parties prenantes.

L'informel permettrait de mieux huiler, d'atténuer les résistances. (Ent. 1)

Dans certaines situations, des points de discussions ont été partagés entre les comités ou groupes pour information ou validation (ex. : partage d'enjeux identifiés par le groupe de personnes superviseuses-accompagnatrices avec la Table de coordination clinique).

L'une des personnes répondantes explique que la structure de gouverne (avec ses comités et groupes de travail actuels) suppose que des liens soient également faits entre les représentants d'une même organisation (p. ex. entre la direction et la coordination clinique de CPS).

Les personnes répondantes évoquent qu'une belle collaboration s'est établie entre les organisations participantes et leurs équipes. Selon plusieurs, la collaboration entre les parties prenantes de divers horizons représente un défi important. Ceci a notamment demandé à chacun d'être à l'écoute des autres (de leurs attentes et besoins) et d'être en mode concession. L'une des personnes répondantes suppose que le caractère rassembleur de la prévention du suicide, le contexte d'apprentissage et la volonté de travailler ensemble de chacun a permis d'être plus conciliant. Cela nécessite également d'avoir une vision commune de la direction à prendre et d'avoir une perspective globale de l'ensemble des travaux et enjeux, sans laquelle on dévie « de l'essentiel ».

Le gros défi dans la SNPS est de réunir des acteurs qui proviennent d'univers complètement différents, qui n'ont jamais eu à travailler ensemble et qui travaillent sur des rythmes différents avec des ressources complètement différentes, et de réussir à faire travailler tout ce monde-là sur des échéanciers similaires. [...] Tout le monde a mis un peu d'eau dans son vin. On a appris à aller plus vite sur certains aspects et à lâcher prise sur certains points. Du côté des entrepreneurs, eux aussi, ils ont accepté de « perdre un peu de temps » sur certains aspects. (Ent. 1)

Ici, l'intervention numérique, on débute cette pratique-là. On est à consolider, favoriser le langage commun et favoriser le travail de concertation et être constamment en rétroaction pendant le processus pour développer une vision commune de ça. (Ent. 5)

Quelques-unes mentionnent aussi l'importance de pouvoir « dialoguer au même niveau »; c'est-à-dire de comprendre les théories et les méthodes de l'autre, de négocier et de s'ajuster (buts visés, concepts et langages utilisés, ressources et échéanciers harmonisés). Ces personnes nomment l'exemple de la collaboration avec inventive ou de l'inclusion d'un univers étranger à la majorité des parties prenantes.

C'était deux mondes [clinique et technologique] qui s'alliaient ensemble, mais qui n'avaient aucune espèce de compréhension de la réalité de l'autre. Ça a été une longue période d'adaptation, malgré toute la bonne volonté de part et d'autre. [...] Eux sont habitués de travailler avec des clients qui mettent énormément de pression pour que les choses soient livrées rapidement parce que ce sont des investissements qui doivent rapporter des revenus. Alors que nous, notre approche s'était de dire on va prendre le temps de bien réfléchir pour s'assurer que le résultat soit le meilleur possible pour le bien-être de la personne vulnérable. (Ent. 4)

Des bases communes permettant d'ouvrir et faciliter le dialogue

Pour certaines personnes répondantes, la collaboration au sein des comités et groupes de travail repose sur les bases communes établies en début de projet. Quelques-unes nomment que c'est d'abord grâce à la posture des parties prenantes que la collaboration y est possible. Selon ces personnes, leur culture et leurs manières de travailler reconnaissant les apports de tous auraient permis d'établir un lien de partenariat (par opposition à un mode hiérarchique).

C'était important pour certains partenaires de placer qu'on est tous en train d'apprendre, qu'on est tous en train de développer une nouvelle pratique. On a des acquis. On connaît ce qui fonctionne bien dans d'autres contextes. Maintenant comment on peut se permettre d'être ouvert et de tout mettre ça en commun. (Ent. 4)

D'autres personnes mentionnent qu'elle découle de discussions autour du contexte et des modalités de collaboration, des objectifs poursuivis ainsi que des rôles et responsabilités des acteurs mobilisés tenus dans certains comités ou groupes de travail. Pour celles-ci, ces discussions ont permis de reconnaître l'influence d'autres enjeux ou appréhensions/irritants liés à des expériences passées ou d'autres projets en cours et de veiller à ce qu'ils ne nuisent pas au travail à venir.

Les membres étaient conscients de ce contexte et avaient la volonté d'être là et de bien faire les choses, de le faire dans le respect, dans la construction commune. Le groupe a alors nommé les attentes, les limites et les écueils ainsi que la façon d'en prendre soin et a établi une entente de groupe. Pour bâtir une relation de confiance et avoir le goût d'avancer là-dedans de façon transparente, authentique, pleine et entière, car la réalisation du mandat reposait sur chaque organisation. (Ent. 5)

Quelques personnes ajoutent que la distinction entre les aspects politiques et de gestion et les aspects cliniques dans les mandats, rôles et responsabilités a également permis de faciliter les collaborations en créant une forme de solidarité à travers un travail collectif.

La majorité des personnes répondantes mentionnent l'importance d'être unis par une même vision. Dans le cas du SIN, cette vision repose notamment sur l'expertise en prévention du suicide partagée par la plupart des parties prenantes et la grande transférabilité des pratiques existantes vers le numérique. En plus d'assurer une cohérence avec ces pratiques dans la conception ainsi qu'un langage et des messages communs dans le déploiement, ceci aurait permis de favoriser la collaboration.

Quelques personnes mentionnent toutefois certains écarts au niveau de la vision de la SNPS (avoir une vision globale ou partielle) ou, plus précisément, de la théorie de programme de la SNPS (maîtriser ou non le modèle d'action et les modèles de changement).

Des mandats, rôles et responsabilités guidant l'action

Tel que mentionné dans les sections précédentes, les mandats des instances et les rôles et responsabilités des acteurs mobilisés dans le cadre de l'implantation de la SNPS ont été définis.

Du côté de l'AQPS, la participation aux comités et groupes de travail ainsi qu'aux travaux en cours mise sur la fluidité. Les personnes répondantes nomment par exemple :

- La collaboration des membres de l'équipe élargie de l'AQPS pour faire cheminer certains objets identifiés prioritaires (ex. : contribution du service de la formation dans la conception de la formation à l'intervention numérique, présence du directeur au comité de pilotage lorsque la direction à prendre avec la SNPS doit être précisée);
- Les liens établis par le coordonnateur SNPS/directeur suicide.ca avec les comités et groupes de travail afin de veiller à ce que les travaux cadrent avec la SNPS;
- L'implication de la conseillère en éthique et responsabilités au sein de plusieurs comités et groupes de travail afin d'établir des ponts et de rassembler l'ensemble des informations;
- La contribution de la responsable clinique de l'intervention numérique à différents chantiers afin de poser un regard clinique sur l'ensemble des éléments qui composent la SNPS.

Quelques personnes déplorent toutefois le mouvement et le morcellement de certains dossiers au sein de l'équipe. Citons par exemple : 1) les aspects de promotion et communications qui ont été pris en charge par différentes personnes au fil des derniers mois et 2) les activités de suivi de l'implantation de la SNPS qui sont prises en charge simultanément par différents membres de l'équipe. Pour certains, ce mode

d'organisation peut s'avérer plus difficile à suivre (qui fait quoi) et parfois, positionner certains acteurs dans un rôle pour lequel ils n'ont pas les connaissances ou les compétences nécessaires.

En ce qui a trait au CPS, certaines personnes répondantes soulignent que la description du rôle des personnes coordonnatrices cliniques a été rédigée par l'équipe dédiée à la SNSP de l'AQPS et ensuite, soumise à la Table de coordination clinique pour validation. L'une des personnes répondantes explique que ceci permettait à tous d'en partager une même vision et de différencier le rôle de coordination clinique avec celui de supervision-accompagnement. Elle explique qu'il s'agit d'un point défini par les ententes de gestion pour « mettre des balises ou limites » (Ent. 8).

Même si on se veut être dans un mode de collaboration et consensus dans les orientations, il y a quelquefois où il faut dire : c'est une décision qui a été prise avec les CPS. (Ent. 8)

Selon cette description, la personne coordonnatrice clinique joue à la fois un rôle d'expert-conseil et de gestion; elle doit donc contribuer au développement et à l'appropriation des pratiques cliniques ainsi que poser un regard évaluatif et encadrer les personnes intervenantes du SIN si nécessaire (ex. : assiduité, rendement). Selon certaines personnes répondantes, ces rôles ne sont pas toujours en cohérence avec le rôle déjà exercé par certaines personnes coordonnatrices cliniques dans les CPS (en relation à la mi-temps qui n'est pas attribuée au SIN, au regard de la supervision déjà effectuée). Dans certains cas, elles les partagent avec d'autres collègues du CPS qui réalisent des tâches pour lesquelles elles demeurent responsables (ex. : gestion et encadrement des ressources humaines). On nomme aussi que la personne coordonnatrice clinique n'a parfois pas la même aisance avec les rôles d'expert-conseil et de gestion. Par exemple, durant la phase de conception, les personnes coordonnatrices cliniques participaient aux réflexions axées sur les aspects cliniques. À ce moment, les questions relatives aux effectifs étaient abordées par les directeurs qui déléguaient ensuite à l'interne du CPS. Depuis la mise en opération du SIN, les éléments de gestion des effectifs sont devenus plus importants au sein de la Table de coordination clinique; ceci entraînant pour certains une perte d'intérêt ou nécessitant l'implication de personnes supplémentaires à titre d'invité et créant un sentiment de perte d'efficacité. Lorsque le rôle de coordination clinique tel que le définit par la description existe déjà dans le CPS, il semble que cela facilite l'adaptation. Quoi qu'il en soit, quelques personnes répondantes affirment que les demandes reçues dans le cadre de la SNSP demeurent dans les limites du rôle convenu (ou le descriptif).

Quelques personnes répondantes concluent que ces divergences créent des écarts au niveau du lien avec les membres de l'équipe d'intervention numérique (ex. : lien hiérarchique vs lien de collaboration).

Au-delà de l'intervention auprès de la clientèle, quelques personnes répondantes soulignent que davantage d'implication des personnes intervenantes du SIN pourrait être positive, les mobiliser en faisant appel à leurs forces.

Des gestes témoignant de la reconnaissance envers les parties prenantes

Quelques personnes répondantes mentionnent que des gestes témoignant de la reconnaissance envers les parties prenantes ont été posés.

Par exemple, au moment de développer le projet, les CPS ont été mobilisés; ceci permettant de reconnaître leur expertise et leadership en matière de prévention du suicide dans la communauté et de financer leur développement (en plus de favoriser leur adhésion et collaboration). Au moment de l'appel d'offres, quelques personnes répondantes précisent que les futurs CPS prestataires du SIN (et bien d'autres CPS) étaient favorables à la SNSP. On y voyait l'opportunité de répondre avec rigueur à un besoin grandissant au regard de l'utilisation des technologies numériques en prévention du suicide (contrepois

à l'offre Web de qualité variable, amélioration de l'offre de services en prévention du suicide, besoins émergents, clientèle élargie) et de créer une opportunité d'élargir l'offre de services et d'agrandir l'équipe (plus de poste, plus de diversité). L'une d'elles souhaite toutefois qu'encre plus de CPS se joignent au SIN afin que ce dernier soit porté par la communauté.

C'était unanime. On voulait participer à cet effort, innover et rejoindre plus de monde. (Ent. 7)

Toutefois, on nomme que plus de reconnaissance dans les communications serait appréciée par les CPS prestataires du SIN (ex. : nommer l'organisation mandataire et les sites prestataires du SIN) ainsi que par l'ensemble des CPS qui partage la même mission de prévention du suicide.

Parmi les autres exemples, l'une des personnes répondantes nomme l'invitation de nventive au lancement de la SNPS pour les remercier et souligner leur engagement dans ce projet.

L'adéquation de l'organisation

Une implantation planifiée et actualisée par étape

Les exemples d'actions réalisées pour planifier et suivre l'implantation de la SNPS sont nombreux. Elles se sont notamment traduites par la rédaction d'un plan d'implantation de la SNPS, d'un plan d'action pour le développement et l'opérationnalisation de la SNPS, d'un plan de gestion risque pour faire face aux impacts de la pandémie à COVID-19 de 2020, des portraits de l'avancement des travaux (en démarrage, avancé, complété), d'un tableau de bord des activités et sous-activités (du développement technologique et informatique, des opérations et développement tactique, des mandataires/prestataires et implantation des ressources humaines, de la promotion et du positionnement), d'un bilan des besoins répondus (ou non) tirés de la consultation réalisée au cours de la phase exploratoire.

Un modèle de développement de la SNPS a été réfléchi et mis en place. Il prévoyait six étapes :

- I. La recension de la littérature et l'évaluation des besoins;
- II. L'identification de stratégies de prévention, d'intervention et de postvention adaptées au contexte québécois;
- III. L'évaluation de la faisabilité d'implantation;
- IV. La planification de l'implantation par les acteurs de la prévention du suicide;
- V. L'implantation de la SNPS et déploiement de services à la population;
- VI. La planification et évaluation de l'implantation et d'impact de la SNPS.

Les mandats de la SNPS se sont d'abord actualisés par l'opérationnalisation de suicide.ca; par une mise en ligne de suicide.ca (15 octobre 2020) et une mise en opération progressive du SIN (24/7 en date du 15 avril 2021). L'une des personnes répondantes explique que suicide.ca se trouve actuellement en phase de consolidation des mécanismes et opérations (entre le 15 octobre 2021 et le 31 mars 2022).

Une organisation du travail par secteurs qui sont interreliés

Au sein de l'AQPS, une structure de gestion propre à la SNPS a été mise en place. Quelques personnes répondantes expliquent que l'AQPS porte habituellement des projets structurants et cycliques (ex. : activités de représentations ou de promotion comme de la semaine de prévention du suicide) contrairement à des projets de type *start-up*. On nomme que la SNPS est donc une parenthèse dans l'AQPS et qu'elle fonctionne selon des paramètres différents.

La théorie de programme développé dans le cadre de la SNPS attribue la capacité de l'organisation à l'AQPS qui pilote en les travaux. Elle l'attribue aussi aux équipes de travail qui sont organisées autour de cinq secteurs. Ces secteurs sont :

- La performance Web : conception de l'infrastructure technologique; analyse du parcours, de l'intérêt et de la consommation des contenus des visiteurs de suicide.ca; optimisation des contenus de la plateforme de la SNPS afin qu'elle se positionne favorablement dans le référencement Web;
- La qualité clinique : développement de bonnes pratiques cliniques numériques; analyse de la performance des mécanismes préintervention et du cheminement durant l'intervention (ou l'expérience des personnes utilisatrices de l'intervention en ligne); réflexion sur les personnes intervenantes;
- La gestion des opérations : organisation du travail; optimisation des ressources et des opérations; gestion des enjeux stratégiques;
- La gouvernance : orientation du développement de la SNPS;
- La communication et promotion : élaboration de stratégies de communication, promotion et positionnement et relations publiques;
- L'analyse de la performance : analyse transversale de la performance.

Quelques personnes répondantes précisent que chaque secteur est autonome en termes de contenus, mais que l'ensemble des travaux sont en cohérence. On nomme que ces secteurs constituent des dynamiques mouvantes et que chaque équipe de travail contribue via un processus de production de contenus. Ils progressent indépendamment et/ou simultanément. Ces personnes citent le travail de conception de suicide.ca amorcé en mode *AGILE*.

Le défi est d'accepter de travailler non pas en mode séquentiel, mais plusieurs ronds en même temps qui s'entrecoupent. On essaie, on fait une maquette, on s'adapte. On finit par accoucher de quelque chose qui ne ressemble plus exactement à ce qu'on avait imaginé — des fois pour le meilleur, des fois pour le pire. On bâtit des legos parce que tout est interconnecté. (Ent. 2)

Selon quelques personnes répondantes, le processus de conception de suicide.ca tel que déployé ne correspond pas à la vision initiale selon laquelle il devait être itératif. Il n'a pas inclus de tests permettant de « manipuler » suicide.ca et de constater l'écart entre la théorie et la réalité; ce qui aurait évité certaines erreurs de parcours (p. ex. celle de concevoir les écrans avant de les insérer dans la plateforme THRIO). L'une d'elles explique que les visions des personnes impliquées divergeaient à cet égard et que le besoin d'avancer et d'obtenir un résultat rapidement a finalement surpassé le besoin de ralentir pour faire face à la complexité de la tâche.

Le prix à payer, c'est qu'on ne peut pas jeter tout. On va le garder et le bonifier. On ne recommencera pas. On va améliorer des morceaux, faire des choix. (Ent. 2)

Des tests-utilisateurs ont récemment été effectués. Effectuer cet exercice apparaissait trop complexe avant la mise en ligne de suicide.ca (ex. : faire un bêta, recruter des personnes utilisatrices, tester ce qui existe et bonifier). D'autres nomment que l'alternance entre la formulation de la demande, la production d'un écran et la programmation coûte cher et prend du temps.

La régulation

Une gestion par paliers (stratégique, tactique et opérationnel) et par secteurs de travail

Quelques personnes répondantes rappellent que les décisions étaient partagées par les membres du comité aviseur au moment de concevoir le projet de SNPS (lors de la phase exploratoire). Ils expliquent qu'une chaîne d'autorité a ensuite été mise en place. On précise que, bien que les travaux de la SNPS s'effectuent en collaboration, tout le monde n'est pas décisionnel.

À l'interne de l'AQPS, la chaîne décisionnelle liée à la SNPS suit la chaîne d'autorité mise en place : le CA et la direction de l'AQPS au niveau stratégique; le coordonnateur SNPS/directeur suicide.ca aux niveaux stratégique, tactique et opérationnel; les membres de l'équipe dédiés à la SNPS aux niveaux tactique et opérationnel. À ce sujet, certaines personnes répondantes précisent que : le directeur de l'AQPS et le coordonnateur SNPS/directeur suicide.ca prennent les décisions stratégiques de manière collégiale; le coordonnateur SNPS/directeur suicide.ca a une grande liberté de gestion; les membres de l'équipe dédiés à la SNPS responsable des secteurs de travail disposent d'une certaine autonomie et doivent soumettre leurs propositions au coordonnateur SNPS/directeur suicide.ca ou consulter leur équipe lorsque des enjeux sont anticipés. En ce qui a trait à la coordination et la gestion des ressources de l'équipe élargie de l'AQPS, celles-ci reposent principalement sur la collaboration de l'équipe de coordination.

Du côté des comités et groupes de travail, le niveau de participation semble varié selon le secteur de travail. Quelques personnes nomment par exemple le caractère consultatif du comité de pilotage en matière de gouvernance de la SNPS et la prise en charge partagée de la qualité clinique du SIN par la Table de coordination clinique. Certaines personnes répondantes rappellent toutefois que l'AQPS demeure la mandataire de la SNPS.

En ce qui a trait aux CPS, on souhaite que les chaînes d'autorité existantes soient respectées. L'une des personnes répondantes explique que ce sont aux directions de subir la pression ressentie dans le cadre de la SNPS et de travailler les enjeux.

Plusieurs personnes répondantes citent la conception de suicide.ca (qui inclut le SIN) parmi les exemples de travail effectué en partenariat. À quelques exceptions près (ex. : conception de l'application et de la formation à l'intervention numérique), on nomme que celle-ci découle d'une « réelle coopération » entre plusieurs parties prenantes (AQPS, CPS et nventive). À ce moment, les équipes de travail en place (dont le comité clinique) faisaient preuve d'une grande indépendance et misaient sur l'expertise de ses membres dans la prise de décisions.

Des délibérations qui avaient tendance à aboutir à des consensus imparfaits ou des compromis [...] Lorsqu'un groupe avait plus d'expertise, on avait tendance à les suivre. (Ent. 6)

L'équipe d'intervention numérique est actuellement cogérée par l'AQPS et les CPS prestataires du SIN; une gestion administrative par chaque CPS à partir des ententes établies dans le cadre de la SNPS et une gestion clinique partagée entre l'AQPS et les CPS à partir de structures d'interventions et pratiques cliniques clairement définies. Quelques personnes répondantes soulignent la complexité d'opérer le SIN en collaboration; un travail qui regroupe quatre organisations ayant des réalités différentes. On nomme que cela suppose pour chacune d'être disponible, de transformer sa culture de travail, de réorganiser les services et de changer les pratiques en place.

Sur une base théorique, les gens travaillent avec la même approche et les mêmes outils. Au quotidien, la gestion des équipes, la compréhension de l'intervention et de l'utilisation des outils sont teintés par qui sont les individus, quel genre de CPS on a, quelle grosseur de CPS on a, quel territoire. Mais, on est dans une culture qui se ressemble — parce que ce sont trois organisations dont la mission première est la prévention du suicide et qui sont mandataires de la formation Intervenir auprès de la personne suicidaire. (Ent. 3)

Pour l'une des personnes répondantes, le fait d'avoir trois CPS prestataires du SIN réduit la pression sur ces derniers, par exemple au niveau du recrutement ou en cas de problème technologique. Une autre

explique que la mécanique entre les organisations pourrait être améliorée en ce qui a trait à l'opération du service (ex. gestion des horaires, disponibilité et quart de travail).

On a des intervenants compétents qui sont capables de répondre aux clients. On n'a pas de doute — c'est pour cela qu'on travaille avec les CPS. Mais pour la portion organisation du travail, il y a encore un tour de roue à faire. Il faut trouver davantage de fluidité et d'automatisme pour réduire le flottement, réduire l'organique. (Ent. 4)

Des ajustements incontournables en cours de processus

La plupart des personnes répondantes mentionnent que ce qui a été mis en œuvre à ce jour représente une partie de l'ensemble du mandat de la SNPS tel qu'entériné. L'une d'elles explique qu'allier la rigueur scientifique et clinique, l'adéquation de l'expérience numérique et la capacité de livrer les produits attendus selon l'échéancier prévu demande de faire des choix.

L'avantage c'est d'avoir accouché de quelque chose parce que le plus grand niveau de risque c'est que cinq ans plus tard on soit encore en train d'en parler. Alors la capacité de lier la meilleure pratique de développement d'un projet et livrer, il y a parfois de l'incompatibilité. (Ent. 2)

Quelques personnes répondantes nomment que certains objets ont été traités en priorité. Ils nomment le travail de grande qualité et effectué avec une grande efficacité autour du développement de l'approche, des structures d'intervention et des pratiques à privilégier pour les quatre catégories de clientèles du SIN, la conception du parcours de développement de compétences en intervention numérique et des outils d'intervention (ex. : rapports d'intervention); l'embauche et la formation de nombreuses personnes intervenantes numériques; la mise en opération du SIN. Parmi les travaux reportés ou écartés, on nomme par exemple le report des réflexions sur la structure de supervision clinique ou la création d'un espace de référence pour les personnes intervenantes du SIN ou des travaux sur le Forum pour les personnes endeuillées par suicide et le retrait de la collecte de certaines données.

L'une des personnes répondantes précise que la SNPS demande d'explorer les possibles, de mesurer et d'ajuster, mais exige à la fois une grande réactivité. Elle explique qu'une tension est ainsi observée entre les opérations au quotidien et la possibilité de « se détacher pour se donner une perspective ». En se concentrant sur les objectifs à courts termes, peu de temps est disponible pour réfléchir. On souhaite qu'à l'issue de la phase de consolidation (le 31 mars 2022), un plan de travail de développement soit élaboré en vue de répondre à l'ensemble des objectifs du mandat ministériel de 2017 (ex. : repérer les personnes suicidaires à l'aide des technologies numériques).

La production de données/L'intelligence

Différentes sources de données nourrissant la réflexion et guidant la décision

Des données provenant de différentes sources ont été mises à contribution au cours du processus. Les personnes répondantes nomment les exemples suivants :

- Au moment de concevoir le projet de SNPS, les données probantes issues de la littérature scientifique ont nourri les réflexions du comité aviseur lors de rencontres articulées autour de présentations de résultats de recherche et de délibérations menant à la prise de décision.
- Les personas élaborés et les cas d'utilisation définis par le fournisseur technologique nventive ainsi que les données *Analytics* de sites Web similaires en prévention du suicide ont ouvert la conversation sur l'expérience utilisateur dans la conception de suicide.ca.
- La production des contenus du site informationnel (suicide.ca) est fondée tant sur les meilleures pratiques en prévention du suicide recensées au Québec et ailleurs que les résultats d'une étude de

besoins menée auprès des parties concernées par un groupe d'experts clinique. Elle tient compte des problématiques et déterminants identifiés par le comité du site informationnel; des objectifs de la plateforme ainsi que des connaissances, attitudes et comportements visés par les activités d'information, de sensibilisation et d'éducation; de l'expérience utilisateur selon son stade motivationnel, son état émotionnel et sa prédisposition à utiliser de l'aide externe vs à l'autogestion; des problématiques visées par les objectifs et cibles d'intervention pour chaque clientèle.

- Le développement de l'approche, des structures d'intervention et des pratiques du SIN a pris en compte les données probantes issues de la littérature scientifique, l'expérience d'acteurs spécialisés en prévention du suicide consultés et directement impliqués dans les travaux ainsi que les résultats de simulations d'hypothèses.
- La réponse aux besoins et dilemmes éthiques repose à la fois sur un cadre d'éthique et des politiques d'éthique développés pour la SNPS par des chercheurs du CRISE de l'UQAM et sur la consultation de différents des experts cliniques et des domaines de la cybersécurité, juridique, et éthique.
- Les ajustements dans l'implantation de la SNPS tiennent notamment compte de la réalité vécue par les équipes telles qu'appréciées par diverses observations et consultations.

Certaines personnes notent qu'un équilibre doit être été observé entre rigueur et souplesse — quelles données privilégier, jusqu'où pousser la réflexion.

On a fait des études et tout. On pourrait étudier la question sans cesse, mais nous allons nous donner des guidelines et on va les mettre opérationnel. On va continuer d'apprendre, mais on ne va pas attendre de tout savoir parce qu'on n'y arrivera jamais. (Ent. 2)

Certaines personnes répondantes précisent que « la recherche » a su orienter la réflexion, mais que les expertises des personnes mobilisées ont pu confirmer la direction à prendre. Par exemple, reconnaître que l'intervention numérique est d'abord un service d'intervention spécialisé en prévention du suicide s'est avéré essentiel pour quelques-unes. Dans ce contexte, les résultats de certaines recherches ne s'appliquaient pas à suicide.ca (ex. : le moment pour adresser la question des idées suicidaires). On explique que rallier l'ensemble des parties autour de ce constat a demandé beaucoup de temps et que la consultation de responsables d'expériences similaires y a grandement contribué.

C'était facile pour les personnes qui avaient un pied dans l'intervention, dans la prévention du suicide au Québec comme on la connaît, de se dire : nous on tient à ça, malgré le fait que les données pourraient indiquer autre chose. (Ent. 7)

Ils citent que les questions liées à la confidentialité et l'anonymat ont aussi été plus longues et ardues à traiter. Les parties devaient alors se positionner par rapport au besoin extrême d'anonymat documenté chez les personnes utilisatrices de service d'intervention similaire par opposition aux autres avenues permettant « de faire des choses plus intéressantes en tant qu'intervenant » (Ent. 7).

De nombreuses données produites dans le cadre de l'implantation de la SNPS

Au-delà du suivi du déploiement de la SNPS nommé précédemment (ex. : tableau de bord des activités et sous-activités), le secteur d'analyse de la performance s'intéresse au comportement des personnes utilisatrices de suicide.ca et évalue les actions à mettre en œuvre au besoin. Depuis novembre 2020, l'équipe de travail de ce secteur s'est réunie à 5 reprises afin de : partager des indicateurs; s'intéresser à la performance du service et avoir une lecture commune de la situation; guider les comités et groupes de travail pour un ajustement en continu; concentrer les ressources sur les éléments pertinents et fédérer les équipes sur les bonnes priorités. Les indicateurs suivants ont donc été discutés à partir de données mensuelles (et/ou cumulatives) au sein du secteur d'analyse de la performance : nombre de visite sur

suicide.ca et de visiteurs uniques; pourcentage d'acquisition du trafic (bannières Web, moteurs de recherche, mots-clés achetés, liens référents, réseaux sociaux, directs); pourcentage de personnes utilisatrices naviguant en français et en anglais; nombre de téléchargements de l'application et de comptes créés; nombre de contact et durée moyenne des interventions en minutes, pourcentage de type de clientèle du clavardage, pourcentage selon le genre et l'âge des personnes utilisatrices du clavardage. Ce secteur demeure aujourd'hui en activité, mais son équipe complète ne se réunit pas de façon régulière. L'une des personnes répondantes explique qu'un suivi hebdomadaire de l'activité sur suicide.ca et une analyse transversale de la performance sont plutôt effectués à l'aide des indicateurs cités plus haut.

En matière de qualité clinique, l'une des personnes répondantes explique que c'est par le biais de la supervision et de l'accompagnement des personnes intervenantes du SIN que le développement et la maîtrise des pratiques privilégiées par le SIN sont observés. Sur le plan de l'expérience à titre de personne intervenante, c'est aussi par le biais de sondages sur le vécu que les perceptions de l'équipe d'intervention sont recueillies et les actions à poser sont réfléchies.

Comment on peut continuer de satisfaire l'expérience de nos intervenants? Comment on peut s'assurer qu'ils sont confortables, qu'ils se sentent en sécurité, qu'ils se sentent appuyés, qu'ils sentent qu'ils ont les outils pour effectuer leur travail, qu'ils savent ce qu'on attend d'eux ... Et en même être dans l'impact global. (Ent. 8)

Afin d'effectuer une première évaluation de l'implantation et des effets à courts termes de la SNPS, des chercheurs de l'UDS et l'UQAM ont été mandatés. Tel que mentionné précédemment, en plus de contribuer à l'avancement des connaissances sur l'utilisation de TIC en prévention du suicide, la présente évaluation permettra de générer des résultats susceptibles de contribuer à consolider et rehausser la SNPS. Une partie du budget de la SNPS y a d'ailleurs été attribuée.

D'importants gains d'expertise

Plusieurs personnes répondantes rappellent « qu'il fallait mettre sur pied quelque chose qui n'existait pas ». Les apprentissages liés à l'utilisation des technologies numériques en prévention du suicide (avec ses forces, ses faiblesses, ses opportunités et ses contraintes) ont donc été nombreux. Cette nouvelle expertise s'est développée tant à travers la consultation de la littérature ou d'experts, la formation et l'accompagnement ainsi qu'à travers l'expérience au quotidien.

3.1.2 Le processus d'implantation de la SNPS

Cette section aborde les phases du processus d'implantation. Les résultats présentés ci-dessous découlent de l'analyse documentaire de 39 documents de la SNPS ainsi que des 13 entrevues individuelles semi-dirigées réalisées auprès des acteurs de la structure de gouverne et de membres de l'équipe d'intervention numérique. La figure 2 présente les principales stratégies et actions réalisées dans le cadre du processus d'implantation de la SNPS.

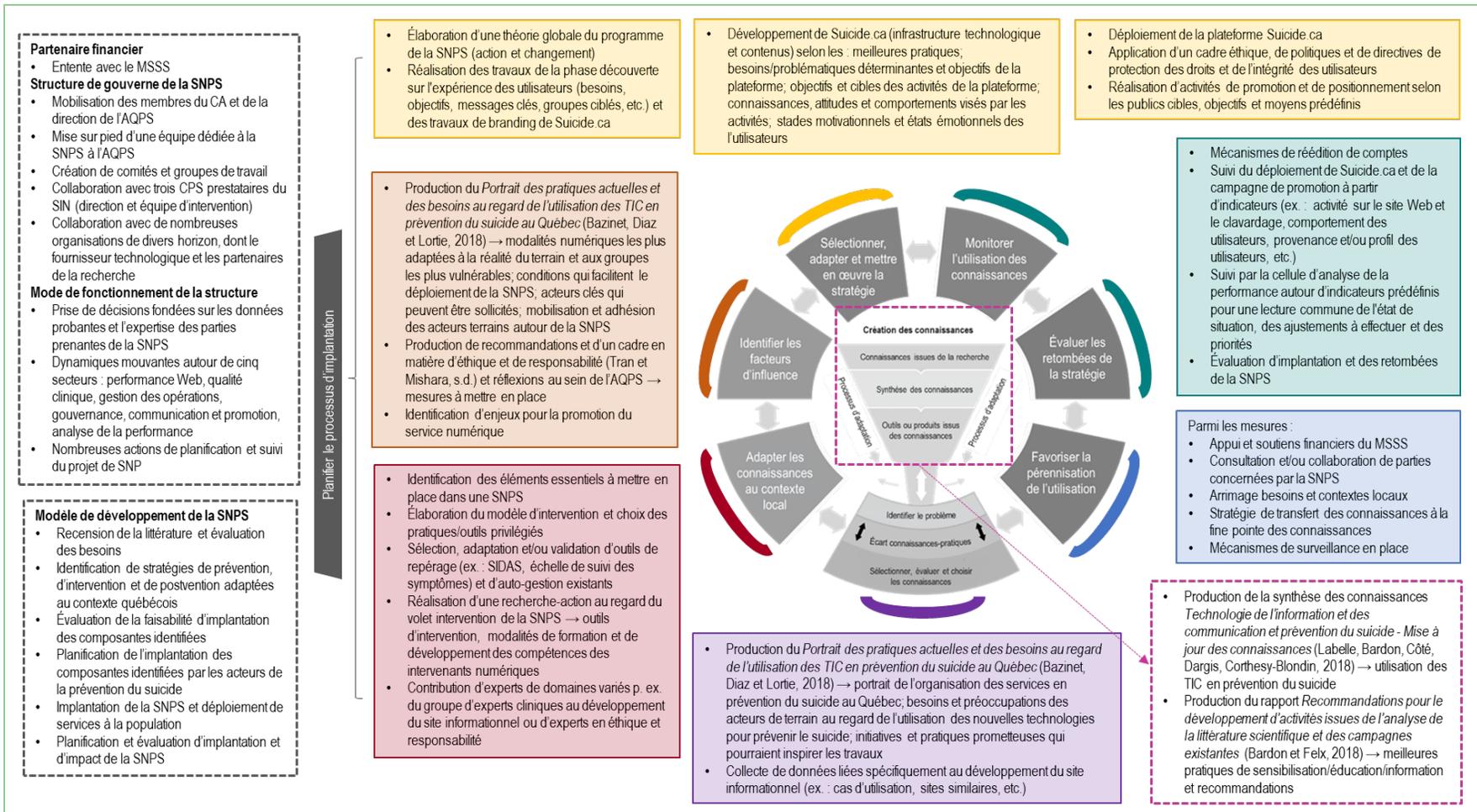


Figure 2. Principales stratégies et actions réalisées dans le cadre de l'implantation de la SNPS

Bien qu'illustré selon la représentation du cadre KTA de Straus et al. (2011), le processus d'implantation de la SNPS tel qu'expérimenté par les personnes répondantes suppose de nombreux allers-retours entre chacune des phases qui se sont juxtaposées au fil du temps. Les sections suivantes décrivent les stratégies et les actions identifiées par les personnes répondantes comme les plus structurantes au cours du processus d'implantation de la SNPS.

3.1.2.1 Les actions préalables au projet de SNPS

Quelques personnes répondantes rappellent que l'AQPS et certains CPS plaidaient déjà depuis plusieurs années pour l'introduction des technologies numériques aux pratiques en prévention du suicide. Préalablement au projet de SNPS, l'AQPS a participé au comité consultatif du Centre de santé et de services sociaux — Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) de 2013 à 2014. L'AQPS a ensuite maintenu son discours public et poursuivi ses revendications auprès du MSSS et des élus. Du côté des CPS, ils rappellent que des démarches avaient été initiées en 2011 en vue d'offrir un service similaire au SIN. Cette dernière regroupait plusieurs CPS ainsi que l'AQPS et prévoyait de mettre en commun leurs travaux (ex. : sondage auprès de la population, recension des écrits et initiatives, partenariat avec des entreprises technologiques). Des représentations et une proposition avaient été faites au MSSS.

Ces actions ont finalement culminé avec l'annonce d'un investissement de 5 millions de dollars pour concevoir et opérer une SNPS. Tel que mentionné précédemment, l'AQPS a depuis été mandaté par le MSSS pour effectuer cet exercice et compte aujourd'hui sur l'appui du MSSS et la contribution de nombreuses organisations dont les CPS.

3.1.2.2 La phase exploratoire

Dès le début en 2017, de nombreux travaux ont été effectués afin de préciser le problème et l'écart entre les connaissances et les pratiques. Quelques personnes répondantes rappellent que ces travaux incluaient notamment les synthèses des connaissances liées à l'utilisation des technologies numériques en prévention du suicide (Labelle et al., 2018; Rassy et al., 2021) qui ont guidé la réflexion menant à la proposition d'un modèle de SNPS par le comité avisier en place à ce moment.

Ils soulignent aussi la vaste consultation réalisée auprès de plus de 4000 personnes répondantes aux profils variés issus de divers milieux visant à :

- Mieux comprendre l'organisation des services en prévention du suicide au Québec;
- Recenser les initiatives et pratiques prometteuses;
- Identifier les besoins des acteurs en prévention du suicide (ex. : gestionnaires, médecins, professionnels de la santé et services sociaux, bénévoles, chercheurs) et de la population au regard de l'utilisation des technologies numériques (Bazinet et al., 2018).

Ces personnes répondantes expliquent que cette consultation a notamment permis au comité avisier de confirmer les modalités numériques les plus adaptées au contexte québécois, de cerner les facteurs facilitant ou freinant l'implantation de l'éventuelle SNPS et d'identifier les stratégies pour optimiser les facteurs favorables et surmonter les barrières. Elles précisent que cette démarche représentait également une opportunité de communiquer les intentions de projet de SNPS (objectifs et démarche), de répondre aux questions et de diminuer les appréhensions (p. ex. la crainte que l'on remplace l'humain par une machine ou que l'on remplace les ressources déjà en place), d'amorcer mobilisation et l'adhésion des parties concernées autour de ce projet d'envergure. En complément, plusieurs communications du directeur de l'AQPS avaient accompagné cet exercice.

3.1.2.3 La planification du projet de SNPS

Tels qu'abordé précédemment, quelques personnes répondantes citent aussi les éléments suivants parmi les incontournables du processus d'implantation :

- L'utilisation des technologies numériques en prévention du suicide a été appuyée par les hautes instances décisionnelles et les parties concernées;
- Les modalités de réalisation et les livrables attendus ont été circonscrites par des conventions, ententes et contrats;
- Une structure de gouverne a été mise en place;
- Les étapes nécessaires et les facteurs d'influence ont été estimés;
- Un modèle de développement a été défini et ultimement, mis en place;
- Le suivi et l'évaluation ont été inclus à la SNPS.

3.1.2.4 La conception de suicide.ca fondée sur les savoirs

Des fondements solides

Selon quelques personnes répondantes, les travaux de synthèse des connaissances et de portrait des services, initiatives et pratiques prometteuses et besoins mentionnés plus haut ont permis de débiter les travaux avec rigueur — sur des bases théoriques et avec une meilleure compréhension du contexte de changement.

D'autres personnes répondantes mentionnent que la théorie de programme de la SNPS, constituée d'un modèle d'action et de modèles de changement, représente une grande innovation et constituent une plus-value. On nomme que l'élaboration de cette théorie a permis de préciser les méthodes de création de contenus liés la SNSP et les approches conceptuelles nécessaires pour assurer l'efficacité des interventions auprès des clientèles ciblées.

On va te prendre où tu es et te donner des éléments de réponses. Et tu vas toujours avoir l'opportunité de clavarder avec un intervenant. [...] Si les gens sont dans un état A, et qu'on veut qu'ils modifient une attitude ou une habitude, voici les contenus ou la séquence des informations qu'ils devraient avoir. Ça, c'est un guide incroyable. (Ent. 4)

Des outils élaborés et un SIN conçu selon une démarche rigoureuse

Les travaux de l'atelier « Découverte » (2018) sont cités par quelques personnes répondantes en raison de leur caractère collaboratif (dix personnes intervenantes en prévention du suicide et cinq spécialistes des technologies numériques) et leur contribution à l'établissement des bases nécessaires à la production des contenus. Ces travaux ont permis de préciser les besoins des personnes utilisatrices; d'identifier les objectifs, les messages clés, les groupes ciblés, le nom du site et les contenus à prioriser sur suicide.ca; de cerner l'expérience souhaitée pour les personnes utilisatrices. Ils ont permis d'étudier 20 produits comparables et de réaliser de 3 ateliers de mises en situation.

Plusieurs personnes répondantes mentionnent la démarche de développement de suicide.ca qui prévoyait : 1) l'identification des meilleures pratiques, la prise de besoins et la détermination des objectifs; 2) le développement de l'infrastructure technologique; 3) la production des contenus et des outils.

À titre d'exemple, c'est le travail de recherche-action réalisé par le comité clinique qui a été le plus souvent cité. Celui-ci visait notamment à développer les structures d'intervention numérique adaptées aux différentes clientèles visées par le SIN selon le processus suivant :

- I. Revue de la littérature grise et scientifique et identification des défis liés à l'intervention numérique en prévention du suicide;
- II. Identification de la structure et des pratiques d'intervention qui tiennent compte des défis et des enjeux de l'intervention numérique et des bonnes pratiques en prévention du suicide au Québec;
- III. Consultations d'experts du Québec, du Canada et d'ailleurs sur leur expérience par rapport à des enjeux cliniques et opérationnels en intervention numérique en prévention du suicide et bonification du modèle;
- IV. Simulations d'intervention numérique en prévention du suicide pour validation du modèle d'intervention;
- V. Finalisation du modèle d'intervention 14 ans et plus et création des modèles pour les autres clientèles.

Ces personnes expliquent que ce processus a donné des résultats forts intéressants. Quelques-unes insistent sur l'importance de l'évaluation de la transférabilité qui a permis de réaliser un travail de fond dont le défi principal constituait à se concentrer sur les changements à apporter.

La manière d'intervenir ou les pratiques issues de l'approche orientée solution : est-ce que ça fonctionne, comment ça doit être appliqué, de quoi on tient compte... C'est quoi le rythme ? C'est quoi les bons mots ? C'est quoi les bons messages ? C'est quoi les techniques à ajouter dans notre coffre à outils quand on veut faire une intervention avec quelqu'un qui est derrière un écran ? Comment on conclut en sécurité avec tous les défis que cela comporte? (Ent. 5)

D'autres affirment que la consultation d'experts a permis d'amorcer la réflexion à partir d'éléments connus qui sont vérifiés (ex. : les interventions sont plus longues, le pouvoir des personnes intervenantes est diminué et l'angoisse accentuée) et d'appuyer ou nuancer certains choix (ex. : les techniques pour amener le non verbal au clavardage, l'envoi de secours en dernier recours). On nomme que les mises en situation ont quant à elles permis d'expérimenter les pratiques envisagées et de trancher sur certaines d'entre elles (ex. : le moment pour aborder « pensez-vous au suicide »).

Quelques personnes répondantes expliquent que la réflexion se poursuit pour parfaire l'approche, les structures et les pratiques retenues dans le cadre de la recherche-action. Cet exercice est fait par la Table de coordination clinique qui apporte des précisions au modèle du SIN (ex. : importance de miser sur la collaboration avec la personne utilisatrice, pistes pour les personnes utilisatrices fréquentes, etc.).

Des activités d'application des connaissances à l'intention de l'équipe d'intervention numérique

L'une de personnes répondantes expliquent que le processus de recherche-action a aussi permis de préciser le profil de compétences recherchées et à développer chez les personnes intervenantes numériques; identifier les besoins technologiques; concevoir le parcours de développement des compétences en intervention numérique ainsi que le matériel et les outils permettant de réaliser des interventions de qualité et réfléchir aux enjeux éthiques et légaux. Ces objets ont principalement été travaillés par l'équipe dédiée à la SNPS de l'AQPS. À ce moment, le comité clinique est demeuré en mode validation afin veiller à cela soit en cohérence avec la réalité de l'équipe d'intervention numérique.

Un parcours de développement des compétences propose de la formation ainsi que de la supervision et de l'accompagnement. Le volet de formation à l'intervention numérique vise à développer les connaissances et la capacité d'intervenir auprès des clientèles desservies par le SIN au regard de 8 axes de compétences documentées dans le profil de compétences des personnes intervenantes numériques. Pour ce faire, des lectures, des vidéos, des journées de formation, des simulations, des observations et des réflexions sur la pratique à travers les journaux de bord sont notamment proposées. Au besoin, des activités de formation continue sont offertes (ex. : intervenir auprès des cotes 100). Le volet de supervision/d'accompagnement vise notamment à soutenir le développement et la maîtrise des compétences en intervention numérique des personnes intervenantes du SIN. Ces deux volets du parcours de développement sont abordés plus bas de façon détaillée.

3.1.2.5 Les moyens permettant le suivi et l'évaluation

Tel que mentionné précédemment, les indicateurs ont été identifiés et les mécanismes permettant le suivi et l'évaluation de la SNPS sont en place. L'ensemble des parties prenantes y collaborent.

Les personnes répondantes expliquent que certaines données sont consultées en temps réel au sein de l'équipe dédiée à la SNPS (ex. : tentatives d'envoi de secours). D'autres sont partagées avec les comités et groupes de travail (ex. : état d'avancement, statistiques) afin de favoriser la mobilisation.

Le défi le plus fréquemment évoqué par les personnes répondantes concerne la façon de soutenir la réflexion et la décision avec les données : quelles données et quelle taille d'échantillon sont nécessaires; comment interpréter les données disponibles; quand faut-il laisser vivre le processus ou apporter des changements. À titre d'exemple, l'une d'elles explique qu'avec le peu d'expérience du SIN, il est difficile de savoir ce qui fonctionne réellement; ce qu'il faut conserver ou changer.

On sent que ça marche un peu, mais on dirait qu'il nous manque des interventions pour dire : cette technique-là fonctionne. Il nous manque des interventions pour le confirmer, mais on sent que les personnes intervenantes du SIN qui le font bien (p. ex. nommer la souffrance et voir derrière le but à atteindre) ça guide un peu plus le client. (Ent. 3)

Finalement, quelques personnes répondantes questionnent les données recueillies. Sont-elles utilisables ? Vont-elles permettre de porter un jugement ?

3.1.2.6 Les mesures pour pérenniser la SNPS

Afin de s'assurer de la pérennisation de la SNPS, plusieurs mesures (décrites précédemment) ont été mises en place dès le début du processus d'implantation de la SNPS : l'appui et les soutiens financiers du MSSS; la consultation des parties concernées; l'arrimage de la SNPS aux besoins et contextes locaux; la collaboration de chacun selon des rôles et responsabilités définis; les composantes de la SNPS décrites par la théorie de programme (ou le modèle d'action et le modèle de changement); la stratégie d'application des connaissances à la fine pointe des connaissances; les mécanismes de surveillance mis en place dont le secteur d'analyse de la performance et l'équipe de recherche.

Quelques personnes répondantes s'inquiètent de la poursuite du financement dans le développement de la SNPS pour lequel un engagement à long terme est jugé essentiel. Ils expliquent que cela permettrait de planifier le travail de manière à se rapprocher des nouvelles réalités et d'aller toujours plus loin dans l'utilisation des technologies numériques. L'une d'elles mentionne aussi que l'on imagine déjà poursuivre la collaboration avec les partenaires actuels et développer des liens avec d'autres partenaires potentiels permettant de jumeler les intérêts cliniques et financiers en santé numérique.

3.1.3 Le parcours de développement des compétences en intervention numérique

Cette section aborde le parcours de développement des compétences en intervention numérique et la prestation de services numériques en prévention du suicide. Les résultats concernant la formation à l'intervention numérique du parcours de développement découlent du sondage sur l'appréciation et les retombées de la formation à l'intervention numérique (n=40) ainsi que des 2 observations non participantes de cette formation. Les autres résultats présentés ci-dessous découlent des 13 entrevues individuelles semi-dirigées réalisées auprès des acteurs de la structure de gouverne et de membres de l'équipe d'intervention numérique et du sondage sur l'expérience et les défis vécus par les personnes intervenantes du SIN. Comme la majorité des données de ce sondage font échos à celles des entrevues, seuls les résultats complémentaires aux entrevues sont identifiés dans le texte.

3.1.3.1 La formation à l'intervention numérique

Un programme de formation déployé dans un contexte difficile

L'implantation du SIN signifiait l'embauche de nombreux salariés (au-delà du nombre actuel de salariés et rapidement pour répondre à l'échéancier). Quelques personnes répondantes expliquent que l'embauche de ressources ayant les compétences recherchées et acceptant les conditions de travail proposées a constitué un défi important. Certaines personnes répondantes nomment que le recrutement aurait été difficile en raison du contexte de pénurie et de pandémie à COVID-19, de la nouveauté du SIN et de la compétition avec les organisations proposant de meilleures conditions de travail (ex. : RSSS). On nomme que l'embauche de salariés supposait aussi de les accueillir, les former et les soutenir.

Je pense qu'on n'avait pas pris la bonne mesure [de ce que ça demandait]. (Ent. 2)

Quelques personnes répondantes racontent que la formation des personnes intervenantes du SIN s'est déroulée à la chaîne — vu les échéanciers d'ouverture du 24 heures/7 jours et le nombre important à former (8 cohortes en 6 mois). Ils expliquent que l'ampleur de la « commande » (ou la demande en ressources prêtes à intervenir à temps) constituait un défi.

La formation est imposante. Il y a des intervenants qui sont seniors qui apprennent à utiliser un nouveau médium. Il y a des juniors qui n'ont jamais fait de prévention du suicide. Au début, le fit peut ne pas être bon pour certains à qui ça ne plait pas. C'est beaucoup de pression : embauche, accueil, formation accréditée, expérience téléphonique de deux semaines et ensuite, formation à l'intervention numérique. (Ent. 13)

Bien qu'il fût initialement prévu de regrouper les participants en un seul lieu, le parcours a été offert en ligne en raison de la pandémie à COVID-19. Quelques personnes répondantes expliquent que, malgré la distance, la formation a contribué à créer des liens entre les intervenants du SIN. D'autres ne partagent pas cet avis. Ils nomment que les affinités sont à développer afin de contrer le manque de confiance observé au sein de l'équipe d'intervention numérique.

Pourquoi se tourner vers l'intervenant de soutien d'ailleurs quand mes collègues sont près de moi ? Je les connais, j'ai confiance en eux, je les respecte. Aujourd'hui, c'est encore comme cela. Moins, mais c'est encore comme cela. (Ent. 7)

Pour veiller à une certaine unité, chacun devait avoir complété la formation *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques* avant d'entamer le parcours (Association québécoise de prévention du suicide, s.d.). Peu importe leur niveau d'expérience, les personnes intervenantes du SIN ont participé aux mêmes activités d'apprentissage. Quelques personnes répondantes nomment d'ailleurs que

le niveau d'expérience teinte les façons de faire. Parmi les exemples, on mentionne « l'art d'intervenir et de réaliser les étapes prévues par la structure » et « l'art d'accueillir et d'être à l'écoute » à la fois. On nomme que cela semble plus difficile pour les nouvelles personnes intervenantes; ce qui demande d'insister sur l'approche orientée sur les solutions en cours de formation et ensuite, de les accompagner en ce sens.

Des activités et du matériel favorables au transfert des apprentissages

Une analyse de la formation à l'intervention numérique de la SNPS a été effectuée à partir du matériel de référence mis à la disposition des personnes apprenantes, du matériel de planification et d'animation des personnes formatrices ainsi que de 2 observations d'activités du parcours.

Le cadre de référence *TransFormation* (Lane et Gagné, 2009) a permis d'identifier davantage d'éléments favorables que moins favorables au transfert des apprentissages dans la pratique; ce qui place la formation à l'intervention numérique en excellente posture. Le tableau suivant (Tableau 6) résume les forces de cette formation et propose des pistes de rehaussement.

Tableau 6. Synthèse de l'analyse de la formation à l'intervention numérique sous l'angle des ingrédients d'une formation favorisant le transfert des apprentissages (Lane et Gagné, 2009)

Forces de la formation et pistes de rehaussement (ou pistes)	
1. Préciser la cible	Forces <ul style="list-style-type: none"> • Un calendrier résume les blocs d'activités (préparation, formation, observation, simulation, bilan, visite de suicide.ca) prévues. Le temps estimé pour compléter chaque bloc d'activités est également précisé. • Les objectifs des activités sont nommés en introduction au jour 1 en présence virtuelle. Ils sont formulés en fonction du futur rôle, c'est-à-dire : intervenir par clavardage et texto; utiliser les structures et les pratiques d'intervention numérique selon les clientèles; tenir compte des enjeux du numérique lors des interventions; intervenir selon la vision et la posture à adopter; utiliser les pratiques transversales durant l'intervention; utiliser adéquatement la plateforme et les outils; créer la cohésion de l'équipe d'intervention numérique. • En introduction d'un nouveau bloc d'activités, les personnes formatrices demandent aux personnes apprenantes d'indiquer leurs attentes et besoins et un retour est effectué. Les thèmes abordés (phases d'intervention et mise en pratique, lignes directrices en cas d'urgence, etc.) et les activités à venir (exposé théorique, jeu de rôle, simulation) ainsi que leur durée sont précisés en amont. • Au cours des activités observées, les contenus abordés visent le développement de savoirs utiles pour la pratique et sont centrés sur la structure d'intervention et les pratiques à privilégier en fonction des clientèles ciblées par le SIN.
	Pistes <ul style="list-style-type: none"> • Les objectifs généraux de la formation à l'intervention numérique gagneraient à être annoncés sur la TEAMS et ce, en cohérence avec les compétences à développer. • En introduction de la visite de suicide.ca, des objectifs spécifiques sont énoncés sur la TEAMS (se familiariser à l'un des outils de travail, repérer les sections où référer les personnes utilisatrices, etc.). Ce type d'objectifs spécifiques gagneraient à être annoncés pour chaque bloc d'activités, et ce, en cohérence avec les compétences à développer.

Forces de la formation et pistes de rehaussement (ou pistes)		
2. Assurer la cohérence	Forces	<ul style="list-style-type: none"> • Le déroulement des activités apparaît logique et les contenus sont organisés de façon similaire. Les phases d'intervention et leurs étapes constituent le fil conducteur. • Les contenus sont orientés vers les compétences requises ainsi que le contexte et les exigences de l'intervention numérique. Ils identifient clairement les pratiques à privilégier et proposent des exemples concrets.
	Pistes	<ul style="list-style-type: none"> • Les contenus pourraient être associés aux objectifs ciblés ou le bloc d'activités et représenté sous la forme d'un schéma.
3. Favoriser l'organisation des connaissances et des compétences	Forces	<ul style="list-style-type: none"> • Lors des activités de formation, un retour est effectué sur le matériel consulté en préparation individuelle : on questionne sur ce qui a été retenu, on vérifie s'il y a des commentaires ou interrogations, on nomme les grands messages à retenir. • Lors des activités de formation, les schémas et algorithmes des documents en préparation individuelle sont utilisés. Les personnes formatrices mettent alors l'accent sur les éléments incontournables (environ 3 à 5). Les personnes apprenantes s'y réfèrent pendant les jeux de rôle ou les simulations. • Lors des activités de formation et de simulation, des synthèses ou messages principaux sont prévus à la suite des discussions en sous-groupe et en grand groupe. • Un schéma « structure d'intervention » résume les phases de l'intervention par clientèle. • Au cours des activités observées, le schéma « structure d'intervention » est cité à titre de référence, ce qui permet de situer les contenus abordés.
	Pistes	<ul style="list-style-type: none"> • À l'étape de préparation individuelle, le matériel est de grande qualité. Les pistes suivantes pourraient favoriser l'organisation des connaissances : <ul style="list-style-type: none"> ○ Le document Profil de compétences présente de façon détaillée les domaines et axes de compétences ainsi que les savoirs, savoirs-faire et savoirs-être associés. Des verbes d'action sont utilisés. Un schéma pourrait résumer ce document exhaustif et servir de référent pour positionner les activités. ○ Comme la structure d'intervention et les pratiques constituent le cœur de la formation à l'intervention numérique, un sommaire présentant les éléments distinctifs des clientèles pourrait être envisagé. ○ Les messages à retenir gagneraient à être synthétisés à la fin des présentations. • Lors de l'activité d'observation, bien que des éléments à surveiller soient identifiés par le journal de bord, un aide au visionnement de la vidéo (1h50 sans commentaire) pourrait soutenir les personnes apprenantes (ex. : schéma de la structure d'intervention). • Lors de la visite de suicide.ca, un plan du site (sections et outils disponibles) pourrait faciliter la navigation. • Au cours des activités observées, certaines personnes apprenantes nomment le besoin d'ordonner ou de clarifier certains documents ainsi que d'accéder à du matériel complémentaire (conversations tirées d'une intervention réelle, informations sur les façons d'aborder le suicide avec la clientèle âgée de 13 ans et moins, etc.)

Forces de la formation et pistes de rehaussement (ou pistes)	
4. Stimuler la motivation	<p style="text-align: center;">Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'approche privilégiée est précisée (une approche par compétence qui mise sur des échanges interactifs, mises en situation et jeux de rôles qui demandent l'engagement des participant.es). • Les documents de l'étape de préparation individuelle sont mis en page pour en faciliter la lecture (table des matières, titres et sous-titres). La plupart des documents débutent par une introduction qui en précise les objectifs. • Lors des activités de formation, certains échanges permettent aux personnes apprenantes d'aller au-delà des enjeux de l'intervention en réfléchissant à ses avantages pour la personne utilisatrice et la personne intervenante. • Au cours de la formation à l'intervention numérique, des liens sont établis avec les phases de l'intervention. L'ensemble du matériel explicite clairement ce qui est attendu de la personne apprenante dans son futur rôle. Des exemples concrets d'actions à poser sont évoqués pour illustrer les pratiques à privilégier. • Au cours des activités observées, les personnes formatrices précisent les intentions derrière la plupart des activités (comprendre le rationnel de la structure, mettre en application les apprentissages, expérimenter dans un contexte similaire à la pratique, etc.). • Au cours des activités observées, des rétroactions sont réalisées. Les personnes apprenantes sont invités à poser des questions et à prendre part aux échanges et à souligner les bons coups des autres. Les personnes formatrices donnent du feedback positif et les éléments à travailler sont abordés en groupe et en général (constats sur utilisation des pratiques, leviers à saisir, etc.). Lors de certaines activités (ex. : brise-glace, jeu de rôle), les personnes apprenantes sont invités à s'exprimer sur « ce qu'ils ont ressenti ». • Au cours des activités observées, les personnes formatrices veillent à assurer un climat favorable en misant sur l'accueil (présentation de chacun, partage des attentes), l'établissement d'une entente de groupe (identification de conditions de succès), le retour sur la journée précédente (retour sur les grands messages, éléments du CCMM, réflexions, apprentissages). Elles accueillent l'état de motivation et le niveau d'énergie des personnes apprenantes. Elles les remercient pour leur participation. <p style="text-align: center;">Pistes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au moment d'introduire certaines activités, le sens est clairement mis de l'avant (journal de bord, présentation et documents sur le thème de l'éthique, mises en situation, visite de suicide.ca). D'autres activités (observation), bénéficieraient d'être mise en contexte pour en cibler davantage le sens. • Au-delà des liens déjà établis avec la structure d'intervention, des liens avec les compétences en intervention numérique à développer auraient avantage à être explicités, et ce, en relation avec les activités réalisées.
5. Contextualiser/ décontextualiser / recontextualiser	<p style="text-align: center;">Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> • De nombreuses occasions de réfléchir, sur la pratique actuelle et se positionner sur les éléments à améliorer sont offertes, soit individuellement, en sous-groupes ou en grand groupe. Ces réflexions sont menées en alternances avec des exposés théoriques (assez courts pour la plupart) et des mises en situation. • Lors des activités de formations et de simulation, des mises en situation permettent aux personnes apprenantes de mettre en pratiques leur apprentissage dans un contexte similaire à leur futur environnement de travail. L'activité d'observation illustre aussi cet environnement. • Lors des activités, les personnes apprenantes sont amenés à utiliser les outils d'intervention, soit dans leur futur rôle (ex. : THRIO, incluant le rapport d'intervention) et dans la position des personnes utilisatrices (suicide.ca, SIN).

Forces de la formation et pistes de rehaussement (ou pistes)	
6. Stimuler la métacognition	<p style="text-align: center;">Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Par le biais du journal de bord, les personnes apprenantes sont amenés tester leurs apprentissages et constater leur progression : <ul style="list-style-type: none"> ○ Lors de la préparation individuelle, il permet de tester les connaissances; identifier les forces et les besoins de soutien; mettre en application les apprentissages (ex. : quelles pratiques à mettre de l'avant dans une situation donnée); formuler des questions en vue de la formation; réfléchir sur le niveau d'aisance et les signes à surveiller pour en mesurer l'amélioration. ○ Au cours des activités de simulations, il permet de s'exprimer sur le vécu; réfléchir sur les forces et tendances dans l'intervention ainsi que les signes à surveiller pour déceler une amélioration; mesurer la capacité à exécuter certaines tâches. ○ À l'étape du bilan, il permet de réfléchir sur le niveau d'aisance au début vs aujourd'hui et les indices qui permettent de déceler une amélioration; se positionner par rapport au profil de compétences (forces, zones à améliorer); préciser les besoins de soutien immédiat ou en matière de formation continue. ● Chaque mise en situation se termine par un retour sur l'expérience permettant d'échanger sur les pratiques expérimentées et les ajustements à apporter. Chaque journée de formation se termine par une réflexion individuelle (ex. : Commencer Cesser Modifier Maintenir et échelle d'aisance). ● Au cours des activités observées, les occasions de prendre conscience de l'efficacité des nouvelles pratiques et de s'ajuster sont nombreuses. Elles valorisent les personnes apprenantes dans leurs apprentissages, sont à l'écoute de leurs questions et inquiétudes et normalisent les difficultés vécues. ● La formation à l'intervention numérique se termine par un bilan ou une invitation à poser un regard sur les compétences nécessaires en intervention numérique, l'atteinte des objectifs ainsi que le niveau de compétences des personnes apprenantes. Ce bilan combine la complétion du journal de bord et une rencontre avec le superviseur. ● Peu d'interactions ou de rétroactions individuelles sont réalisées avec les personnes apprenantes en cours d'activité. Le parcours de développement prévoit différentes modalités de développement et de supervision adaptées à chacun.
7. Mettre à profit les connaissances antérieures	<p style="text-align: center;">Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Certains échanges et une part du matériel de référence (ex. : présentations vidéo) tablent sur des connaissances ou expériences dans d'autres contextes (ex. : professionnel et personnel) ou encore des forces et défis anticipés par les personnes apprenantes. ● Certaines activités de formation s'ancrent dans les apprentissages précédents. Elles traitent par exemple des similitudes et différences entre l'intervention numérique et téléphonique ou des spécificités de chaque clientèle. ● Quelques activités sont amorcées à partir des éléments de réponses aux journaux de bord ciblés par les personnes formatrices ou nommées par les personnes apprenantes. Du nouveau contenu est ensuite introduit. ● Au cours des activités observées, les personnes formatrices utilisent un vocabulaire propre au domaine de l'intervention en prévention du suicide. Il se rapporte au matériel mis à la disposition des personnes apprenantes dans le cadre du parcours et en soutien à l'intervention numérique.

Forces de la formation et pistes de rehaussement (ou pistes)	
8. Rendre les personnes apprenantes actives	<p>Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une grande variété de stratégies d'enseignement sont proposées. Les activités de préparation individuelle, de formation, d'observation, de simulation et de bilan semblent complémentaires. • Plusieurs modalités sont proposées pour rendre les personnes apprenantes actives. <ul style="list-style-type: none"> ○ Lors de la préparation individuelle, des lectures et des visionnements de vidéo sont proposés. Les réflexions sont guidées par le journal de bord. ○ Au cours des activités de formation et de simulation, les personnes apprenantes sont invitées à identifier les éléments essentiels ou les éléments à retenir, formuler des questions et émettre des commentaires; à consulter du matériel complémentaire (vidéo, rapport d'intervention, cas ou scénario); à participer à des échanges et à prendre position lors d'une mise en situation; à jouer un rôle. • Divers outils permettent aux personnes apprenantes de prendre part aux activités (journal de bord, clavardage, éditeur de texte collaboratif « Framapad », THRIO). • Les activités apparaissent au service du développement des compétences, dont la majorité au service des savoirs-être et savoirs-agir en intervention numérique.
9. Favoriser les interactions	<p>Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les activités de formation et de simulation proposent de nombreuses opportunités de discussions en sous-groupe et de partages en grand groupe (ex. : échange, exercices pratiques, etc.). Dans certains cas, les personnes apprenantes sont amenées à souligner les bons coups de leurs collègues.
10. Planifier et évaluer le transfert des apprentissages	<p>Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des stratégies ont été mises en place pour impliquer les personnes superviseuses-accompagnatrices lors des activités de formation et simulation ou des rencontres d'accueil et de bilan. • Au cours des activités, les attentes quant au transfert des apprentissages dans la pratique sont clairement précisées. Des modalités d'accompagnement sont définies pour favoriser le développement des compétences en contexte de travail. • Au cours des activités observées, les personnes formatrices abordent le matériel et les ressources qui seront disponibles en contexte de travail.
	<p>Pistes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des sondages d'appréciation de la formation à l'intervention numérique et sur l'expérience d'intervention permettent d'adresser les perceptions des personnes intervenantes. Des modalités permettant d'évaluer la maîtrise des compétences pourraient compléter.

Une formation à l'intervention numérique appréciée des personnes participantes

Parmi les 93 personnes intervenantes formées au cours de la période à l'étude (entre septembre 2020 et mai 2021), 40 personnes (43%) ont répondu à un sondage portant notamment sur leur appréciation de la formation à l'intervention numérique. L'information sur la satisfaction générale était disponible pour 28 personnes répondantes. Les valeurs minimums et maximums, la médiane, la moyenne et l'écart-type attribués à la satisfaction générale apparaissent satisfaisants (situés entre 7 et 10) (Tableau 7).

Tableau 7. Satisfaction générale à l'égard de la formation à l'intervention numérique

(n=28)	Satisfaction générale 1 = Aucunement satisfait; 10 = Énormément satisfait
Minimum	7
Maximum	10
Médiane	9
Moyenne	8,86
Écart-type	1,01

Par le biais de ce sondage, les personnes répondantes ont mis en lumière les éléments leur apparaissant les plus/moins utiles ou les plus/moins appréciés. Ces éléments sont rapportés dans les tableaux suivants (Tableaux 8 et 9).

Tableau 8. Éléments les plus utiles et les plus appréciés de la formation à l'intervention numérique

Éléments de la formation		Les plus utiles (n=28)	Les plus appréciées (n=27)
Animation	L'attitude des responsables : sont compétentes, dynamiques, ouvertes et sans jugement, souples et compréhensives et gentilles	-	9
	Le climat : est dynamique, positif et détendu, propice à se tester/se mettre en danger; laisse place aux questions et commentaires; est sans jugement; permet de verbaliser ses émotions	-	6
	Les rétroactions : sont axés sur les bons coups; sont valorisantes; sont sous la forme de bons conseils tout en étant neutres	-	5
	Les retours sur les simulations : permettent une meilleure compréhension	2	-
	La communication dynamique et la co-réflexion au sein du groupe	-	2
	Les enseignements et les retours mettant l'accent sur les liens entre les pratiques transversales et d'intervention	1	-
	Les explications sur le raisonnement (au-delà du comment)	-	1
	L'encadrement de toutes les personnes formatrices	-	1
	Les pauses : sont les bienvenues	-	1
Modalités et activités	Les simulations et les mises en situation : sont concrètes; aident à la compréhension; permettent de mettre en pratiques les connaissances et apprentissages et de prendre de l'assurance	13	19
	L'observation en CPS : aide à comprendre le fonctionnement	3	3
	Les préparations individuelles et les documents préparatoires : permettent de mieux intégrer les contenus et d'amorcer une réflexion personnelle avec les journaux de bord	1	3
	La structure du programme de formation à l'intervention numérique : permet d'avoir le temps d'intégrer la matière	2	1
Apprentissages	Apprendre à explorer les critères d'estimation de la dangerosité du passage à l'acte tout en conversant	2	-
	Apprendre à conclure en sécurité	2	-
	Apprendre à créer l'alliance	1	-
	Apprendre à valider, reformuler de manière efficace et concise les informations reçues	1	-

Éléments de la formation		Les plus utiles (n=28)	Les plus appréciées (n=27)
Contenus	Les contenus sur l'approche orientée vers les solutions (AOS) (posture, reflets, travail de l'ambivalence et du repositionnement, futur souhaité) : sont essentiels de connaître ce qui fonctionne et les signes de progrès	10	1
	Le contenu sur la clientèle des 13 ans et moins	4	-
	Les structures d'intervention et pratiques pour chaque clientèle : sont pratiques et claires ; aideront à intervenir efficacement	3	-
	Les exemples de questions : aideront à être attentif au sens des phrases et des mots	1	-
	Le contenu sur l'évaluation de l'aptitude du proche et l'exploration de sa capacité à aider et son vécu	1	-
	Le contenu de psychoéducation sur le deuil par suicide	1	-

Tableau 9. Éléments les moins utiles et les moins appréciés de la formation

Éléments de la formation		Les moins utiles (n=15)	Les plus appréciées (n=15)
Animation	L'intensité, les journées trop chargées au-delà du temps alloué	-	3
	La répétition de la formation (p. ex. faire la préparation, transcrire le contenu dans les journaux de bord, revoir le matériel en groupe, se faire poser les mêmes questions en présence)	2	1
	L'accent sur les bons coups qui ne permet pas de s'améliorer ou d'appliquer des changements tout de suite	-	2
	Le fait d'avoir le même partenaire lors des simulations	-	1
	Le temps limité pour les retours de simulation	-	1
Modalités et activités	La vidéo d'observation : est utile pour savoir se familiariser avec THRIO, mais est très longue; est difficile à regarder; est irréaliste	3	2
	Le journal de bord : quoiqu'utile pour l'assimilation des lectures ou pour le superviseur, apparaît long et redondant; n'a parfois pas de liens directs avec l'intervention numérique (p. ex. relever les informations dans un texte)	2	1
	Le support TEAMS ou ZOOM	-	3
	Les heures de la formation (en soirée)	-	2
	Les préparations individuelles : est plus utile d'apprendre en groupe	1	1
	La première demi-journée de formation	2	-
	L'observation en CPS (lorsque l'observé ne maîtrise pas les pratiques)	1	-
	Les mises en situation plaçant en situation d'échec	1	-
	Les exposés théoriques	-	1
	La rencontre bilan	-	1
	Les simulations : sont stressantes	-	1
Contenus	Les contenus en discordance avec les préalables demandés : représente des acquis qui devraient déjà être maîtrisés (exigences élevées vs techniques de bases enseignées)	1	1
	Les redondances avec la formation SIT (même si le support est différent, l'outil de pondération et les techniques restent les mêmes)	1	-
	Le contenu théorique sur la grille d'estimation de la dangerosité	-	2

Éléments de la formation		Les moins utiles (n=15)	Les plus appréciées (n=15)
	Les fiches cliniques	1	1
	Le fait de mettre beaucoup d'emphasis sur le cadre d'intervention : est nécessaire, mais diminue l'assurance	-	1
	Le manque de temps accordé à la phase conclure en sécurité lors des simulations ou aux activités pratiques pour les clientèles des proches ou des personnes endeuillées par suicide	1	1
	Le contenu sur les principes éthiques	1	-

Par le biais de ce sondage, les personnes répondantes ont aussi proposé les améliorations résumées dans le tableau ci-dessous (Tableau 10).

Tableau 10. Propositions d'amélioration de la formation à l'intervention numérique

Les propositions d'améliorations (n=21)
Au sujet de la formation dans son ensemble
<ul style="list-style-type: none"> Le temps accordé à la formation à l'intervention numérique : clarifier le calendrier des activités (1); raccourcir les journées sans augmenter le nombre de jours (1); éviter les débordements (1) L'offre de la formation en présentiel (lorsque cela sera possible) (1)
Au sujet de l'animation
<ul style="list-style-type: none"> L'organisation de la matière : ajouter une journée pour les personnes inquiètes pour les proches et une pour les personnes endeuillées par suicide (1); alléger les fins de journées et la dernière journée (3) Les rétroactions : continuer d'axer sur les forces et compétences, tout en mettant en lumière les aspects à travailler (1); rassurer davantage les participants sur leurs compétences et aptitudes (amener à faire confiance en sa capacité d'intervenir) (1) Le groupe : avoir plus d'activités d'apprentissages en groupe (1); proposer du parrainage par un intervenant en place (1)
Au sujet des modalités et activités proposées
<ul style="list-style-type: none"> La vidéo d'observation d'une intervention : enrichir d'informations pertinentes, raccourcir et narrer pour en augmenter la valeur pédagogique; modifier à partir d'une vraie intervention; remplacer par du temps d'observation en CPS (3) Les journaux de bord : éviter les questions répétitives; avoir plus de mises en pratique (2) La rencontre bilan : nommer plus d'éléments pouvant être discutés avec le superviseur (1) L'observation en CPS : inclure davantage d'observations (3); diviser les observations en deux blocs (1) Les contenus théoriques vs les activités pratiques : avoir moins de théorie et davantage de pratique (1); alterner le contenu théorique et les simulations (2) Les exposés théoriques : morceler les exposés théoriques pour alléger (1) Les simulations : inclure davantage de simulations (3); donner le temps nécessaire pour compléter l'intervention (1) et faire un retour adéquat en groupe (2); centrer les scénarios et les retours des simulations sur les développements d'acquis visés par chacune des simulations (1); bénéficier de l'expérience des personnes en poste dans le rôle des personnes utilisatrices (1)
Au sujet du contenu
<ul style="list-style-type: none"> Le matériel de préparation individuelle : améliorer la qualité graphique du matériel (1); porter une attention au niveau pédagogique de certains vidéos (rythme et contenu) (1) La structure d'intervention : mettre davantage d'emphasis sur investiguer les idées suicidaires et conclure en sécurité (pour équilibrer par rapport à créer le lien) (1) Les supports à l'intervention : offrir des outils papier qui pourraient servir d'aide-mémoire pour appliquer certaines notions (p. ex. les caractéristiques d'un bon reflet) (1)

Les propositions d'améliorations (n=21)

- Les exemples de questions : approfondir la réflexion ou proposer un exercice pour dégager les questions plus optimales (les questions qui donnent accès à plus d'information) (1)
- Les clientèles spécifiques : aborder la clientèle des Premières Nations (1)
- Les aspects technologiques : vérifier le niveau d'aisance avec la technologie, naviguer sur les plateformes utilisées et expliquer leur fonctionnement, aborder les défis vécus (3)

A ces améliorations, s'ajoutent celles évoquées dans le cadre des entrevues individuelles semi-dirigées. Ces dernières sont liées : au besoin approfondir la réflexion autour de clientèles (ex. : personnes ayant un trouble de personnalité limite); au souhait d'aborder la question de la simplification des écrits; à la nécessité de discuter davantage des situations d'envois de soins (quels sont mes valeurs, quelles sont mes craintes dans l'intervention).

L'une des personnes répondantes insiste sur la nécessité d'aborder l'AOS au cours du parcours de développement, particulièrement au cours de la formation à l'intervention numérique.

On enseigne les techniques d'AOS, mais on n'enseigne pas nécessairement les fondements théoriques derrière ça. On a fait quelque vignette, mais je pense qu'on pourrait le faire plus. [...] C'est la philosophie des CPS depuis vraiment longtemps. Il faut la donner aux nouveaux pour comprendre pourquoi il faut aller creuser les forces, etc. C'est comme si, en ce moment, c'est le rôle du superviseur-accompagnateur de démystifier un peu plus cela. (Ent. 3)

L'importance de la mise en pratique, particulièrement des simulations, est également réaffirmée par l'une des personnes répondantes qui explique qu'elles sont essentielles pour développer un bon niveau de confiance en ses compétences en intervention numérique.

Les résultats du sondage sur le vécu et les défis identifient des besoins de formation continue liés à certaines situations (ex. : lors de signalement à la DPJ, en présence de violence conjugale ou de mineurs) ou clientèles spécifiques (ex. : personnes vivant avec des problématiques de santé mentale ou physique, personnes appartenant aux communautés de la diversité sexuelle ou autochtones).

3.1.3.2 L'accompagnement clinique

Des ressources en soutien des pratiques en intervention numérique

La structure organisationnelle de soutien clinique prévoit notamment la supervision et l'accompagnement des personnes intervenantes du SIN. Chaque personne intervenante du SIN est jumelée à une personne superviseuse-accompagnatrice d'un CPS prestataire qui n'est pas son CPS d'appartenance. Selon quelques personnes répondantes, cela permettrait d'assurer une cohésion et congruence de l'équipe d'intervention qui œuvre sous trois CPS ayant la même mission, mais des réalités différentes.

Quelques personnes répondantes expliquent que, lorsque cela est possible, la participation des personnes superviseuses-accompagnatrices à la formation à l'intervention numérique lors de activités de formation et de simulations ou du bilan) permet de mieux connaître les personnes intervenantes amorçant alors leur parcours de développement.

L'accompagnement vers de meilleures pratiques prend habituellement la forme de rencontres individuelles bimensuelles. Certaines personnes répondantes précisent que ces rencontres entre les personnes superviseuses-accompagnatrices et les personnes intervenantes du SIN permettent de porter un regard sur l'intervention en temps réel et de façon continue. Elles visent à « mettre en commun, voir

comment ça se passe, comment on améliore en continu » (Ent. 11) et sont construites autour des besoins exprimés par les supervisés et les observations des superviseurs. Par exemple :

- Avec les personnes intervenantes qui n'ont pas d'expérience en intervention en prévention du suicide, voire en intervention, les rencontres permettent de travailler les bases (savoir-être et savoir-faire) ainsi que d'aborder les besoins de certaines clientèles et les interventions qui fonctionnent.
- Pour les personnes intervenantes qui saisissent et maîtrisent bien les pratiques à privilégier, les rencontres peuvent se concentrer autour du raffinement des interventions (ex. : plus de chaleur, plus d'authenticité) ou du vécu (ex. : anxiété face à certaines situations d'intervention).

Selon l'une des personnes répondantes, l'approche d'accompagnement doit miser sur le développement de la confiance en soi chez les personnes intervenantes. Cela nécessite : de questionner, d'écouter, de reconnaître les perceptions et les sentiments de la personne accompagnée, d'avoir un regard clinique et non critique, de savoir identifier les bons coups, de se percevoir comme un collègue qui peut transmettre ses apprentissages et continuer à apprendre de l'autre et de travailler en équipe.

Quelques personnes répondantes ajoutent que l'accompagnement repose sur le lien établi entre les personnes superviseuses et supervisées ainsi que l'ouverture de chacun dans les échanges. Pour se faire, il faut se connaître et avoir confiance. L'une d'elles explique qu'il s'agit d'un espace permettant aussi aux personnes intervenantes du SIN d'aller chercher de l'aide et de parler ou ventiler; un besoin confirmé par les résultats du sondage sur le vécu et les défis.

L'une des personnes répondantes mentionne que les personnes intervenantes du SIN ont l'avantage de pouvoir discuter de certaines interventions à partir de la relecture des verbatims.

Ça, c'est un luxe. Dans la vraie vie, quand tu travailles avec la personne dans le réel, tu n'as pas ça. [...] On peut ajuster plus finement les interventions. Autant qu'on peut y aller at large. [...] C'est très aidant. (Ent. 11)

Quelques personnes répondantes nomment que certains exercices portant sur des thématiques précises peuvent être réalisés lors de ces rencontres. On cite l'exemple de l'enjeu des personnes utilisatrices fréquentes du SIN qui demande de revoir les attentes ainsi que de rappeler l'importance du SIN et ses objectifs. À ce sujet, les avis sont toutefois partagés sur les solutions permettant de faire face à cet enjeu ((ex. : atelier sur l'autorégulation, guide de pratiques).

Des personnes répondantes soulignent que plusieurs rencontres individuelles bimensuelles ont toutefois été annulées. L'une d'elles nomme certaines raisons pouvant expliquer cette situation, par exemple le fait de percevoir ces séances comme une façon de « surveiller » et « dire quoi faire » ou le sentiment d'avoir peu de choses à discuter étant donné le peu d'interventions numériques effectuées. Elle rappelle l'importance de présenter la supervision comme un outil de développement de la pratique, d'outiller les personnes intervenantes du SIN à se préparer aux rencontres (ex. : savoir « quoi dire ») et de tenir des rencontres permettant d'alimenter réellement les personnes supervisées.

Certaines personnes répondantes expliquent qu'une personne intervenante de soutien est identifiée pendant chaque quart de travail. Elles la décrivent comme une personne qui a de l'expérience et qui est disponible pour échanger et soutenir la décision (ex. : relire l'intervention en mode partage d'écran, suggérer des pistes de solutions, se concerter autour de l'envoi de secours).

Si j'ai un grand malaise avec mon intervention, je sais que quelqu'un est derrière moi et qu'il peut m'aider à prendre une décision. C'est quelqu'un qui a de l'expérience et qui peut amener de l'eau au moulin quand on manque de souffle. (Ent. 11)

Toutefois, il semble que peu de demandes d'aide soient effectuées auprès des personnes intervenantes de soutien. L'une des personnes répondantes explique que les personnes intervenantes du SIN ne se réfèrent à la personne intervenante de soutien qu'en cas de doute ou dans les situations d'envois de soins. Elle mentionne, qu'à l'inverse, la plupart des personnes intervenantes de soutien relancent les personnes intervenantes pour les encourager et les rassurer lors de longues interventions et briser la solitude.

Les résultats du sondage sur le vécu et les défis précisent que la personne intervenante de soutien doit avoir la confiance de ses collègues du quart de travail et surtout, la capacité de les soutenir pour qu'ils s'y réfèrent. Ils indiquent que le rôle de cette personne surpasse la question du soutien et inclut d'assurer le bon fonctionnement du quart de travail (ex. : veille du triage et de la répartition des contacts, contact des personnes en arrière-garde).

Au-delà des personnes superviseuse-accompagnatrice et des personnes intervenantes de soutien, les résultats du sondage sur le vécu et les défis indiquent les collègues de l'équipe d'intervention occupent aussi une place importante. On s'y réfère tant lorsqu'on ressent le besoin de valider une intervention que lorsque l'on ressent le besoin de ventiler.

Un manque à gagner en matière de soutien à l'accompagnement

Quelques personnes répondantes se questionnent sur les façons de mieux accompagner chacun des membres de l'équipe d'intervention, incluant les personnes coordonnatrices cliniques et les personnes superviseuses-accompagnatrices. On rappelle que les personnes superviseuses-accompagnatrices sont en processus d'appropriation de leur rôle.

Des rencontres bimensuelles avec un membre de l'équipe dédiée à la SNPS de l'AQPS permettent d'aborder les préoccupations et les difficultés vécues (selon les besoins exprimés et les observations de chacun). L'une des personnes répondantes explique qu'il s'agit d'un espace pour échanger et partager ses connaissances et parfois, concevoir de nouveaux outils à l'intention des personnes intervenantes du SIN. Au-delà de ces rencontres, on ne perçoit toutefois pas le soutien fourni aux personnes superviseuses-accompagnatrices de la même façon. D'une part, on nomme la formation offerte sur la posture d'accompagnement et la disponibilité d'un outil permettant de soutenir les rencontres (ex. : mode de réflexion autour d'une intervention – la visée, l'intervention, la réaction du client, l'explication, etc.) – cet outil étant peu utilisé. D'autre part, on affirme qu'aucun modèle de supervision et d'accompagnement a été communiqué et que peu d'outils sont disponibles. On mentionne aussi que, lorsque disponibles, les outils à privilégier ne seraient pas suffisamment expliqués.

Dans ce contexte, l'une des personnes répondantes explique que le soutien de la personne coordonnatrice clinique du CPS prestataire fait la différence. Il est facilitant « lorsqu'on se connaît et qu'on est capable de dire les choses » (Ent. 12).

Les résultats du sondage sur le vécu et les défis pointent les besoins des personnes intervenantes de soutien. Ces besoins concernent : la définition de son rôle et de ses responsabilités, la clarification des procédures à suivre et la disponibilité d'outils d'aide à la décision, la compréhension de THRIO (son fonctionnement, ses problèmes et solutions), le développement de ses compétences d'accompagnement et de gestion des situations complexes ou dangereuses ainsi que le soutien dans son rôle.

3.1.4 La prestation de services numériques en prévention du suicide

Cette section aborde la prestation de services numériques en prévention du suicide. Les résultats présentés ci-dessous découlent des 13 entrevues individuelles semi-dirigées réalisées auprès des acteurs

de la structure de gouverne et de membres de l'équipe d'intervention numérique et du sondage sur l'expérience et les défis vécus par les personnes intervenantes du SIN. Comme la majorité des données de ce sondage font échos à celles des entrevues, seuls les résultats complémentaires aux entrevues sont rapportés dans le présent rapport.

3.1.4.1 Le contexte de prestation de services

Quelques personnes répondantes soulignent, qu'avec le contexte inattendu de pandémie à COVID-19, les CPS prestataires du SIN ont dû faire face aux défis de mettre en place une nouvelle offre de services en plus de poursuivre leurs opérations sans bris de service. On nomme que le déploiement du SIN exerçait donc une pression supplémentaire, particulièrement en raison de l'échéancier à respecter. Pour atténuer cette pression, l'une des personnes répondantes précise que l'équipe dédiée à la SNPS de l'AQPS a tenté d'accompagner ces organisations dans l'instauration de conditions gagnantes tout en favorisant leur autonomie de gestion. Une autre souligne à cet effet la grande disponibilité de l'AQPS.

Tel que souligné précédemment, chaque CPS prestataires du SIN a un mode de fonctionnement qui lui est propre. Quelques personnes répondantes expliquent que cela entraîne un défi de cohérence entre les trois organisations au regard de la façon dont les orientations du SIN y sont diffusées et mises en applications. On nomme la posture adoptée et le respect des cadres d'intervention parmi les zones fragiles ayant été abordées avec les parties concernées. Pour quelques personnes répondantes, la culture organisationnelle compte parmi les facteurs d'influence. Par exemple, selon le type de personnes intervenantes, soient des salariés ou des bénévoles, le contexte de travail change. Pour l'une des personnes répondantes, ceci signifie une organisation du travail et une façon d'intervenir différente qui découle d'une soit d'une culture rigide où les interventions défilent avec un rythme rapide ou d'une culture où « il faut prendre soin de l'autre » avec un rythme qui alterne « interventions et discussions ». D'autres nomment que cela peut être attribuable aux divergences dans la clientèle (ex. : étendue du territoire, densité de population, caractéristiques de la population) qui peuvent influencer la nature des interventions (ex. : approche et niveau de langage).

3.1.4.2 L'organisation du travail

Dans certains CPS, les personnes intervenantes du SIN œuvrent dans plusieurs services (ex. : intervention de crise, suivi de crise ou de deuil, courte durée, etc.). Quelques personnes répondantes expliquent que l'embauche de personnes intervenantes financée par la SNPS signifiait plus de quarts en intervention numérique, mais autant de quarts en téléphonique; ce qui a causé de l'insatisfaction chez les personnes du téléphonique qui cumulaient davantage de quarts de travail en numérique. Pour faire face à cette insatisfaction, l'un des CPS prestataires du SIN a misé sur la polyvalence (annoncée dès l'embauche) et le principe d'équité (dans la répartition graduelle 50/50 pour tous – téléphonique/numérique).

Quelques personnes répondantes ont toutefois mentionné que l'intégration au service téléphonique demande un investissement supérieur au numérique. Des activités de formation supplémentaires (p. ex. de la formation sur les particularités du CPS ou des heures de réponse téléphonique) sont offertes par les CPS prestataires du SIN aux nouvelles personnes intervenantes pour qu'ils puissent intervenir dans les deux modes; celles-ci ont donc été ajoutées au parcours de développement des compétences en intervention numérique.

L'une des personnes répondantes explique que les quarts de travail ont suivi la mise en opération progressive; d'abord, le soir et la fin de semaine et puis, le jour, le soir et la nuit (7 jours/semaine). Il semble que les quarts en soirée et de nuit soient encore aujourd'hui moins populaires. En ce qui a trait à

la durée des quarts de travail, on explique que deux CPS prestataires du SIN ont opté pour des quarts de 8 heures; une façon de faire qui apparaît plus simple à gérer. L'autre a plutôt privilégié des quarts de 4 heures tels qu'imposés initialement par l'AQPS, notamment pour assurer le bien-être des personnes intervenantes du SIN et la sécurité de la clientèle. Pour répondre à cette exigence, ce CPS prestataire du SIN a dû créer deux cycles d'horaire selon une formule hybride de travail (c.-à-d. un quart de 4 heures au téléphonique, suivi d'un quart de la même durée au numérique) et déployer de nombreux efforts pour préparer les équipes (p. ex. la division des services, l'ajustement des contrats, les essais en 1^{re} et 2^e ligne pour se familiariser aux nouveaux modes de fonctionnement). Quelques personnes répondantes expliquent que ces divergences posent parfois problème lors des changements de quarts (ex. : retards occasionnés par les permutations); ce qui peut occasionner des accrochages/frictions.

On n'a convaincu nos équipes [d'opter pour des quarts de quatre heures en intervention numérique]. Ce n'était pas facile de les convaincre, de nous convaincre. Il y a eu énormément d'investissements, d'énergie, de temps, de travail sur l'ambiance pour faire acheter ça à l'équipe. Et tout à coup, ce n'était plus nécessaire. [...] Comme ce n'est pas la réalité des autres sites, les équipes se permettent de dire quelque chose. On va se rappeler l'historique, on va se rappeler qu'on fait la bonne affaire. (Ent. 7)

Bien qu'on se questionne toujours sur la répartition des contacts entre les personnes intervenantes pendant les quarts de travail, on constate qu'une plus grande équité s'installe. L'une des personnes répondantes souligne que cette question est d'autant plus importante lorsqu'il y a peu d'achalandage et donc, qu'il n'y a pas d'intervention pour tous.

Quelques personnes répondantes expliquent que les interventions en prévention du suicide réalisées par clavardage et texto sont en moyenne plus longues que les interventions téléphoniques. Elles peuvent donc se prolonger jusqu'à deux ou trois heures pendant les temps de pause ou au-delà de la fin du quart de travail (vs 15-30 minutes au téléphone) et demandent de demeurer concentrer. On nomme que certaines personnes intervenantes refusent de prendre en charge un nouveau contact peu avant la fin de son quart même si des limites claires ont été imposées dans le contexte du SIN.

Ces constats rejoignent les résultats du sondage sur le vécu et les défis. Ces résultats mettent également en lumière les défis suivants : les enjeux d'équité quant à la répartition des interventions selon la durée du quart de travail; la difficulté de demeurer concentrer et prêt à intervenir durant de longue période, particulièrement en soirée; le besoin de prévoir et respecter les temps de pauses.

3.1.4.3 Les moyens techniques offerts par le milieu

Quelques personnes répondantes soulignent que les ressources technologiques nécessaires à l'intervention numérique ont été mobilisées et ont permis de répondre aux besoins matériels des CPS prestataires du SIN. Elles mentionnent que la plateforme TEAMS permet de participer aux réunions d'équipe, d'accéder aux outils de soutien à l'intervention (ex. : protocoles), d'échanger avec les personnes intervenantes présentes pendant les quarts de travail et de s'informer des « nouveautés » (ex. : contenus révisés, bilans de quarts). On explique que la plateforme THRIO fonctionne assez bien; de moins en moins de problèmes sont vécus.

D'autres personnes répondantes se disent insatisfaites de la plateforme THRIO. On n'aime pas l'aspect visuel et on souligne la faiblesse des services offerts par ce fournisseur – au niveau de sa capacité d'adaptation, de sa reconnaissance de la réalité des personnes utilisatrices et de la réponse aux besoins (ex. : ne peut reproduire ce qui ne fonctionne pas, ne propose pas de solution voire, ne fait pas de retour

sur le problème). L'une des personnes répondantes rappelle qu'un problème technique peut entraîner des conséquences importantes – la fermeture du SIN, la perte de contact avec une personne utilisatrice, le manque de fluidité dans les interventions, etc.

Les résultats du sondage sur le vécu et les défis soulignent les difficultés rencontrées sur le plan des communications pour lesquelles plusieurs moyens sont empruntés (ex. : via les canaux TEAMS et courriels) et dont les informations transmises sont nombreuses. On y aborde aussi le défi d'apprendre à utiliser les ressources technologiques et de résoudre les problèmes techniques.

3.1.4.4 L'environnement social

Les personnes répondantes expliquent que l'équipe d'intervention numérique travaille en ligne; elle se retrouve sur la plateforme TEAMS et intervient sur THRIO. Elle regroupe normalement au minimum deux personnes de chaque CPS. On mentionne que d'autres personnes peuvent être en présence dans les bureaux des CPS prestataires où se situent les personnes intervenantes du SIN.

Quelques personnes répondantes expliquent que les échanges entre les personnes intervenantes d'un même quart de travail ont lieu en groupe de discussion public (via un canal de communication) ou en conversation privée (via un canal d'intervention) sur TEAMS. L'une des personnes répondantes explique qu'ils se réalisent aussi avec les collègues du CPS en présence.

Moi je trouve qu'il y a un travail d'équipe, comme dans n'importe quel type d'intervention, mais davantage. On est deux dans le bureau. Tu es en intervention. C'est silence pendant 1h30. Il y a quelque chose d'un peu lourd dans ce contexte-là. Une fois que tu as compris que tu peux te permettre d'échanger pendant que l'utilisateur te parle, ça devient un travail d'équipe qui peut être intéressant. Si tu lui poses une question, il peut prendre 5 minutes à répondre. Pendant ce temps-là, tu peux ventiler, tu peux dire ton feeling, ce que tu en penses. Donc, il y a une consultation qui peut se faire entre collègues pendant l'intervention et aussi, ça nous donne un temps de réflexion supplémentaire. (Ent. 11)

Cette personne répondante explique aussi qu'il s'ouvre de plus en plus aux conversations avec les collègues sur TEAMS.

J'ai toujours l'impression que c'est impersonnel. Embarquer sur un chat et voir le monde qui déconne qui utilise des GIF. Ce n'est pas une culture que je connais. J'ai l'impression de devoir connaître un certain langage qui est plus jeune. [...] Il y a un clash générationnel qui m'est très personnel. J'ai dû m'adapter à ça. J'ai trouvé mon style, ma voix pour communiquer avec le chat avec ce qui me ressemble plus. [...] Il faut trouver une façon de bien s'exprimer pour éviter qu'il y ait des malaises entre collègues. Ça demande un peu plus de réflexion, mais en même temps on est dans l'écrit. Ça évite de dire des conneries. (Ent. 11)

Quelques personnes répondantes nomment que la chimie au sein de l'équipe d'intervention numérique est à développer. On mentionne que plus de moments de partage ou de rencontres d'équipe seraient souhaitables pour se voir, se connaître. L'une d'elles explique que les personnes intervenantes travaillent dans un nouveau contexte qui demande de collaborer intimement avec des collègues qu'ils n'ont jamais rencontrés. Malgré ce constat, on insiste sur l'importance de s'appuyer sur l'équipe d'intervention numérique pour diminuer le sentiment de solitude que peut entraîner le travail en ligne.

L'une des personnes répondantes explique qu'un comité social a été mis sur pied pour travailler par exemple l'adhésion à l'équipe d'intervention numérique ainsi que la cohérence entre les trois CPS prestataires du SIN.

Ces constats font échos aux résultats du sondage sur le vécu et les défis qui témoignent du souhait d'améliorer la cohésion de l'équipe d'intervention numérique pour se sentir à l'aise et en confiance, soutenu et en sécurité ainsi qu'entouré par une communauté dans l'intervention (par opposition à seules). Selon ces derniers, ceci suppose notamment de développer le sentiment d'appartenance à l'équipe d'intervention numérique, de miser sur un climat de travail positif (ex. : écoute et ouverture, respect) et de créer des opportunités de coopérer (ex. : échanges de qualité et disponibilité de la personne intervenante soutien lors des quarts de travail, moments de rencontre pour se connaître). Ceci suppose aussi de faire face aux défis d'évoluer dans un contexte de travail à distance.

3.1.4.5 L'intervention numérique

Un protocole d'intervention à respecter

Comme mentionné précédemment, l'approche, les structures d'intervention pour chaque clientèle, les pratiques et les procédures ont été élaborées et sont enseignées dans le parcours de développement des compétences en intervention numérique. Des pratiques transversales ont également été dégagées afin d'aborder les défis propres au numérique. Les personnes répondantes soulignent que les exigences à respecter sont clairement définies et qu'il est attendu que les personnes intervenantes du SIN s'y réfèrent et les respectent durant l'intervention. Quelques-unes expliquent que ces procédures permettent d'avoir une certaine uniformité et constance dans les interventions et plus particulièrement, dans les envois de soins. L'une d'elles rappelle toutefois que l'intervention repose aussi sur la sensibilité de la personne intervenante et sa confiance en la personne utilisatrice.

Le milieu est très procédural. C'est normal qu'il soit procédural parce qu'on travaille avec le 9-1-1 et les policiers. Il faut qu'il y ait des outils pour prendre des décisions parce que, des fois, les décisions sont difficiles à prendre. [...] Ce sont des bonnes pistes de réflexion, mais ça va toujours demeurer à l'intervenant de prendre une décision. Est-ce que l'intervenant est interventionniste ou pas ? Moi, j'ai tendance à faire confiance à la personne qui me contacte parce qu'elle a choisi de me contacter, qu'elle veut aller mieux. [...] On veut plus aller vers des solutions et aider la personne à s'en sortir plutôt que faire vivre un appel de soin qui peut être stigmatisant pour la personne.
(Ent. 11)

L'une des personnes répondantes mentionne que des précisions sur le rationnel derrière les décisions ont été apportées lors des communications ou en cours de formation. En le rendant davantage accessible aux personnes intervenantes du SIN, on espère favoriser l'adhésion et l'utilisation de l'approche, des structures d'intervention et des pratiques privilégiées ainsi que des procédures établies.

Des similitudes avec l'intervention téléphonique

Quelques personnes répondantes expliquent que le SIN demande d'intervenir de manière ponctuelle. Même si les fondements s'y apparentent, le rôle de l'intervention numérique est différent du téléphonique ou du face-à-face. Ils expliquent que la personne intervenante du SIN doit principalement désamorcer la crise — en restant dans l'anonymat sans insister sur d'autres contacts avec le service et tout en référant vers les services adéquats.

C'est sûr que 80% du contenu est inspiré de ce qui s'est fait au téléphonique. On est dans une approche orientée vers les solutions, qui est très court terme. On n'est pas là pour être freudien dans notre approche. [...] L'approche se veut pour apaiser les crises rapidement. C'est ce qu'on veut : que la personne ne passe pas à l'acte. (Ent. 11)

Quelques personnes répondantes nomment que les questionnements autour de ces façons de faire peuvent créer des résistances chez certains.

Ce n'est pas la même chose que l'intervention par téléphone. On opère dans un cadre vraiment particulier et défini. Cela fait en sorte que, des fois, certaines personnes voudraient reproduire des pratiques qu'on fait au téléphone. Et nous, on dit non. [...] Pourquoi on va moins loin par clavardage que par téléphone : pas de suivi après l'intervention, aucun dossier utilisateur ? Ces points créent des résistances, d'autant plus qu'il y a des intervenants qui font du téléphone et de l'intervention écrite. Ce mélange des genres, il faut que ça se stabilise et que des habitudes se prennent. [...] Les intervenants se retrouvent à devoir appliquer des méthodes différentes quand ils sont au téléphone ou par écrit. Ça peut-être que c'est challengeant. (Ent. 1)

L'une des personnes répondantes explique que les personnes intervenantes du SIN qui n'ont jamais fait d'intervention téléphonique apparaissent moins « biaisés ». Une autre personne précise que le passage du téléphonique vers le numérique amène certaines personnes intervenantes à demander du soutien dans les deux modes. Face à la nécessité d'adapter ses pratiques pour intervenir selon les particularités de ces deux modes, elles se remettent en question.

Les perceptions relatives à l'intervention numérique en prévention du suicide

Quelques personnes répondantes mentionnent avoir vécu le meilleur et le pire au sein du SIN; ce qui s'apparente finalement au vécu en téléphonique ou en face-à-face.

Du meilleur, dans le sens où j'ai eu des interventions... C'était riche. C'était profond. Il y a un lien qui se créait par l'écrit qui était très intime dont je ne m'attendais pas. Ce qui fait en sorte qu'on finit l'échange avec des remerciements. Des gens qui ont apprécié la conversation. Ça les a aidés à aller mieux. [...] J'ai vécu ce genre d'intervention où je sens que j'ai fait une différence. [...] Dans d'autres contextes, ça coupe. On ne s'est pas ce qui s'est passé. Est-ce qu'il y a quelqu'un qui est rentré et il a décidé de mettre fin à la communication ? Il y a des interventions qui finissent plates parce que tu n'as même pas conclu rien, tu n'es pas intervenu tant que ça. Quand tu as quelqu'un devant toi, c'est rare qu'il se sauve du bureau. (Ent. 11)

L'une de ces personnes soulève que le travail d'intervenant numérique en prévention du suicide permet de se développer tant sur le plan des compétences en intervention que de la capacité à gérer ses émotions ou à affronter la crise et y voir du beau.

Une autre nomme que les interventions jugées « plus difficiles » peuvent influencer l'expérience du SIN. En ce sens, plusieurs personnes répondantes nomment par exemple les interventions auprès de personnes utilisatrices qui utilisent fréquemment le SIN; un enjeu mentionné aussi à de nombreuses reprises dans le sondage sur le vécu et les défis. On explique que ces interventions créent de l'incompréhension et de la frustration au sein de l'équipe d'intervention numérique. L'une des personnes répondantes explique que bien que cette personne utilisatrice fasse preuve de débrouillardise, elle apparaît demeurer dans le même état après son passage au SIN; ce qui entraîne un sentiment d'impuissance et d'insatisfaction chez les personnes intervenantes. Bien que ce sentiment puisse être associés à d'autres contextes d'intervention, on nomme qu'il peut s'avérer « dur pour le morale » et

épuisant s'il persiste dans le temps. Pour ces interventions, l'une des personnes répondantes explique qu'il est difficile de proposer des pistes de solutions puisque le SIN constitue un service ponctuel et que son cadre est très précis.

J'ai déjà vu une personne trois fois dans une journée. [...] Tu viens à ressentir de la colère. Je suis-tu utile ? Est-ce que je t'aide ? Tu viens qu'à en perdre tes moyens. Tu perds confiance en toi. [...] Tu remets en doute tes capacités d'intervenants. [...] Ça passe quand tu te ramènes à l'objectif de suicide.ca qui est d'être ponctuel et que tu commences l'intervention avec une vision positive. Ça passe, mais ça reste surtout épuisant. (Ent. 12)

Certaines personnes répondantes mentionnent que lorsque le sentiment de pouvoir des personnes intervenantes du SIN diminue, l'angoisse est accentuée; ce qui peut entraîner un envoi de secours importants. Dans une situation où la personne utilisatrice s'exprime anonymement dans un contexte d'intervention ponctuelle, on explique que la personne intervenante doit avoir confiance en son intervention et au fait que la personne utilisatrice reprendra contact en cas de besoin. Il semble qu'elle ressente, malgré tout, un certain malaise ou de la frustration et qu'un accompagnement est nécessaire pour apprendre à « gérer le risque ici et maintenant » et apprendre à « composer avec les flous » (Ent. 9).

Est-ce que j'ai peur que la personne se tue ? Si j'interviens avec cette peur-là, c'est sûr que je vais appeler les soins. Il faut que je me back, sinon je vais être coupable de la mort de quelqu'un. [...] Il faut faire confiance à la personne de faire des choix sur sa vie. Quand on parle de cette confiance-là ça, on lui donne du pouvoir et ça transparait dans l'intervention. (Ent. 11)

Dans certaines situations (ex. : envoi de secours), l'une des personnes répondantes explique que le fait d'avoir de l'expérience auprès de personnes suicidaires dans d'autres contextes de travail ou d'avoir un vécu personnel permettrait d'avoir des repères et de diminuer le sentiment de panique.

Selon plusieurs personnes répondantes, le souhait de « faire œuvre utile » (Ent. 3) constitue une motivation importante pour les personnes intervenantes du SIN. Vivre plusieurs interventions (différentes situations, diverses clientèles) permettrait de confirmer son intérêt envers l'intervention numérique et son aisance, justifier et valoriser la présence et le travail de l'équipe d'intervention, favoriser le développement et la maîtrise des compétences en intervention numérique, entraîner un sentiment de satisfaction, créer de la matière à discuter et prendre des décisions éclairées sur les ajustements à apporter à l'approche, aux pratiques et aux procédures. Lorsque l'achalandage est faible ou lorsque peu d'intervention significative est vécue, on observe une baisse de motivation chez les personnes intervenantes du SIN qu'il est difficile de combler. Quelques personnes répondantes soulignent que cette démotivation peut entraîner de la résistance et même, des départs du SIN; ce qui pose un défi de gestion clinique important.

Avec un achalandage faible, le sentiment d'utilité plonge. Le sentiment de satisfaction au travail aussi. Vu qu'il ne se passe pas grand-chose au travail, l'ambiance au niveau des trois sites sur le plan collaboratif... Il n'y a pas de raison d'échanger ou d'opportunité pour le faire. Tout est plus long. [...] Tu as beau être payé, mais ce n'est pas pour ça que tu as pris l'emploi. [...] (Ent. 7)

On remarque que certains intervenants ne veulent pas y aller [travailler au SIN], parce qu'ils se disent : ce ne sera pas occupé. (Ent. 9)

Pour faire face à la démotivation, des exercices d'approfondissement ont été proposés pour combler les temps morts et la présence des personnes superviseuses-accompagnatrices a été augmentée dans les salles de discussion. Pour quelques-unes des personnes répondantes, la solution repose aussi sur plus de

transversalité au sein des CPS prestataires du SIN. Ces personnes répondantes font référence aux postes hybrides (téléphonique/numérique) créés dans certains CPS prestataires du SIN. L'une des personnes répondantes explique que, même si cela entraîne des enjeux d'organisation du travail et d'encadrement, cela permet de : devenir des milieux de travail plus attractifs, garantir une plus grande équité, assurer le développement des compétences en continu et la polyvalence des personnes intervenantes et améliorer la rétention du personnel.

Pour d'autres, lorsque les personnes intervenantes du SIN sont sollicitées pour supporter le téléphonique, cela peut entraîner de l'anxiété « parce que c'est beaucoup plus occupé » (Ent. 9). Selon l'une des personnes répondantes, ce phénomène est comparable aux situations où l'achalandage est plus important qu'à l'habitude du côté du SIN; ce qui arrive lorsqu'il y a un manque de personnel sur un quart de travail. Dans ces situations, certaines personnes intervenantes s'épuisent.

3.1.5 Les activités de promotion et communications

Les résultats présentés ci-dessous découlent de l'analyse documentaire de 39 documents de la SNPS ainsi que des 13 entrevues individuelles semi-dirigées réalisées auprès des acteurs de la structure de gouverne et de membres de l'équipe d'intervention numérique.

Un plan communication a été produit par l'AQPS dans le cadre de la SNPS; il précise l'axe de communication ainsi que les objectifs généraux et détaille les cibles principales et secondaires.

Une personne répondante explique que les moyens suivants ont notamment été employés :

- Une trousse de mobilisation (contenant une vidéo promotionnelle, des textes et des visuels promotionnels) a été diffusée auprès de partenaires et relayeurs potentiels afin de les outiller à diffuser l'information sur suicide.ca dans leur milieu et d'uniformiser les différents messages et les informations véhiculés;
- Une campagne de mots-clés (Google Adword), qui fait l'objet d'ajustements, permet d'augmenter la visibilité de suicide.ca sur les moteurs de recherche et d'optimiser le référencement;
- Une campagne promotionnelle numérique et traditionnelle a été mise en place afin d'assurer la notoriété de suicide.ca, incluant la publicité numérique et dans les médias traditionnels (journaux et radio), le reciblage et de l'affichage. Cette campagne a été ajustée selon les divers indicateurs nommés précédemment. Les efforts ont ciblé principalement les personnes vulnérables au suicide, avec un focus sur les hommes de 40 à 65 ans ;
- Les réseaux sociaux de l'AQPS ont été utilisés afin de diffuser des publicités et messages promotionnels, soit Facebook (29 000), Instagram (860), YouTube (594), LinkedIn (642) et Twitter (3 575). Au total, 99 publications ont été mises en ligne, précisément : 48 publications Facebook sur suicide.ca, 16 publications Facebook donnant suicide.ca comme ressource, 8 publicités Facebook, 15 publications Instagram et 12 publications LinkedIn). Les CPS prestataires du SIN ont également été invités à transmettre de l'information et à partager les publications de l'AQPS sur leurs propres réseaux sociaux.
- Des présentations ont été réalisées auprès d'acteurs/instances clés (ex. : Comité national de la stratégie nationale en prévention du suicide, Table provinciale des responsables en prévention du suicide) afin de leur présenter la SNPS et de mobiliser les partenaires.
- Des appels téléphoniques auprès de partenaires de l'AQPS et acteurs du milieu de la santé mentale au Québec ont été effectués au cours de l'été 2021 afin de promouvoir suicide.ca et de mobiliser les partenaires et la communauté de pratique.

- Des courriels personnalisés ont été envoyés aux partenaires de l'AQPS et aux acteurs du milieu de la santé mentale au Québec au cours de l'été 2021 afin de promouvoir suicide.ca et de mobiliser les partenaires et la communauté de pratique.
- Une Infolettre spécifique au service numérique a été diffusée auprès des personnes inscrites à la liste de diffusion à 12 reprises afin de promouvoir suicide.ca et de mobiliser les partenaires.

Quelques personnes répondantes nomment le défi de faire connaître suicide.ca pour augmenter sa fréquentation et son utilisation. Ils expliquent que, compte tenu du risque d'engorgement du SIN, des actions promotionnelles progressives ont d'abord été déployées. Ils nomment que cette façon de faire s'avérait prudente étant donné l'expérience similaire canadienne ayant vécu de grandes difficultés lors de ces débuts. Cela constituait une belle opportunité d'expérimenter et de peaufiner la plateforme. Toutefois, ils soulignent que la promotion du SIN, maintenant accessible 24/7, devrait être intensifiée. L'une d'elles nomme avoir le sentiment d'être toujours en « mode préparation ».

Je ne pense pas qu'on soit peu occupé parce qu'il n'y a pas de besoin. J'ai l'impression qu'il n'y a pas beaucoup de publicité. Je sais qu'ils ont accéléré leurs activités de marketing-promotion, mais j'ai l'impression qu'ils sont prudents. (Ent. 9)

D'autres personnes répondantes confirment que l'achalandage pourrait effectivement être plus élevé et que des efforts sont déployés en ce sens (ex. : améliorations du référencement sur les moteurs de recherche, réflexions autour du processus de triage, etc.).

Quelques personnes répondantes mentionnent que la pandémie à COVID-19 a malheureusement freiné les actions de communications (qui ont finalement été davantage ciblées). On souligne toutefois que le MSSS (ou la Direction générale de la santé publique) sera présent dans les communications à venir au sein du RSSS.

Il faut utiliser la locomotive qu'est le ministère en promotion et communications. Lorsqu'il est question de santé mentale, que suicide.ca soit écrit. Ils ont une capacité de rayonnement que nous n'aurons jamais. (Ent. 4)

Beaucoup d'efforts de communications sont encore à déployer pour augmenter le rayonnement. Les actions s'intensifieront.

On est en démarrage. On cherche de la visibilité. On essaie de faire des actions à gauche et à droite. On sera capable dans la prochaine année d'identifier ce qui est prometteur en termes de promotion et communications de manière se concentrer sur ce qui fonctionne bien, à identifier les faiblesses et déterminer quelles sont les priorités. (Ent. 4)

3.2 Les résultats à court terme de la SNPS

Cette section aborde les résultats à court terme de la SNPS. Ceux-ci découlent de diverses sources :

- Les résultats sur le chemin parcouru dans le cadre de la SNPS découlent des 13 entrevues individuelles semi-dirigées réalisées auprès des acteurs de la structure de gouverne et de membres de l'équipe d'intervention numérique;
- Les résultats sur les retombées de la formation à l'intervention numérique découlent du sondage sur l'appréciation et les retombées de la formation des personnes intervenantes du SIN;
- Les résultats sur l'utilisation de suicide.ca et le profil des personnes utilisatrices découlent de l'analyse de l'ensemble des données secondaires relatives à suicide.ca;

- Les résultats sur les perceptions des personnes utilisatrices de suicide.ca découlent des entrevues individuelles semi-dirigées réalisées auprès des personnes utilisatrices de suicide.ca;
- Les résultats sur les perceptions de suicide.ca des partenaires de la SNPS découlent du questionnaire à leur intention.

3.2.1 Le chemin parcouru dans le cadre de la SNPS

L'analyse des 13 entrevues individuelles semi-dirigées auprès des acteurs de la structure de gouverne et de membres de l'équipe d'intervention numérique permet de dégager plusieurs constats. Tout d'abord, plusieurs personnes répondantes témoignent du chemin parcouru dans le cadre de la SNPS depuis le début des travaux en 2017.

On est parti avec une vision relativement vide, un horizon assez vierge de ce qu'on pourrait faire. On a construit, on est allé pas à pas à vue. Plus on avançait, plus les choses commençaient à se concrétiser, plus on était capable de voir loin, de planifier ce qui s'en venait. Ce qui a fait en sorte qu'on a été capable de lancer [le SIN] avec un peu de retard, principalement dû à la pandémie [...] On a réussi à atteindre les objectifs. (Ent. 4)

Parmi les résultats de la SNPS, les personnes répondantes nomment le plus souvent la plateforme suicide.ca. Plus précisément, la plateforme est aujourd'hui composée :

- De pages qui proposent de l'information et guide la personne utilisatrice qui visent à :
 - Repérer les personnes qui effectuent des recherches sur le Web en lien avec des facteurs de risque associés au suicide, les sensibiliser à l'existence de suicide.ca, les outiller à surmonter leurs difficultés et les aider à identifier des services d'aide pertinents à leurs besoins;
 - Outiller les personnes vulnérables au suicide à reconnaître leurs signes de détresse et de désespoir, à mieux comprendre pourquoi elles pensent au suicide, les amener à faire un bilan de leur santé mentale et les encourager à se mobiliser pour améliorer leur situation;
 - Amener les personnes vulnérables au suicide à identifier leurs stratégies d'adaptation, leurs stratégies d'autogestion de leur santé mentale, les signes avant-coureurs de leur détresse et de leurs pensées suicidaires, et les encourager à faire un plan de sécurité;
 - Amener les personnes vulnérables au suicide à mobiliser leur réseau de soutien, à identifier les personnes aidantes dans leur entourage et à mieux exprimer leurs besoins;
 - Informer les personnes vulnérables au suicide sur les ressources en santé mentale et leurs services, les outiller à identifier les ressources qui correspondent le mieux à leurs besoins, les encourager à entrer en contact avec les services d'aide et les aider à organiser leur demande d'aide.
- De questionnaires d'autoévaluation pour faire le point sur sa santé mentale qui permettent d'évaluer l'état de bien-être, de repérer la présence de signes de détresse psychologique et de faire le point sur les idées suicidaires.
- D'un espace connecté (ou le compte utilisateur privé) et une application mobile qui donnent accès à différents outils visant à soutenir l'activation comportementale, l'autogestion de la santé mentale, l'élaboration d'un plan de sécurité, la gestion de l'anxiété, la constitution d'une banque de phrases et citations inspirantes axées sur le bien-être, l'espoir et la résilience, le monitoring de l'humeur et la prise de conscience des facteurs qui impactent sa santé mentale et ses idées suicidaires.
- D'un bottin de ressources adaptées localement pour les personnes utilisatrices qui informent sur les ressources disponibles pour les différentes régions.

- D'un SIN assuré par des personnes intervenantes spécialisées qui discutent par clavardage et texto de la situation de la personne utilisatrice, lui permettent d'exprimer ce qu'elle vit sans jugement et l'aident à ne pas rester seul avec sa souffrance.

Quelques personnes répondantes soulèvent plus particulièrement la qualité (structure et informations), l'accessibilité et l'apport de suicide.ca.

On a fait un bon job. On s'est dit, on va arrêter de dire des choses qui ne veulent rien dire et on va parler des vraies affaires. Au lieu de dire : demande de l'aide, on va parler de pourquoi tu trouves ça tough de demander de l'aide. Non, ce n'est pas vrai que tout le monde à de l'aide dans son entourage. Vous pensez au suicide ? Ok. Ça veut dire quoi de penser au suicide ? (Ent. 6)

Cela permet de rejoindre une plus grande cible de personnes. [...] C'est facile sur le Web. C'est accessible. C'est un beau complément de services pour la prévention du suicide. (Ent. 13)

D'autres déplorent la mise en marché d'un produit numérique qui pouvait encore être amélioré et qui aurait gagné à être testé davantage. On cite plus particulièrement l'application *Mes Outils* qui pourrait être améliorée; elle est jugée théoriquement intéressante, mais fragile et complexe.

Plus largement, certaines personnes mentionnent que les défis liés à l'implantation d'un programme intégré (site Web, application et outils, intervention par clavardage et texto) étaient nombreux. On nomme par exemple que les parties prenantes ont rapidement fait face au « test de la réalité » (Ent. 2). Malgré les efforts de sensibilisation et de communication pour se préparer et s'organiser, l'ampleur de ce que cela demandait en a surpris certains (ex. : investissement en temps et ressources).

D'autres évoquent l'atteinte partielle des objectifs de la SNPS. Ils rappellent que suicide.ca constitue une des composantes de la SNPS qui doit, dans son ensemble, guider le développement d'interventions en ligne et de technologies permettant d'informer à propos du suicide, de repérer les personnes suicidaires, d'offrir de l'aide à la personne suicidaire qui répond moins bien aux ressources traditionnelles, à ses proches ou aux personnes endeuillées par suicide et d'augmenter la visibilité de certaines ressources. Une proposition qu'ils jugent ambitieuse et complexe.

Quelques personnes répondantes mentionnent les retards observés dans son implantation et insistent sur les efforts déployés pour reprendre ces retards. Parmi les leviers pour compléter la phase actuelle de consolidation et poursuivre le développement, l'une d'elles nomme : la lecture des forces et faiblesses; la connaissance des personnes utilisatrices de suicide.ca; la cohérence et la fluidité des opérations; l'adhésion de la communauté de pratique; le développement des compétences des équipes de l'AQPS et des CPS prestataires du SIN.

On est dans la mécanique, mettre en place un service et évaluer. [...] Il ne faut pas perdre de vue qu'il faut aussi que la SNPS exerce du leadership en prévention du suicide. (Ent. 2)

3.2.2 Les retombées de la formation à l'intervention numérique

Entre septembre 2020 et mai 2021, 8 cohortes ont complété la formation du parcours de développement des compétences en intervention numérique de la SNPS. Parmi les 93 intervenant.es formé.es au cours de la période à l'étude, 40 personnes (43%) ont répondu au sondage sur l'appréciation et les retombées de la formation à l'intervention numérique. Leurs réponses sont présentées ici-bas.

3.2.2.1 L'expérience en intervention en prévention du suicide des personnes intervenantes

L'information sur l'expérience préalable en intervention en prévention du suicide était disponible pour 40 personnes répondantes. 29 (72,5%) de ces personnes avaient de l'expérience en prévention du suicide avant la formation, soit en CPS ou dans d'autres organisations publiques ou privées (Tableau 11).

Tableau 11. Répartition des personnes répondantes selon l'expérience préalable en prévention du suicide

Expérience préalable (n=40)	Fréquence	Pourcentage (%)
Non, je n'avais pas d'expérience en intervention en prévention du suicide	11	27,5
Oui, j'avais de l'expérience en intervention en prévention du suicide ¹	29	72,5

¹ Les réponses « Oui, j'avais de l'expérience en intervention en prévention du suicide en Centre de prévention suicide » et « Oui, j'avais de l'expérience en intervention en prévention du suicide dans d'autres organisations publiques ou privées » ont été fusionnées en « Oui, j'avais de l'expérience en intervention en prévention du suicide ».

3.2.2.2 Le nombre d'heures approximatif pour compléter les différents blocs d'activités

Pour chaque période de préparation individuelle, les nombres d'heures approximatifs ayant permis de compléter les différents blocs d'activités proposées par la formation ont été estimés par les personnes répondantes. Le nombre d'heures tel qu'estimé (n=33) apparaît généralement inférieur au nombre attendu dans le cadre de la formation à l'intervention numérique (Tableau 12).

Tableau 12. Nombre d'heures estimé pour compléter les différents blocs d'activités

Blocs d'activités (n=33)	Nombre d'heures		
	Médiane	Moyenne	Écart-type
Préparation individuelle avant le premier jour de formation : Vidéos, lectures et journal de bord — 7 heures	5	5,29	1,28
Préparation enfants : Vidéos, lecture et journal de bord — 4 heures	4	3,38	0,94
Visite de suicide.ca — 2 heures	1	1,36	0,53
Observation de l'intervention numérique : Vidéo, connexion pour une observation et journal de bord — 7 heures	6,25	5,72	1,97
Simulation personnes suicidaires 14 ans et plus et enfants 13 ans et moins : journal de bord — n.d.	2	3,01	2,05
Préparation proche et endeuillée : Vidéos, lectures et journal de bord — 7 heures prévues	5	5,28	1,51
Simulations proches et endeuillés : Journal de bord en lien avec les simulations — pas de nombre d'heures spécifiques prévu	2	3,07	2,80
Bilan du parcours de développement de compétences : Journal de bord et préparation de la rencontre bilan — 7 heures	4	4,29	1,54

3.2.2.3 La maîtrise des connaissances liées aux compétences ciblées avant/après la formation

Des questions s'intéressaient à la perception de la maîtrise des connaissances liées aux compétences ciblées avant et après la formation, et ce, pour chaque catégorie de clientèle. Pour les compétences Créer et maintenir une relation de confiance, Analyser la situation, Favoriser l'espoir et Conclure l'entretien en sécurité, le niveau de maîtrise des connaissances perçu avant et après la formation (n=29) apparaît plus

faible pour les clientèles des personnes suicidaires de 13 ans et moins et des personnes endeuillées par suicide (Tableaux 13 et 14). Il en est de même (n=27) pour les compétences Communiquer de manière efficace par écrit dans l'intervention par clavardage et texto et Utiliser adéquatement la plateforme d'intervention par clavardage et texto (Tableau 15).

Tableau 13. Perception de la maîtrise des connaissances liées aux compétences ciblées avant/après la formation par clientèle - personnes suicidaires de 14 ans et plus et 13 ans et moins

Compétences (n=29)	Maîtrise des connaissances liées aux compétences avant/après la formation 1 = Plus faible niveau de maîtrise; 10 = Plus élevé niveau de maîtrise				
		Personnes suicidaires de 14 ans et plus		Personnes suicidaires de 13 ans et moins	
		Avant	Après	Avant	Après
Créer et maintenir une relation de confiance avec la personne utilisatrice de service	Médiane	7	8	5	8
	Moyenne	6,41	8,38	4,83	7,55
	Écart-type	1,82	0,82	1,91	1,33
Analyser la situation pour déterminer la priorité d'intervention	Médiane	6	8	5	8
	Moyenne	6,07	8,17	4,76	7,72
	Écart-type	2,23	1,04	1,96	1,19
Favoriser l'espoir chez la personne	Médiane	6,5	8,5	5,5	8
	Moyenne	5,96	8,46	4,82	7,68
	Écart-type	2,15	0,88	2,06	1,44
Conclure l'entretien en sécurité en tenant compte des besoins de la personne	Médiane	6	8	5	8
	Moyenne	5,78	8,07	4,85	7,52
	Écart-type	2,15	0,92	2,18	1,28

Tableau 14. Perception de la maîtrise des connaissances liées aux compétences ciblées avant/après la formation par clientèle — proches de personnes suicidaires et personnes endeuillées par suicide

Compétences (n=29)	Maîtrise des connaissances liées aux compétences avant/après la formation 1 = Plus faible niveau de maîtrise; 10 = Plus élevé niveau de maîtrise				
		Proches de personnes suicidaires		Personnes endeuillées par suicide	
		Avant	Après	Avant	Après
Créer et maintenir une relation de confiance avec la personne utilisatrice de service	Médiane	6	8	6	8
	Moyenne	6,03	8,21	5,34	7,55
	Écart-type	1,86	0,86	2,19	1,43
Analyser la situation pour déterminer la priorité d'intervention	Médiane	6	8	5	8
	Moyenne	5,59	7,86	5,38	7,52
	Écart-type	1,84	0,95	2,23	1,33
Favoriser l'espoir chez la personne	Médiane	6	8	5,5	8
	Moyenne	5,79	8,04	5,36	7,71
	Écart-type	2,04	1,10	2,15	1,33
Conclure l'entretien en sécurité en tenant compte des besoins de la personne	Médiane	6	8	6	8
	Moyenne	5,96	8,07	5,78	7,93
	Écart-type	2,17	0,87	2,26	1,04

Tableau 15. Perception de la maîtrise des connaissances liées aux autres compétences ciblées avant/après la formation

Compétences (n=27)	Maîtrise des connaissances liées aux compétences avant/après la formation 1 = Plus faible niveau de maîtrise; 10 = Plus élevé niveau de maîtrise		
		Avant	Après
Colliger les données	Médiane	6	8
	Moyenne	5,52	7,52
	Écart-type	1,99	1,65
Communiquer de manière efficace par écrit dans l'intervention par clavardage et texto	Médiane	5	8
	Moyenne	5,26	7,96
	Écart-type	2,03	1,22
Utiliser adéquatement la plateforme d'intervention par clavardage et texto	Médiane	5	8
	Moyenne	4,37	7,81
	Écart-type	2,13	1,42
Agir avec professionnalisme	Médiane	8	9
	Moyenne	7,88	8,77
	Écart-type	1,66	1,07

3.2.2.4 La différence de perception avant/après la formation du niveau de maîtrise des connaissances liées aux compétences ciblées

Le test de Wilcoxon indique que le niveau de maîtrise des connaissances perçu après la formation est significativement plus élevé qu'avant la formation pour chacune des compétences ciblées ($p < 0.05$). Les valeurs des médianes (avant et après), du Z et de la signifiante asymptotique sont présentées dans le tableau suivant (Tableau 16).

Tableau 16. Résultats du test de Wilcoxon pour le niveau de maîtrise des connaissances perçu avant et après pour chacune des compétences ciblées

Variable	Valeur de la médiane pré	Valeur de la médiane post	Valeur du Z	Valeur de la signifiante asymptotique
Créer et maintenir une relation de confiance avec la personne utilisatrice de services	24	32	-4.627	0.000
Favoriser l'espoir chez la personne	24	31.5	-4.544	0.000
Conclure l'entretien en sécurité en tenant compte des besoins de la personne	24	31	-4.375	0.000
Analyser la situation pour déterminer la priorité d'intervention	23	32	-4.544	0.000

Le test de Wilcoxon indique que le niveau de maîtrise des connaissances perçu après la formation est significativement plus élevé qu'avant la formation pour chacune des clientèles abordées ($p < 0.05$). Les valeurs des médianes (avant et après), du Z et de la signifiante asymptotique sont présentées dans le tableau suivant (Tableau 17).

Tableau 17. Résultats du test de Wilcoxon pour le niveau de maîtrise des connaissances perçu avant et après pour chacune des clientèles ciblées

Variable	Valeur de la médiane pré	Valeur de la médiane post	Valeur du Z	Valeur de la signifiante asymptotique
Personnes suicidaires de 14 ans et +	25	32	- 4.378	0.000
Personnes suicidaires de 13 ans et —	21	30	-4.460	0.000
Proches de personnes suicidaires	24	32	- 4.289	0.000
Personnes endeuillées par un suicide	24	31	-4.290	0.000

Le test de Mann-Whitney indique une différence significative de perception du niveau de connaissances entre les personnes qui avaient déjà une expérience en intervention en prévention du suicide et celles qui n'en avaient pas avant la formation. Il indique aussi qu'après la formation, il n'y a pas de différence significative de perception du niveau de connaissances. Les valeurs des médianes (avant et après), du U et de la signifiante asymptotique sont présentées dans le tableau suivant (Tableau 18).

Tableau 18. Résultats du test de Mann-Whitney pour le niveau de maîtrise des connaissances perçu avant et après pour les personnes intervenantes avec ou sans expérience en prévention du suicide

Variable	Valeur de la médiane pré	Valeur de la médiane post	Valeur du U pré	Valeur du U post	Valeur de la signifiante asymptotique pré	Valeur de la signifiante asymptotique post
Créer et maintenir une relation de confiance avec la personne utilisatrice de service	24	32	145	80	0.021	0.512
Analyser la situation pour déterminer la priorité d'intervention	23	32	172.5	90	0.000	0.839
Favoriser l'espoir chez la personne	24	31.5	135.5	67	0.27	0.286

Variable	Valeur de la médiane pré	Valeur de la médiane post	Valeur du U pré	Valeur du U post	Valeur de la signifiante asymptotique pré	Valeur de la signifiante asymptotique post
Conclure l'entretien en sécurité en tenant compte des besoins de la personne	24	31	137	84.5	0.008	0.980

3.2.2.5 Le sentiment d'efficacité personnelle

Pour chaque catégorie de clientèle, le sentiment d'efficacité personnelle a été estimé par les personnes répondantes après la formation. De façon générale, les résultats ci-bas (n=28) apparaissent inférieurs pour les clientèles des personnes suicidaires de 13 ans et moins et des personnes endeuillées par suicide pour les compétences Créer et maintenir une relation de confiance, Analyser la situation, Favoriser l'espoir et Conclure l'entretien en sécurité (Tableaux 19 et 20).

Tableau 19. Perception de la capacité à mettre en application les compétences ciblées après la formation par clientèle

Compétences (n=28)	Capacité à mettre en application les compétences 1 = Aucunement capable; 10 = Totalement capable				
		Personnes suicidaires de 14 ans et plus	Personnes suicidaires de 13 ans et moins	Proches de personnes suicidaires	Personnes endeuillées par suicide
Créer et maintenir une relation de confiance avec la personne utilisatrice de service	Médiane	8	8	8	8
	Moyenne	8,39	7,57	8,25	7,86
	Écart-type	0,92	1,43	0,93	1,30
Analyser la situation pour déterminer la priorité d'intervention	Médiane	8	8	8	8
	Moyenne	8,36	7,68	8,39	7,93
	Écart-type	1,03	1,06	0,92	1,41
Favoriser l'espoir chez la personne	Médiane	8	8	8	8
	Moyenne	8,21	7,61	7,82	7,79
	Écart-type	0,88	1,17	1,02	1,10
Conclure l'entretien en sécurité en tenant compte des besoins de la personne	Médiane	8	7,5	8	8
	Moyenne	8,14	7,61	8,18	8,04
	Écart-type	1,04	1,07	1,09	1,10

Tableau 20. Perception de la capacité à mettre en application les autres compétences ciblées après la formation

Compétences (n=28)	Capacité à mettre en application les compétences 1 = Aucunement capable; 10 = Totalement capable	
	Colliger les données	Médiane
Moyenne		8,04
Écart-type		1,83
Communiquer de manière efficace par écrit dans l'intervention par clavardage et texto	Médiane	8
	Moyenne	8,21
	Écart-type	1,13
Utiliser adéquatement la plateforme d'intervention par clavardage et texto	Médiane	9
	Moyenne	8,54
	Écart-type	1,17
Agir avec professionnalisme	Médiane	10
	Moyenne	9,26
	Écart-type	0,98

3.2.2.6 La motivation à transférer les apprentissages

En ce qui a trait à la motivation à transférer les apprentissages après la formation, un niveau d'accord avec les affirmations ci-bas a été mesuré. Ce niveau (n=28) apparaît élevé (Tableau 21).

Tableau 21. Niveau d'accord avec les affirmations liées à la motivation à transférer les apprentissages

Affirmations (n=28)	Niveau d'accord avec l'affirmation 1 = Totalement en désaccord; 10 = Totalement en accord	
	Il est important de mettre en application dans ma pratique les compétences que j'ai acquises au cours du parcours de développement des compétences	Médiane
Moyenne		9,79
Écart-type		0,57
Le fait de mettre en application les compétences que j'ai acquises au cours du parcours de développement des compétences influencera positivement ma pratique comme intervenant numérique	Médiane	10
	Moyenne	9,61
	Écart-type	0,83

3.2.2.7 La perception de l'utilité des apprentissages

Des questions s'intéressaient à la perception de l'utilité des apprentissages après la formation. Les résultats ci-bas (n=28) témoignent d'une perception de l'utilité des apprentissages élevée (Tableau 22).

Tableau 22. Perception de l'utilité des apprentissages liés à la formation à l'intervention numérique

Affirmations (n=28)	Perception de l'utilité 1 = Aucunement utile; 10 = Énormément utile	
	Dans l'ensemble, j'estime que les connaissances acquises au cours du parcours de développement des compétences me seront utiles dans ma pratique comme intervenant numérique	Médiane
Moyenne		9,32
Écart-type		0,90

Affirmations (n=28)	Perception de l'utilité 1 = Aucunement utile; 10 = Énormément utile	
	Dans l'ensemble, j'estime que les habiletés développées au cours du parcours de développement des compétences me seront utiles dans ma pratique comme intervenant numérique	Médiane
Moyenne		9,36
Écart-type		0,91
Dans l'ensemble, j'estime que les attitudes développées au cours du parcours de développement des compétences me seront utiles dans ma pratique comme intervenant numérique	Médiane	10
	Moyenne	9,36
	Écart-type	0,87

3.2.3 L'utilisation de suicide.ca et le profil des personnes utilisatrices

3.2.3.1 L'analyse des données Google analytiques Web et de l'application mobile *Mes outils*

Les résultats des données Google Analytics de suicide.ca sont abordés ci-bas, plus précisément le nombre total de visites sur le site, l'analyse des pointes d'achalandage, les pages du site les plus consultées, les comportements des personnes utilisatrices en fonction du nombre de visites effectuées sur le site.

L'achalandage de suicide.ca du 15 octobre 2020 au 17 octobre 2021

La figure 3 illustre l'achalandage de suicide.ca. L'achalandage sur la plateforme a été analysé fonction du nombre de sessions. Une session correspond à la période au cours de laquelle une personne utilisatrice était actif sur le site. Il est à noter que si une personne utilisatrice est inactif pendant 30 minutes ou plus, toute activité effectuée ultérieurement est attribuée à une nouvelle session. Le nombre de sessions ne correspond donc pas exactement au nombre de visites, mais il constitue l'indicateur qui s'y rapproche le plus.

Au total, 127 495 sessions ont été effectuées sur suicide.ca du 15 octobre 2020 au 17 octobre 2021. Le nombre moyen de sessions par jour était de 346,45 (médiane= 313,5). La journée la moins achalandée comptait 123 sessions, et la journée la plus achalandée comptait 1774 sessions.

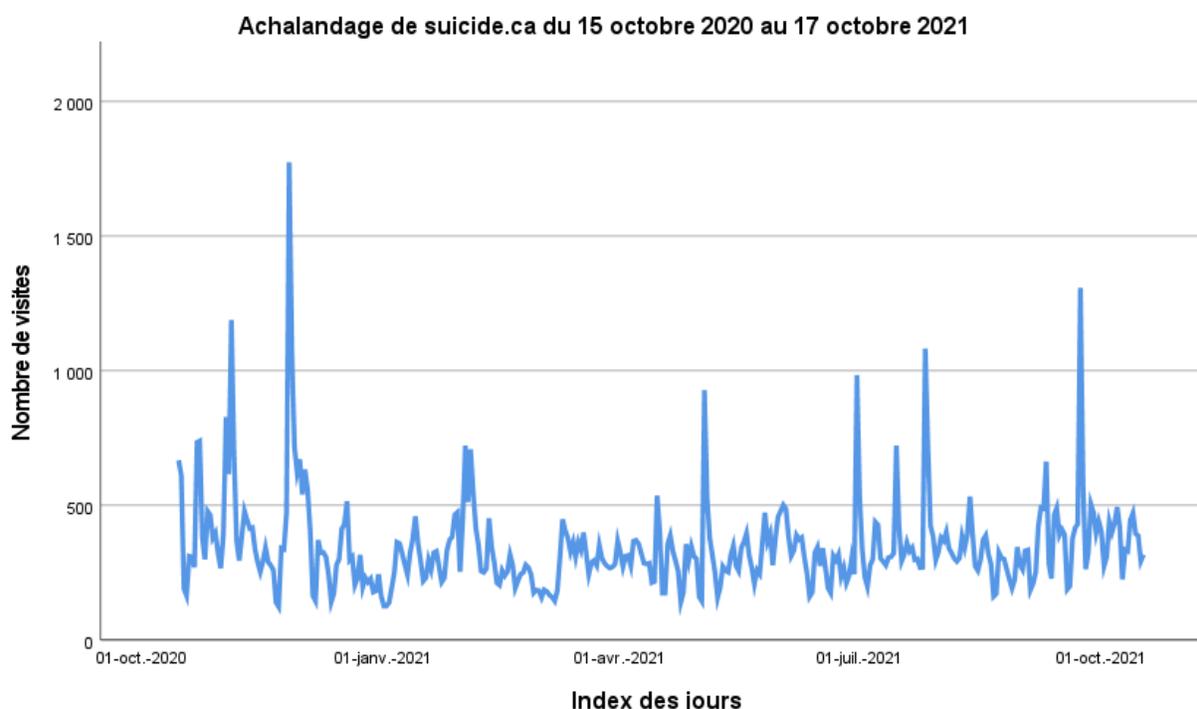


Figure 3. Achalandage de suicide.ca du 15 octobre 2020 au 17 octobre 2021

L'analyse des pointes d'achalandage

Le tableau 23 indique les jours où suicide.ca a vu son nombre de sessions augmenter soudainement, et les événements probablement associés à ces pointes d'achalandage. L'achalandage a tendance à rester élevé une ou deux journées suivant ces événements et à retrouver sa tendance moyenne après. L'achalandage de la semaine de prévention du suicide a également été ajouté au tableau.

La liste des événements associés aux pointes d'achalandage illustre bien l'impact des actions de promotions de suicide.ca sur la page Facebook de l'AQPS. Ces actions de promotions sur Facebook incluaient la diffusion d'une vidéo témoignage (anxiété et suicide) et la publication de plusieurs articles du blogue *Parlons suicide* de suicide.ca.

Tableau 23. Événements associés aux pointes d'achalandage

Date	Visites	Événements
2020-10-15	667	Mise en ligne du site et publication sur la page Facebook de l'AQPS pour annoncer la mise en ligne
2020-10-22	734	Diffusion d'une vidéo témoignage (anxiété et suicide) référant à suicide.ca sur la page Facebook de l'AQPS
2020-11-02	828	Événement inconnu (Acquisition par Facebook majoritairement)
2020-11-04	1188	Événement inconnu (Acquisition directe principalement)
2020-11-26	1774	Plusieurs publications et entrevues dans les médias au sujet de suicide.ca sont sorties dans les médias cette journée-là
2021-01-31	445	Semaine de prévention du suicide
2021-02-01	722	Semaine de prévention du suicide
2021-02-02	512	Semaine de prévention du suicide
2021-02-03	708	Semaine de prévention du suicide

Date	Visites	Événements
2021-02-04	546	Semaine de prévention du suicide
2021-02-05	415	Semaine de prévention du suicide
2021-02-06	352	Semaine de prévention du suicide
2021-05-03	928	Partage d'un article de blogue (Comment va votre santé mentale ? Faites votre autoévaluation) sur la page Facebook de l'AQPS
2021-06-30	984	Partage d'un article de blogue (5 mythes à déconstruire pour mieux aider une personne suicidaire) sur la page Facebook de l'AQPS
2021-07-15	722	Envoi massif de courriels à des organismes afin de faire découvrir suicide.ca, plus précisément l'Espace découverte
2021-07-26	1082	Partage d'un article de blogue (5 mythes sur les personnes suicidaires) sur la page Facebook de l'AQPS
2021-09-10	663	Journée mondiale de la prévention du suicide
2021-09-23	1308	Partage d'un article de blogue (Annoncer un décès par suicide à un enfant) sur la page Facebook de l'AQPS

Les personnes utilisatrices occasionnelles et fréquentes

Le tableau 24 indique le nombre de visiteurs uniques de suicide.ca, en fonction du nombre de sessions effectuées sur le site. À titre indicatif, 73% des personnes utilisatrices (100 114 personnes utilisatrices) ont effectué une seule visite sur le site. La durée moyenne de leur session était de 1:26 minutes et le nombre moyen de pages consulté était de 2,17. 15,9% des personnes utilisatrices ont visité le site 2 ou 3 fois, 5,2% ont visité entre 4 et 8 fois, et 5,8% des personnes utilisatrices ont visités le site plus de 9 fois. On peut voir que plus les personnes utilisatrices visitent fréquemment le site, plus la durée moyenne de leurs sessions est longue.

Il importe cependant d'interpréter les résultats du tableau 24 avec précaution. Tout d'abord, ces résultats incluent des personnes utilisatrices de l'application *Mes outils*, car la plupart des pages de l'application sont des pages Web liées à suicide.ca. Ainsi, lorsqu'une personne se connecte à *Mes outils* ou fait l'autoévaluation durant sa visite, 2 sessions sont enregistrées. C'est pourquoi une analyse de fréquence des visites excluant toutes les pages Web associées à *Mes outils* est également présentée dans le tableau 24. Ensuite, en ce qui a trait à la durée moyenne, les sessions où une seule page est consultée sont enregistrées comme étant d'une durée de 0 seconde, ce qui influence à la baisse la durée moyenne des sessions. Enfin, 31 % des sessions ont été effectuées sur le navigateur Safari. Les données pour la récurrence des personnes utilisatrices qui utilisent Safari sont moins fiables, car la durée de vie des cookies primaires sur Safari est restreinte à 7 jours. Une personne utilisatrice qui visite le site une première fois puis qui y retourne plus de 7 jours plus tard sera comptabilisée, la seconde fois, comme une nouvelle personne utilisatrice.

Ainsi, en prenant ces limites en considération, le nombre de visiteurs ayant visité suicide.ca entre le 15 octobre 2020 et le 17 octobre 2021 peut être approximé à 116 670.

Tableau 24. Personnes utilisatrices et fréquence d'utilisation

Toutes les sessions				
Nombre de sessions	Visiteurs	%	Durée moyenne de sessions	Nombre de pages consultées par session
1	100114	73,1%	01:26	2,17
2	16131	11,8%	03:20	3,19
3	5653	4,1%	03:01	3,34
4-8	7102	5,2%	03:48	4
9-14	2277	1,7%	04:10	4,26
15-25	1653	1,2%	04:16	3,88
26-50	1429	1,0%	05:09	3,98
51-100	1272	0,9%	05:20	4,32
101-200	855	0,6%	06:21	5,97
201+	435	0,3%	08:03	4,39
Total	136 921	100%	02:03	2,56
Exclusion des pages <i>Mes outils</i>				
Nombre de sessions	Visiteurs	%	Durée moyenne de sessions	Nombre de pages consultées par session
1	89379	76,6%	01:12	1,93
2	12000	10,3%	01:39	1,97
3	4133	3,5%	01:57	2,13
4-8	5084	4,4%	02:34	2,41
9-14	1689	1,4%	03:10	2,79
15-25	1287	1,1%	03:26	2,72
26-50	1134	1,0%	04:23	2,93
51-100	985	0,8%	04:33	2,74
101-200	620	0,5%	04:23	2,84
201+	359	0,3%	05:48	2,84
Total	116 670	100%	01:29	2

Les pages consultées par les personnes utilisatrices occasionnelles et fréquentes

Le tableau 25 indique les 10 pages les plus consultées par les personnes utilisatrices selon la fréquence de leurs visites. On peut voir rapidement que les pages liées à *Mes outils* contribuent fortement au nombre de visites enregistrées par Google Analytics. Pour les personnes utilisatrices ayant fait de 1 à 3 visites sur le site, en incluant les pages liées à *Mes outils*, on observe que les pages *Clavarder avec un intervenant*, *Mes outils : chargement*, *Mes outils : autoévaluation*, et *Mes outils : aller mieux à ma façon* et la fiche thématique *Anxiété* sont parmi les consultées. Pour les personnes utilisatrices ayant fait 4 sessions et plus, les pages *Clavarder avec un intervenant*, *Mes outils : journal de bord*, *Mes outils : bilan de ma journée*, *Mes outils : aller mieux à ma façon*, *Mes outils : mes phrases inspirantes* et *Mes outils : autoévaluation* sont parmi les plus consultées. La *Salle d'attente* apparaît dans les pages plus consultées des personnes utilisatrices ayant fait 9 visites et plus. Le tableau 26 indique les pages les plus consultées, mais en excluant les pages liées à *Mes outils*.

Tableau 25. Les 10 pages les plus consultées par les personnes utilisatrices occasionnelles et fréquentes, en incluant les pages liées à Mes outils

Pages les plus consultées en incluant les pages liées à Mes outils		
1 session	2 sessions	3 sessions
<ul style="list-style-type: none"> • Suicide.ca (français) • Anxiété • Clavarder avec un intervenant • Je pense au suicide • Suicide.ca (anglais) • Communiquer avec un intervenant • Je m'inquiète pour un proche • Dépression • Reconnaître les signes de la détresse psychologique • Faire le point sur sa santé mentale 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mes outils</i> : chargement • Suicide.ca (français) • Clavarder avec un intervenant • <i>Mes outils</i> • Je pense au suicide • Communiquer avec un intervenant • <i>Mes outils</i> : autoévaluation • Suicide.ca (anglais) • Anxiété • <i>Mes outils</i> : Aller mieux à ma façon 	<ul style="list-style-type: none"> • Suicide.ca (français) • <i>Mes outils</i> : chargement • Clavarder avec un intervenant • <i>Mes outils</i> • Je pense au suicide • <i>Mes outils</i> : autoévaluation • <i>Mes outils</i> : Aller mieux à ma façon • Communiquer avec un intervenant • <i>Mes outils</i> : journal de bord • <i>Mes outils</i> : Mes phrases inspirantes (exemples)
4-8 session	9-14 sessions	15-25 sessions
<ul style="list-style-type: none"> • Suicide.ca (français) • Clavarder avec un intervenant • <i>Mes outils</i> : chargement • <i>Mes outils</i> • Je pense au suicide • <i>Mes outils</i> : journal de bord • <i>Mes outils</i> : Aller mieux à ma façon • <i>Mes outils</i> : Aller mieux à ma façon (exemples) • <i>Mes outils</i> : mes phrases inspirantes (exemples) • <i>Mes outils</i> : autoévaluation 	<ul style="list-style-type: none"> • Suicide.ca (français) • Clavarder avec un intervenant • <i>Mes outils</i> • <i>Mes outils</i> : bilan de journée • <i>Mes outils</i> : journal de bord • Je pense au suicide • <i>Mes outils</i> : chargement • Salle d'attente • <i>Mes outils</i> : aller mieux à ma façon : exemples • Communiquer avec un intervenant 	<ul style="list-style-type: none"> • Suicide.ca (français) • Clavarder avec un intervenant • Je pense au suicide • Salle d'attente • <i>Mes outils</i> • <i>Mes outils</i> : journal de bord • <i>Mes outils</i> : bilan de journée • <i>Mes outils</i> : chargement • Communiquer avec un intervenant • <i>Mes outils</i> : mes phrases inspirantes : exemples
26-50 sessions	51-100 sessions	101-200 sessions
<ul style="list-style-type: none"> • Suicide.ca (français) • Clavarder avec un intervenant • <i>Mes outils</i> • Salle d'attente • Je pense au suicide • <i>Mes outils</i> : bilan de journée • <i>Mes outils</i> : journal de bord • Communiquer avec un intervenant • <i>Mes outils</i> : Mes phrases inspirantes (exemples) • <i>Mes outils</i> : Aller mieux à ma façon 	<ul style="list-style-type: none"> • Clavarder avec un intervenant • Suicide.ca (français) • <i>Mes outils</i> • Salle d'attente • <i>Mes outils</i> : autoévaluation • <i>Mes outils</i> : journal de bord • Je pense au suicide • <i>Mes outils</i> : bilan de journée • Communiquer avec un intervenant • <i>My tools</i> : journal 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mes outils</i> • <i>Mes outils</i> : bilan de journée • Suicide.ca (français) • <i>My tools</i> • <i>Mes outils</i> : journal de bord • Clavarder avec un intervenant • Salle d'attente • Je pense au suicide • <i>Mes outils</i> : conditions d'utilisation • <i>Mes outils</i> : autoévaluation

Tableau 26. Les 10 pages les plus consultées par les personnes utilisatrices occasionnelles et fréquentes, en excluant les pages liées à Mes outils

Pages les plus consultées en excluant les pages liées à Mes outils		
1 session	2 sessions	3 sessions
<ul style="list-style-type: none"> • Suicide.ca (français) • Anxiété • Suicide.ca (anglais) • Clavarder avec un intervenant • Je pense au suicide • Communiquer avec un intervenant • Je m'inquiète pour un proche • Dépression • Reconnaître les signes de la détresse psychologique • Faire le point sur sa santé mentale 	<ul style="list-style-type: none"> • Suicide.ca (français) • Clavarder avec un intervenant • Je pense au suicide • Communiquer avec un intervenant • Suicide.ca (anglais) • Anxiété • Je m'inquiète pour un proche • Salle d'attente • Dépression • Reconnaître les signes de la détresse psychologique 	<ul style="list-style-type: none"> • Suicide.ca (français) • Clavarder avec un intervenant • Je pense au suicide • Communiquer avec un intervenant • Suicide.ca (anglais) • Salle d'attente • Je m'inquiète pour un proche • Anxiété • Dépression • Faire le point sur sa santé mentale
4-8 session	9-14 sessions	15-25 sessions
<ul style="list-style-type: none"> • Suicide.ca (français) • Clavarder avec un intervenant • Je pense au suicide • Communiquer avec un intervenant • Salle d'attente • Suicide.ca (anglais) • Je m'inquiète pour un proche • Anxiété • Faire le point sur sa santé mentale • Déroulement d'une intervention 	<ul style="list-style-type: none"> • Suicide.ca (français) • Clavarder avec un intervenant • Je pense au suicide • Salle d'attente • Communiquer avec un intervenant • Suicide.ca (anglais) • Je m'inquiète pour un proche • Ressources • Parlons suicide • Faire le point sur sa santé mentale 	<ul style="list-style-type: none"> • Suicide.ca (français) • Clavarder avec un intervenant • Salle d'attente • Je pense au suicide • Communiquer avec un intervenant • Suicide.ca (anglais) • Je m'inquiète pour un proche • Ressources • Anxiété • À propos
26-50 sessions	51-100 sessions	101-200 sessions
<ul style="list-style-type: none"> • Suicide.ca (français) • Clavarder avec un intervenant • Salle d'attente • Je pense au suicide • Communiquer avec un intervenant • Suicide.ca (anglais) • Faire le point sur sa santé mentale • Je m'inquiète pour un proche • Espace découverte • Ressources 	<ul style="list-style-type: none"> • Clavarder avec un intervenant • Suicide.ca (français) • Salle d'attente • Je pense au suicide • Communiquer avec un intervenant • Blogue : 5 mythes à déconstruire • Espace découverte • Ressources d'aide • A propos • Suicide.ca (anglais) 	<ul style="list-style-type: none"> • Clavarder avec un intervenant • Suicide.ca (français) • Salle d'attente • 5-mythes a déconstruire • Je pense au suicide • Communiquer avec un intervenant • Ressources • A propos • Je m'inquiète pour un proche • Conditions-utilisation

Le nombre de visites sur les pages des trois sections principales de suicide.ca

Le tableau 27 indique le nombre de pages consultées dans les trois sections principales de suicide.ca. Le nombre de pages vues indique le nombre de fois où les pages ont été chargées, alors que le nombre de visiteurs indique le nombre de visiteurs ayant consulté ces pages. Le nombre de personnes utilisatrices ayant consulté les pages des trois grandes sections de suicide.ca est largement inférieur au nombre total de visites sur le site. Qui plus, le nombre de pages consultées chute significativement suite à la consultation des pages titres des trois sections. On voit également que le nombre de visiteurs ayant poursuivi leur visite au-delà de la page titre des sections est similaire pour la section *Je pense au suicide* (Faire le point sur sa santé mentale = 4478) et pour la section *Je m'inquiète pour un proche* (Reconnaitre les signes de la détresse psychologique = 4306). La section *Je suis endeuillé par suicide* est la section la moins consultée.

Tableau 27. Nombre de visites sur les pages des trois grandes sections de suicide.ca

Pages	Pages vues	Personnes utilisatrices (vues uniques)	Durée moyenne (secondes)
Je pense au suicide			
Je pense au suicide (page titre)	14 206	10 063	45,37
Faire le point sur sa santé mentale	5312	4478	124,66
Prendre soin de soi	3148	2642	106,90
Obtenir des services d'aide	2051	1778	153,31
En parler à ses proches	1238	1098	120,84
Je m'inquiète pour un proche			
Je m'inquiète pour un proche (page titre)	9155	7331	54,52
Reconnaitre les signes de la détresse psychologique	5546	4306	105,44
Aider un proche en difficulté	1788	1573	161,44
Parler du suicide avec un proche	1544	1344	161,06
Respecter ses limites et prendre soin de soi	1056	955	124,29
Favoriser le rétablissement d'un proche suicidaire	1012	872	150,34
Je suis endeuillé par suicide			
Je suis endeuillé par suicide (page titre)	3414	2695	64,80
Apprendre le suicide d'une personne	857	695	77,92
Comprendre le deuil par suicide	812	653	90,88
Le deuil par suicide et les enfants	591	441	28,77
Quand consulter en cas de deuil par suicide	538	423	113,32
Reprendre sa vie après un deuil par suicide	451	377	129,43
Parler de son deuil par suicide a son entourage	269	250	154,20

Les portes d'entrée sur suicide.ca

Du 15 octobre 2020 au 17 octobre 2021, 33 635 (32,53 %) personnes utilisatrices sont arrivées sur le site en inscrivant directement l'adresse Web suicide.ca, 25 251 (24,42 %) par le biais d'une publicité ciblée sur les moteurs de recherche, 16 775(16,22 %) par le biais des réseaux sociaux, 11 760(11,37 %) par le biais

d'une recherche sur les moteurs de recherche (excluant les publicités ciblées) et 9 899 (9,57%) par le biais d'un hyperlien sur un autre site Web.

Le tableau 28 indique les pages par lesquelles les personnes utilisatrices arrivent sur le site de suicide.ca pour la période du 1er décembre 2021 au 31 octobre 2021. 50271 personnes utilisatrices (40%) sont arrivés sur suicide.ca via la page d'accueil, 20 497 (16%) via les pages thématiques, 13 717 (11%) via *Mes outils* et 12 124 (10%) via le blogue *Parlons suicide*.

Il est à noter que les pages thématiques figurent parmi les principales pages de destination du site pour les visites obtenues par acquisition organique : 40 % des visites en provenance des moteurs de recherche débutent par une page thématique.

Ces résultats tendent à confirmer la pertinence d'utiliser les pages thématiques et les articles de blogs comme outils de repérage des internautes suicidaires sur les moteurs de recherche.

Tableau 28. Pages par lesquelles les personnes utilisatrices arrivent sur suicide.ca

	Nombre de fois où un visiteur est arrivé par la page	Pourcentage
Page accueil	50 271	40%
Section Je pense au suicide (excluant thématiques)	3 056	2%
Pages thématiques	20 497	16%
Section Je m'inquiète pour un proche	3 860	3%
Section Je suis endeuillé par suicide	670	1%
Pages pour communiquer avec un intervenant	9 892	8%
Section Parlons suicide	12 124	10%
Mes outils	13 717	11%
Bottin de ressources	656	1%
Autres	9 922	8%

Le nombre de téléchargements de l'application Mes outils VS nombre de comptes utilisateurs créés

Le tableau 29 indique le nombre de téléchargements de l'application *Mes outils* sur Android et IOS, ainsi que le nombre de comptes créés (via l'application) du 23 novembre 2020 au 17 octobre 2021. Il est à noter qu'une personne utilisatrice peut ouvrir un compte sur le Web, et ensuite télécharger l'application et accéder à Mes outils. Il n'y a donc pas une adéquation parfaite entre le nombre de téléchargements de l'application et le nombre de comptes créés. Cependant, il semble peu probable que ce cas d'utilisation soit responsable du grand écart entre le nombre de téléchargements de l'application et le nombre de comptes créés via l'application. Une personne utilisatrice peut également télécharger l'application pour utiliser uniquement le clavardage, et l'usage de ce dernier ne nécessite pas l'ouverture d'un compte utilisateur. Or, il semble peu probable que ces personnes utilisatrices n'aient pas exploré l'application à la suite de son téléchargement. Ainsi, en se basant sur le nombre de comptes créés via l'application et sur le Web, on peut estimer que de 23% à 58% des personnes utilisatrices auraient été freinées par la nécessité d'ouvrir un compte utilisateur, ou du moins, n'ont pas été exposé au contenu psychoéducatif de l'application lors de son exploration.

Tableau 29. Nombre de téléchargements de Mes outils versus nombre de comptes créés

Date	Téléchargements Android	Téléchargements IOS	Total de téléchargements	Comptes créés
Novembre 2020 (23 novembre au 30 novembre)	338	866	1204	437
Décembre 2020	491	629	1120	499
Janvier 2021	194	163	357	191
Février 2021	130	144	296	158
Mars 2021	190	106	296	104
Avril 2021	171	128	299	146
Mai 2021	152	133	285	169
Juin 2021	151	111	262	110
Juillet 2021	132	66	198	75
Août 2021	126	104	230	74
Septembre 2021	205	81	286	104
Octobre 2021 (1er octobre au 17 octobre)	157	169	326	111
TOTAL	2437	2700	5159	2178

3.2.3.2 L'analyse des données quantitatives du service d'intervention numérique par clavardage Web et mobile

L'analyse des abandons au triage

L'analyse des abandons au triage a été effectuée pour la période du 15 octobre 2020 au 25 juillet 2021 (figure 4). La base de données contenait au départ 30 570 demandes de contact pour cette période (bouton *Commencer* et contact via texto). 4323 demandes ont été retirées de l'échantillon, car elles ont été effectuées dans le cadre de tests ou de formations. Des 26 247 demandes restantes, 18 288 ont été effectuées via le clavardage mobile, 7616 via le clavardage Web et 343 via le texto. Ces 343 demandes de contact via texto ont été retirées de l'analyse, car l'intervenant a indiqué *Je n'ai pas pu intervenir* dans 153 interventions (principales raisons inscrites aux dossiers : la personne utilisatrice blaguait, la personne utilisatrice avait un comportement inapproprié) et 62 interventions semblaient être des tests. L'échantillon final pour l'analyse des abandons au triage était donc de 25 894 demandes de contact.

Plusieurs constats se dégagent de cette analyse. Deux questions au triage semblaient entraîner un nombre significatif d'abandons, soit la première question et la dernière question. Ainsi, des 25 894 personnes utilisatrices ayant appuyés sur le bouton *Commencer*, seulement 6300 (24,3%) ont répondu à la première question, ce qui représente un taux d'abandon de 78,1%. Il est à noter que ce nombre d'abandons pourrait s'expliquer par les personnes utilisatrices qui ont exploré le fonctionnement de la plateforme, et ce particulièrement dans les premiers mois suivants le lancement du SIN. Cette hypothèse semble être corroborée par le fait que les taux d'abandons sont significativement inférieurs chez les personnes utilisatrices ayant poursuivi le triage au-delà de la première question. En ce qui a trait à la dernière question, seulement 2711 (46,5%) des 5825 personnes utilisatrices qui se sont fait poser la question y ont répondu.

En ce qui a trait à la question sur le passage à l'acte et aux questions du *Suicidal Ideation Attributes Scale* (SIDAS), elles ont entraîné peu d'abandons. Ainsi, 5389 des 5447 personnes utilisatrices (98,9%) qui se sont fait poser la question *Envisager vous poser un geste suicidaire dans les prochaines minutes ou les prochaines heures ?* y ont répondu. Pour ce qui est du SIDAS, 4168 des 4352 personnes utilisatrices (95,7%) qui ont débuté le questionnaire l'ont complété. L'âge, la raison du contact et la proximité d'un passage à l'acte (autodéclarée) n'étaient pas associés à la probabilité d'abandon en cours de triage.

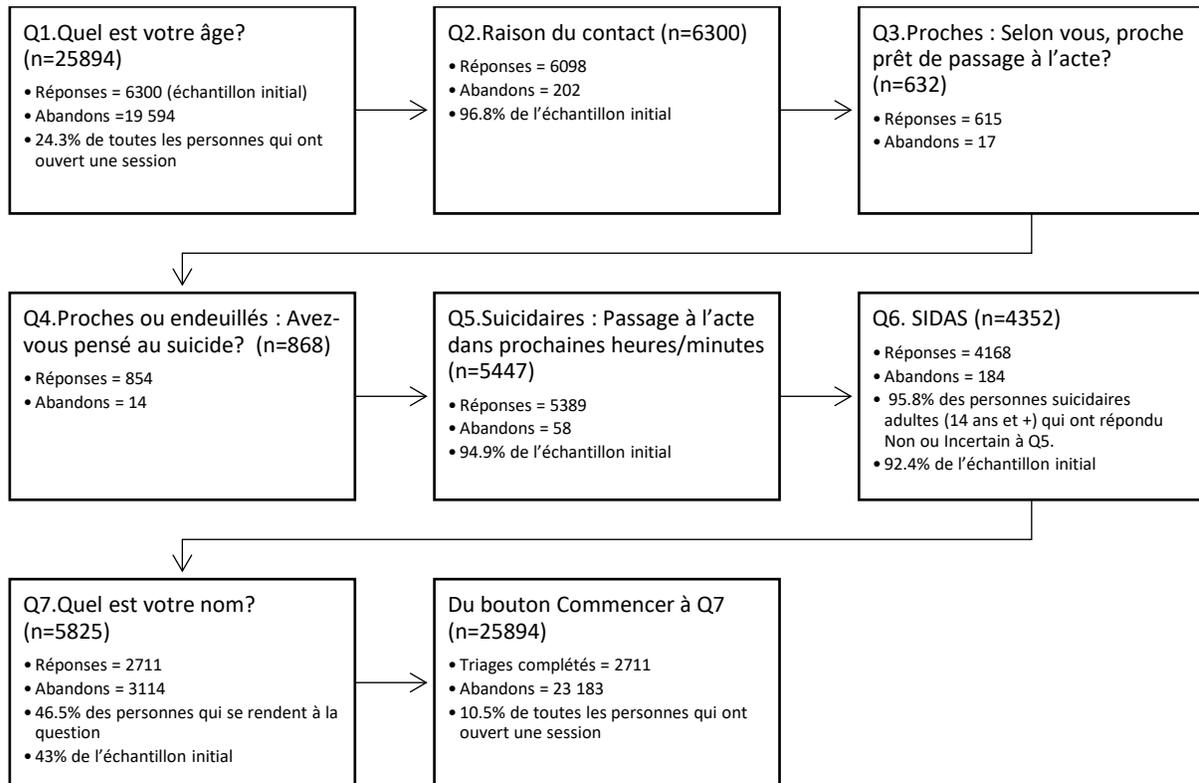


Figure 4. Abandons au triage

Le nombre d'interventions

Du 15 octobre 2020 au 17 octobre 2021, le SIN de suicide.ca a reçu 6152 demandes d'intervention. 1540 (25%) de ces 6152 demandes n'ont pas donné lieu à une intervention. Le total d'interventions effectuées pour la période à l'étude est donc de 4612 interventions.

Les intervenants ont inscrit dans les rapports d'intervention pourquoi ils n'ont pas pu intervenir pour 1321 contacts. L'explication la plus fréquente était l'absence de réponses de la part des personnes utilisatrices à un moment ou un autre du contact (n=840; 53,4%). Les autres explications étaient *La personne utilisatrice blaguait* (n=81; 5.1%), *La personne utilisatrice ne faisait pas partie de la clientèle cible* (n= 45; 2.9%), *Les réponses de la personne utilisatrice étaient incompréhensibles* (n=37; 2.4%) et *La personne utilisatrice avait un comportement inapproprié* (n=33; 2.1%). Il est à noter que pour 538 (34.2%) de ces 1321 contacts, l'intervenant a inscrit *Autre* dans la raison expliquant pourquoi il n'a pas pu intervenir. Un survol des précisions inscrites dans les rapports d'intervention indique que ces contacts étaient souvent des tests de l'équipe de suicide.ca, des contacts où il y a eu des problèmes techniques, et des contacts où la personne utilisatrice a décidé, pour différentes raisons, de ne pas poursuivre l'intervention.

L'information sur le mode de communication utilisé par la personne utilisatrice pour entrer en contact avec suicide.ca était disponible pour 3878 interventions. 2214 (57.1%) de ces interventions ont été effectuées via le clavardage Mobile, 1055 (27,2%) via le clavardage Web et 609 (15.7%) via texto.

L'information sur le CPS qui a effectué l'intervention était disponible pour 3062 interventions. 1050 (34.3%) de ces interventions ont été effectuées par le CPS02, 866 (28.3%) par le CPS de Québec, et 1146 (37.4%) par SAM.

Le genre et l'âge des personnes utilisatrices

L'information sur l'âge des personnes utilisatrices était disponible pour 4000 interventions. 313 (7.8%) de ces personnes utilisatrices étaient âgées de 13 ans ou moins, 340 (8.5%) étaient âgées de 14 à 17 ans, 1465 (36.6%) étaient âgées de 18 à 25 ans, 1362 (34,1%) étaient âgées de 26 à 40 ans, 507 (12,7%) étaient âgées de 41 à 60 ans et 13 (0.3%) étaient âgées de 61 ans ou plus.

L'information sur l'identité de genre des personnes utilisatrices était disponible pour 3569 interventions. 2555 (71.6%) de ces personnes utilisatrices se sont identifiées comme femmes, 734 (20.6%) comme hommes, 119 (3.3%) comme transgenres, 96 (2.7%) comme non binaires et 65 (1.8%) ont inscrit *Autre* dans le questionnaire de triage.

L'âge des personnes utilisatrices variait légèrement selon leur identité de genre ($X^2[6] = 277,026$, $p \leq 001$; V de Cramer= 0,197; voir tableau 30). La majorité des femmes étaient âgées entre 18 et 40 ans (79%). Les hommes se répartissaient quant à eux principalement sur les trois tranches d'âges adultes (18-25 = 31,6%; 26-40 = 29%; 41 et plus = 24,9%). Les personnes utilisatrices s'étant identifiées comme transgenres, non binaires ou ayant inscrit *Autre* étaient généralement des jeunes âgés de 25 ans ou moins (83,9%).

Tableau 30. Répartition des personnes utilisatrices selon leur tranche d'âge et leur identité de genre

	Identité de genre		
	Femmes	Hommes	Transgenres, non binaires et <i>Autre</i>
Tranches d'âge			
17 et moins	211 (8,3%)	106 (14,4%)	76 (27,1%)
18 à 25	1002 (39,2%)	232 (31,6%)	159 (56,8%)
26 à 40	1017 (39,8%)	213 (29%)	43 (15,4%)
41 et plus	325 (12,7%)	183 (24,9%)	2 (0,7%)
Total	2555 (100%)	734 (100%)	280 (100%)

Les raisons du contact

L'information sur la raison du contact était disponible pour 4000 interventions. 3379 (73,3%) personnes utilisatrices ont inscrit *Je pense au suicide* dans le questionnaire de Triage, 404 (8,8%) ont inscrit *Je m'inquiète pour un proche* (10,1%) et 217 (5,4%) ont inscrit *Je suis endeuillé par suicide*.

Le tableau 31 indique la répartition des personnes utilisatrices selon la raison du contact, leur tranche d'âge et leur identité de genre. La raison du contact était légèrement associée à l'identité de genre ($X^2[4] = 45,754$, $p \leq 001$; V de Cramer= 0,080) et à l'âge des personnes utilisatrices ($X^2[6] = 150,483$, $p \leq 001$; V de Cramer= 0,137). Les hommes étaient légèrement surreprésentés chez les proches inquiets, et les 41 ans et plus étaient légèrement surreprésentés chez les proches inquiets et les endeuillés par suicide.

Tableau 31. Répartition des personnes utilisatrices selon la raison du contact, leur identité de genre et leur tranche d'âge

	Raison du contact			Total
	Je pense au suicide	Je suis inquiet pour un proche	Je suis endeuillé par suicide	
Identités de genre				
Femmes	2178 (85,2%)	250 (9,8%)	127 (5%)	2555 (100%)
Hommes	555 (75,6%)	119 (16,2%)	60 (8,2%)	734 (100%)
Transgenre, non binaire, Autre	248 (88,6%)	17 (6,1%)	15 (5,4%)	280 (100%)
Tranches d'âge				
17 et moins	580 (88,8%)	52 (8%)	21 (3,2%)	653 (100%)
18 à 25	1251 (85,4%)	119 (8,1%)	95 (6,5%)	1465 (100%)
26 à 40	1196 (87,8%)	127 (9,3%)	39 (2,9%)	1362 (100%)
41 et plus	352 (67,7%)	106 (20,4%)	62 (11,9%)	520 (100%)

L'information sur les besoins exprimés par les personnes utilisatrices lors des interventions était disponible pour 3254 interventions (tableau 32). 2450 (75,2%) personnes utilisatrices ont exprimé avoir besoin de ventiler, 1093 (33,5%) ont demandé du soutien pour une situation de crise, 870 (26,7%) ont exprimé avoir besoin d'aide pour assurer leur sécurité, 741 (22,7%) ont demandé des conseils à l'intervenant, et 317 (9,7%) ont contacté le service pour obtenir des renseignements.

L'information sur les problématiques discutées par les personnes utilisatrices était disponible pour 3475 interventions (voir tableau 33). Les problématiques les plus fréquentes étaient le suicide (87,2%), les problèmes de santé mentale (22%), les problèmes affectifs (18,9%), les problèmes familiaux (13%), l'automutilation (11,8%), la solitude (11,7%) et les problèmes avec des pairs ou des proches (10,3%).

Tableau 32. Besoins exprimés et problématiques discutés par les personnes utilisatrices

	Nombre d'interventions (%)
Besoins exprimés	
Besoin de ventiler	2450 (75,2%)
Soutien pour une situation de crise	1093 (33,5%)
Aide pour assurer sa sécurité	870 (26,7%)
Demande des conseils	741 (22,7%)
Demande des informations	317 (9,7%)
Total	3254 (100%)
Problématiques discutées	
Suicide	3033 (87,2%)
Santé mentale	767 (22%)
Problèmes affectifs	657 (18,9%)
Problèmes familiaux	455 (13%)
Automutilation	413 (11,8%)
Solitude	407 (11,7%)
Problèmes avec pairs ou proches	361 (10,3%)
Problèmes scolaires	294 (8,4%)
Décès d'un proche	293 (8,4%)
Santé physique	179 (5,1%)

	Nombre d'interventions (%)
Consommation d'alcool ou de substances	165 (4,7%)
Victime de violence verbale	95 (2,7%)
Auteur de violence physique ou verbale	70 (2%)
Intimidation en milieu scolaire	68 (1,9%)
Problèmes avec la loi	44 (1,2%)
Intimidation en milieu de travail	39 (1,1%)
Grossesse ou avortement	34 (0,9%)
Autres types de problématique	357 (10,27%)
Total	3475 (100%)

La proximité d'un passage à l'acte suicidaire autodéclarée

3490 des personnes utilisatrices ont répondu à la question *Envisagez-vous poser un geste suicidaire dans les prochaines minutes ou les prochaines heures ?* dans le questionnaire de triage. 1800 (51,6%) ont répondu *Non*, 972 (27,9%) ont répondu *Incertain* et 718 (20,6%) ont répondu *Oui*.

Parmi les 3490 personnes utilisatrices ayant répondu à la question, 57 étaient des proches inquiets et 54 des endeuillés qui pensaient eux-mêmes au suicide. Parmi ces 54 endeuillés par suicide, 22 (40,7%) ont indiqué envisager un passage à l'acte suicidaire dans les prochaines minutes ou heures.

La proximité d'un passage à l'acte suicidaire était légèrement associée à l'identité de genre ($X^2[8] = 189,765$, $p \leq 001$; V de Cramer= 0,175). La principale source de variation était les personnes utilisatrices s'identifiant comme transgenres. Plus de la moitié ($n=60$; 52,6%) de ces personnes utilisatrices ont indiqué envisager un passage à l'acte prochainement.

La proximité d'un passage à l'acte suicidaire était modérément associée à l'âge ($X^2[6] = 349,879$, $p \leq 001$; V de Cramer= 0,224). L'analyse des données indique une corrélation négative de taille faible ($r = -.239$) entre la tranche d'âge des personnes utilisatrices et le degré de risque d'un passage à l'acte suicidaire déclaré au triage (non, incertain, oui). Ainsi, plus les personnes utilisatrices étaient jeunes, plus elles avaient tendance à indiquer qu'elles envisageaient un passage à l'acte prochainement. Fait intéressant : les 17 ans et moins étaient davantage catégoriques lorsqu'ils répondaient à cette question. Ils avaient tendance à répondre *Oui* ou *Non* à la question plutôt qu'*Incertain*.

Tableau 33. Répartition des personnes utilisatrices selon la proximité d'un passage à l'acte autodéclarée, la raison du contact, l'identité de genre et la tranche d'âge

	Geste suicidaire prochainement			Total
	Non	Incertain	Oui	
Raison du contact				
Je pense au suicide	1800 (51,6%)	972 (27,9%)	718 (20,6%)	3379 (100%)
Je suis inquiet pour un proche	47 (82,5%)	6 (10,5%)	4 (7%)	57 (100%)
Je suis endeuillé par suicide	27 (50%)	5 (9,3%)	22 (40,7%)	54 (100%)
Identité de genre				
Femmes	1292 (57,4%)	649 (28,8%)	311 (13,8%)	2252 (100%)
Hommes	344 (60,1%)	182 (31,8%)	46 (8%)	572 (100%)
Transgenres	24 (21,1%)	30 (26,3%)	60 (52,6%)	114 (100%)
Non binaires	60 (70,6%)	21 (24,7%)	4 (4,7%)	85 (100%)
Autres	21 (32,8%)	32 (50%)	11 (17,2%)	64 (100%)
Tranches d'âge				
13 ans et moins	122 (39,9%)	24 (7,8%)	160 (52,3%)	306 (100%)
14 à 17 ans	124 (42%)	58 (19,7%)	113 (38,3%)	295 (100%)
18 à 25 ans	641 (49,5%)	376 (29%)	278 (21,5%)	1295 (100%)
26 à 40 ans	682 (55,4%)	402 (32,6%)	148 (12%)	1232 (100%)
41 et plus	231 (63,8%)	112 (30,9%)	19 (5,2%)	362 (100%)

La sévérité des idéations suicidaires (Suicidal Ideation Attributes Scale)

2606 personnes utilisatrices ont répondu à la version française du *Suicidal Ideation Attributes Scales* (SIDAS-FR) au triage. Seules les personnes utilisatrices qui ont répondu *Non* ou *Incertain* à la question sur la proximité d'un passage à l'acte étaient invité à compléter ce questionnaire.

Le SIDAS-FR est un outil psychométrique servant à mesurer la sévérité des idéations suicidaires. Le questionnaire comprend cinq échelles de 0 à 10 et le score total peut varier de 0 à 50. Les seuils d'interprétation du SIDAS-FR sont : absence d'idées suicidaires au cours des 30 derniers jours (score 0), sévérité faible (score de 1 à 12); sévérité moyenne (score de 13 à 19) et sévérité élevée (score de 20 et plus).

Le score moyen des 2606 personnes utilisatrices ayant complété le SIDAS-FR était de 26,69 (Médiane=29; Écart-type=12,79). 267 (10,2%) personnes utilisatrices ont indiqué ne pas avoir pensé au suicide au cours des 30 derniers jours, 120 (4,6%) ont obtenu un score indiquant une sévérité faible de leurs idéations suicidaires, 250 (9,6%) ont obtenu un score indiquant une sévérité moyenne de leurs idéations suicidaires, et 1969 (75,6%) ont obtenu un score indiquant une sévérité élevée de leurs idéations suicidaires.

Le tableau 34 répartit les personnes utilisatrices selon la sévérité de leurs idéations suicidaires, leur tranche d'âge et leur identité de genre. La sévérité des idées suicidaires était faiblement associée à l'âge ($\chi^2[9] = 56,490, p \leq 001; V$ de Cramer= 0,085). Les personnes utilisatrices de 17 ans et moins étaient sous-représentés dans la catégorie *Absence d'idées suicidaires* et ils étaient légèrement surreprésentés dans la catégorie *Sévérité moyenne*. Les personnes utilisatrices de 41 ans et plus étaient également sous-

représentés dans la catégorie *Absence d'idées suicidaires* et ils étaient légèrement surreprésentés dans la catégorie *Sévérité élevée*.

La sévérité des idées suicidaires était également faiblement associée à l'identité de genre ($X^2[6] = 98,009$, $p \leq 001$; V de Cramer= 0,139). Les femmes étaient surreprésentées dans la catégorie *Absence d'idées suicidaires* et sous-représentées dans la catégorie *Sévérité élevée*.

Enfin, les personnes utilisatrices ayant répondu *Incertain* à la question sur la proximité d'un passage à l'acte suicidaire obtenaient un score total significativement plus élevé au SIDAS-FR (Moyenne =33,15; Écart-type=8,403) que les personnes utilisatrices ayant répondu *Non* (Moyenne=27,44; Écart-type= 9,472; $t = -15,284$, $p \leq 001$).

Tableau 34. Répartition des personnes utilisatrices selon la sévérité des idéations suicidaires (SIDAS-FR), la tranche d'âge et l'identité de genre

	Sévérité des idéations suicidaires (SIDAS)				Total
	Absence d'idées suicidaires (score= 0)	Faible sévérité (score= 1-12)	Sévérité moyenne (score= 13-19)	Sévérité élevée (score= 20 +)	
Tranches d'âge					
17 et moins	1 (0,6%)	9 (5,1%)	27 (15,3%)	139 (79%)	176 (100%)
18 à 25 ans	109 (10,8%)	45 (4,5%)	109 (10,8%)	746 (73,9%)	1009 (100%)
26 à 40 ans	144 (13,3%)	50 (4,6%)	89 (8,2%)	796 (73,8%)	1079 (100%)
41 ans et plus	13 (3,8%)	16 (4,7%)	25 (7,3%)	288 (84,2%)	342 (100%)
Identités de genre					
Femmes	260 (13,9%)	87 (4,6%)	192 (10,2%)	1338 (71,3%)	1877 (100%)
Hommes	2 (0,4%)	24 (5,1%)	40 (8,4%)	409 (86,1%)	475 (100%)
Transgenres, non binaires et Autre	3 (1,7%)	4 (2,3%)	14 (8%)	153 (87,9%)	174 (100%)

L'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire

L'information sur l'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire était disponible pour 2441 interventions. Les intervenants ont été en mesure d'estimer la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire dans 1783 (73%) de ces 2441 interventions. L'estimation finale de la dangerosité d'un passage à l'acte était *Vert* dans 123 (6,9%) interventions, *Jaune* dans 955 (53,6%) interventions, *Orange* dans 602 (33,8%) et *Rouge* dans 103 (5,8%) interventions.

Le tableau 35 relève les critères estimés dans les interventions où une estimation finale de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire a été effectuée. Le critère *Planification du suicide* était le critère le plus souvent estimé, et ce pour tous les degrés de dangerosité (de 90,1% à 92,9%). Les critères *Tentative de suicide* et *Usage de substance* étaient les critères les moins souvent estimés.

Les critères les plus fréquemment estimés dans les interventions où l'estimation finale était *Rouge* étaient la Planification du suicide (90,1%), la Capacité à espérer un changement (65,7%) et la Présence de proches (62,7%).

Tableau 35. Répartition des interventions selon l'estimation finale de la dangerosité d'un passage à l'acte et les critères estimés au cours de l'intervention

Estimation finale de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire				
	Vert	Jaune	Orange	Rouge
Critères estimés				
Planification du suicide	114 (92,7%)	868 (92%)	551 (92,9%)	91 (90,1%)
Tentative de suicide	37 (30,3%)	368 (39%)	332 (56,5%)	30 (30%)
Capacité à espérer un changement	86 (69,9%)	777 (82,1%)	496 (83,6%)	67 (65,7%)
Usage de substance	15 (12,3%)	165 (17,5%)	98 (16,6%)	16 (15,7%)
Capacité à se contrôler	78 (64,5%)	662 (70%)	432 (72,6%)	53 (52%)
Présence de proches	77 (63,1%)	728 (77%)	466 (79,4%)	64 (62,7%)
Capacité à prendre soin de soi	72 (62,1%)	717 (76,3%)	407 (70,2%)	33 (33,3%)
Total	123 (100%)	946 (100%)	593 (100%)	102 (100%)

Le tableau 36 relève la proximité d'un passage à l'acte autodéclarée par les personnes utilisatrices au triage en fonction de l'estimation finale de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire faites par les intervenants. L'estimation finale de la dangerosité d'un passage à l'acte était fortement associée à la proximité d'un passage à l'acte autodéclarée ($\chi^2[6] = 293,075$, $p \leq 001$; V de Cramer= 0,312).

Dans les interventions où l'estimation finale de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire étaient *Vert* ou *Jaune*, la majorité des personnes utilisatrices avaient indiqué *Non* à la question du triage sur la proximité d'un passage à l'acte (Vert=82,7%, Jaune= 67,5%). Dans les interventions où l'estimation finale de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire étaient *Orange*, 50% des personnes utilisatrices avait indiqué *Incertain* à la question sur la proximité d'un passage à l'acte. Enfin, dans les interventions où l'estimation finale de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire étaient *Rouge*, 40% des personnes utilisatrices avait indiqué *Incertain* à la question sur la proximité d'un passage à l'acte et 46,7% avaient indiqué *Oui*.

Tableau 36. Répartition des interventions selon l'estimation finale de la dangerosité d'un passage à l'acte et les réponses à la question sur la proximité d'un passage à l'acte au triage

Estimation finale de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire				
	Vert	Jaune	Orange	Rouge
Geste suicidaire prochainement				
Non	86 (82,7%)	545 (67,5%)	166 (32,9%)	12 (13,3%)
Incertain	12 (11,5%)	194 (24%)	254 (50,4%)	36 (40%)
Oui	6 (5,8%)	68 (8,4%)	84 (16,7%)	42 (46,7%)
Total	104 (100%)	807 (100%)	504 (100%)	90 (100%)

Le tableau 37 répartit également les personnes utilisatrices selon leur réponse à la question sur la proximité d'un passage à l'acte et l'estimation finale de l'intervenant, mais en rapportant les % selon la question du triage. 67,4% des personnes utilisatrices ayant indiqué *Non* à la question sur la proximité d'un passage à l'acte suicidaire se sont vu attribuer une estimation finale de *Jaune*. 39,1% des personnes utilisatrices ayant indiqué *Incertain* se sont vu attribuer une estimation finale de *Jaune*. 51,2% des personnes utilisatrices ayant indiqué *Incertain* se sont vu attribuer une estimation finale de *Orange*. Les personnes utilisatrices ayant répondu *Oui* se répartissaient sur les catégories *Jaune* (34%), *Orange* (42%) et *Rouge* (21%).

Tableau 37. Répartition des personnes utilisatrices selon leur réponse à la question sur la proximité d'un passage à l'acte et l'estimation finale de l'intervenant

	Proximité d'un passage à l'acte		
	Non	Incertain	Oui
Estimation finale			
Vert	86 (10,6%)	12 (2,4%)	6 (3%)
Jaune	545 (67,4%)	194 (39,1%)	68 (34%)
Orange	166 (20,5%)	254 (51,2%)	84 (42%)
Rouge	12 (1,5%)	36 (7,3%)	42 (21%)
Total	809 (100%)	496 (100%)	200 (100%)

Des analyses ont été effectuées afin de vérifier l'association entre les scores totaux au SIDAS-FR des personnes utilisatrices qui ont répondu *Non* et *Incertain*, et l'estimation finale de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (figure 5).

Les scores aux SIDAS-FR variaient significativement en fonction du degré de dangerosité des personnes utilisatrices ($F [3,1252] = 54,389$, $p \leq 001$, $R^2 = 0,115$). Les scores moyens au SIDAS-FR permettaient de discriminer les interventions où l'estimation finale était *Vert* (Moyenne=22,84), *Jaune* (Moyenne=29,21) et *Orange* (Moyenne= 33,99).

Les scores moyens pour les interventions où l'estimation finale était *Orange* n'était cependant pas significativement différents des interventions où l'estimation finale était *Rouge* (Moyenne= 32,70). Il importe cependant de mentionner que le nombre de personnes utilisatrices dont l'information était disponible à la fois pour le SIDAS-FR et l'estimation finale de la dangerosité d'un passage à l'acte était de 46. Cela s'explique en partie par le fait que les personnes utilisatrices qui ont répondu *Oui* à la question sur un possible passage à l'acte sont exclus de ce calcul. Enfin, les personnes utilisatrices les plus à risque du service semblent atteindre des scores moyens au SIDAS-FR avoisinant 33 points (*Incertain* = 33,15, Estimation finale *Orange*= 33,99, Estimation finale *Rouge*= 32,70).

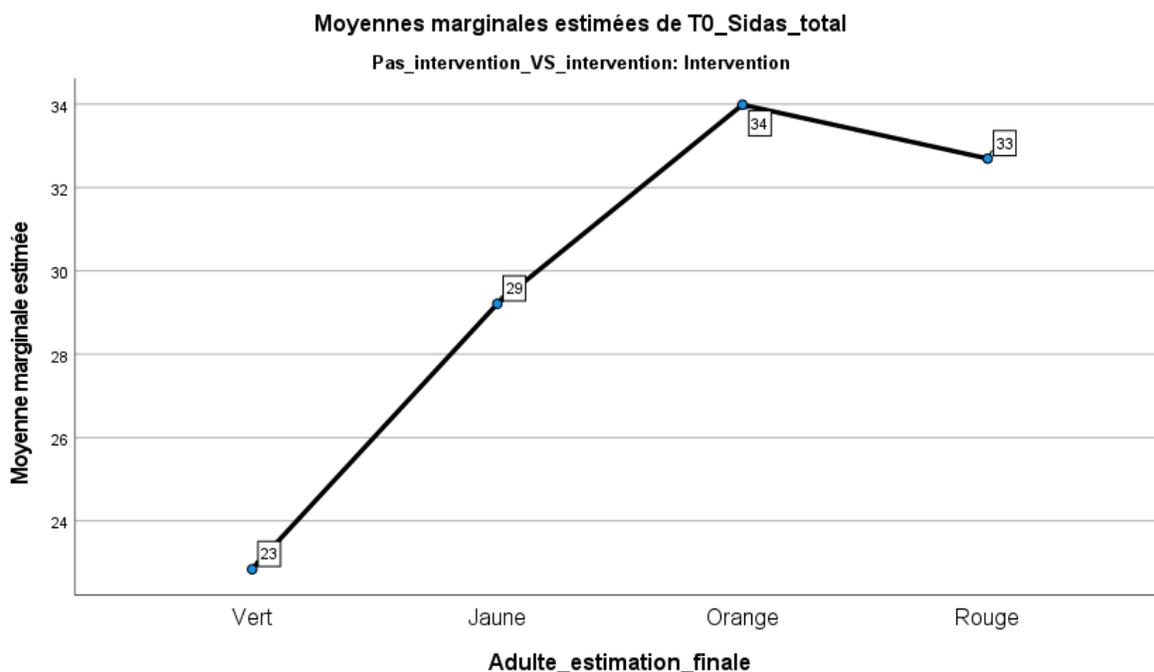


Figure 5. Moyennes des scores au SIDAS selon l'estimation finale de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire

Le tableau 38 répartit les personnes utilisatrices selon leur identité de genre, leur tranche d'âge et l'estimation finale de la dangerosité d'un passage à l'acte de l'intervenant. L'estimation finale de la dangerosité était légèrement corrélée à la tranche d'âge de la personne utilisatrice ($r=0.130$, $p \leq 001$), les personnes utilisatrices plus jeunes ayant tendance à se faire attribuer un degré de dangerosité plus léger que les personnes utilisatrices plus âgées.

Tableau 38. Estimation finale de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire en fonction de l'identité de genre et la tranche d'âge

	Estimation finale				Total
	Vert	Jaune	Orange	Rouge	
Identités de genre					
Femmes	81 (7,6%)	560 (52,8%)	350 (33%)	70 (6,6%)	1061 (100%)
Hommes	25 (9,5%)	159 (60,2%)	70 (26,5%)	10 (3,8%)	264 (100%)
Transgenre, non binaire, Autre	4 (2,9%)	77 (55,8%)	48 (34,8%)	9 (6,5%)	138 (100%)
Tranches d'âge					
14 à 17	15 (16%)	61 (64,9%)	14 (14,9%)	4 (4,3%)	94 (100%)
18 à 25	50 (8,4%)	336 (56,3%)	176 (29,5%)	35 (5,9%)	597 (100%)
26 à 40	35 (5,4%)	335 (51,5%)	238 (36,6%)	43 (6,6%)	651 (100%)
41 et plus	11 (6%)	85 (46,2%)	80 (43,5%)	8 (4,3%)	184 (100%)

Les mesures de sécurité proposées

Le tableau 39 indique les mesures de sécurité qui ont été proposées par les intervenants dans les 1783 interventions où la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire a été estimée.

Les mesures de sécurité les plus proposées dans les interventions où la dangerosité estimée était *Vert*, *Jaune* et *Orange* étaient *Informers des ressources 24/7* (Vert=49,6%, Jaune=53%, Orange=53,5%), *Partager sa lecture de la situation* (Vert=17,9%, Jaune=28,5%, Orange=28,2%) et *Informers des services et outils pouvant soutenir la personne utilisatrice concernant ses enjeux* (Vert=17,1%; Jaune=28,8%, Orange=26,2%).

La mesure *Planifier les moments critiques et élaborer une stratégie de sécurité* a été proposée dans 12,5% des interventions où la dangerosité estimée était *Jaune* et 14,5% des interventions où la dangerosité estimée était *Orange*.

La mesure *Réduire l'accès au moyen* a été proposée dans 9,1% des interventions où la dangerosité estimée était *Jaune*, 18,3% des interventions où la dangerosité estimée était *Orange* et 14,6% des interventions où la dangerosité estimée était *Rouge*.

Les mesures de sécurité les plus proposées dans les interventions où la dangerosité estimée était *Rouge* étaient *Envoi de secours sans collaboration* (48,5%), *Partager sa lecture de la situation* (25,2%), *Envoi de secours avec collaboration* (20,4%) et *Gagner du temps* (20,4%).

Tableau 39. Mesures de sécurité proposées en fonction de l'estimation finale de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire

	Estimation finale			
	Vert	Jaune	Orange	Rouge
Mesures de sécurité proposées				
Partager sa lecture de la situation	22 (17,9%)	272 (28,5%)	170 (28,2%)	26 (25,2%)
Réduire l'accès au moyen	3 (2,4%)	87 (9,1%)	110 (18,3%)	15 (14,6%)
Informers des ressources 24/7	61 (49,6%)	506 (53%)	322 (53,5%)	10 (9,7%)
Assurer la sécurité des proches	0 (0%)	17 (1,8%)	17 (2,8%)	5 (4,9%)
Planifier moments critiques	11 (8,9%)	119 (12,5%)	87 (14,5%)	4 (3,9%)
Informers des services et outils	21 (17,1%)	275 (28,8%)	158 (26,2%)	9 (8,7%)
Proposer un rappel automatique	2 (1,6%)	9 (0,9%)	18 (3%)	3 (2,9%)
Hébergement de crise	2 (1,6%)	5 (0,5%)	38 (6,3%)	4 (3,9%)
Demander présence d'un proche	1 (0,8%)	1 (0,1%)	1 (0,2%)	3 (2,9%)
Envoi de secours avec collaboration	0 (0%)	0 (0%)	2 (0,3%)	21 (20,4%)
Gagner du temps	1 (0,8%)	0 (0%)	1 (0,2%)	21 (20,4%)
Proposer appel téléphonique	1 (0,8%)	0 (0%)	4 (0,7%)	9 (8,7%)
Envoi de secours sans collaboration	1 (0,8%)	1 (0,1%)	7 (1,2%)	50 (48,5%)
Relancer quelque temps après	1 (0,6%)	1 (0,1%)	2 (0,3%)	2 (1,9%)
Total	123 (100%)	955 (100%)	602 (100%)	103 (100%)

L'envoi de secours

Le tableau 40 relève les informatives relatives aux 129 contacts qui ont nécessité l'envoi de secours. 23 de ces contacts ne font pas partie de l'échantillon initial, puisque l'intervenant a indiqué dans son rapport *Je n'ai pu intervenir*. Dans 36 interventions, l'envoi de secours s'est effectué avec la collaboration de la personne utilisatrice. Dans 106 interventions, l'envoi de secours s'est effectué sans la collaboration de la personne utilisatrice. Il est à noter que pour 13 interventions, l'intervenant a indiqué dans son rapport à la fois *Avec collaboration* et *Sans collaboration*.

Tableau 40. Envoi de secours (Note : les totaux varient selon les informations disponibles)

	Envoi de secours	Avec collaboration	Sans collaboration
Avec intervention	106 (82,2%)	30 (83,3%)	85 (80,2%)
Total	129 (100%)	36 (100%)	106 (100%)
Cote au triage			
25	1 (0,8%)	1 (2,8%)	0 (0%)
50	12 (9,3%)	4 (11,1%)	11 (10,4%)
75	48 (37,2%)	12 (33,3%)	40 (37,7%)
100	68 (52,7%)	19 (52,8%)	55 (51,9%)
Total	129 (100%)	36 (100%)	106 (100%)
Geste suicidaire envisagé			
Non	17 (15,3%)	4 (14,8%)	16 (17%)
Incertain	33 (29,7%)	8 (29,6%)	26 (27,7%)
Oui	61 (55%)	15 (55,6%)	52 (55,3%)
Total	111 (100%)	27 (100%)	94 (100%)
Identité de genre			
Femmes	75 (75%)	20 (76,9%)	63 (75,9%)
Hommes	14 (14%)	3 (11,5%)	12 (14,5%)
Transgenres	9 (9%)	2 (7,7%)	7 (8,4%)
Non binaires	1 (1%)	1 (3,8%)	0 (0%)
Autres	1 (1%)	0 (0%)	1 (1,2%)
Total	100 (100%)	26 (100%)	83 (100%)
Tranches d'âge			
13 ans et moins	6 (5,4%)	1 (3,7%)	6 (6,4%)
14 à 17 ans	9 (8,1%)	1 (3,7%)	8 (8,5%)
18 à 25 ans	49 (44,1%)	15 (55,6%)	38 (40,4%)
26 à 40 ans	41 (36,9%)	9 (33,3%)	36 (38,4%)
41 et plus	6 (5,4%)	1 (3,7%)	6 (6,4%)
Total	111 (100%)	27 (100%)	94 (100%)
Sites d'intervention			
CPS02	31 (32%)	11 (39,3%)	26 (32,5%)
CPSQ	30 (30,9%)	6 (21,4%)	26 (32,5%)
SAM	36 (37,1%)	11 (39,3%)	28 (35%)
Total	97 (100%)	28 (100%)	80 (100%)
Mode de communication			
Clavardage mobile	68 (60,7%)	24 (68,8%)	52 (58,4%)
Clavardage Web	27 (24,1%)	2 (5,7%)	26 (29,2%)
Texto	17 (15,2%)	9 (25,7%)	11 (12,4%)
Total	112 (100%)	35 (100%)	89 (100%)

Le tableau 41 indique la proportion d'interventions qui ont nécessité l'envoi de secours en fonction des caractéristiques de la personne utilisatrice, le site d'intervention et le mode de communication employé. Au total, les secours ont été envoyés dans 2,3% des 4612 interventions. 6,4% des interventions effectuées auprès de personnes utilisatrices ayant une cote au triage de 100 ont résulté en l'envoi de secours. Fait notable, 6,7% des interventions effectuées auprès de personnes utilisatrices s'identifiant comme transgenre ont résulté en l'envoi de secours, alors que cette population de personnes utilisatrices représente 3,3% des personnes utilisatrices du service.

Tableau 41. Envoi de secours avec intervention selon les caractéristiques des personnes utilisatrices

	Envoi de secours	Avec collaboration	Sans collaboration	Sous-échantillons
Avec intervention	106 (2,3%)	30 (0,7%)	85 (1,8%)	4612 (100%)
Cote au triage				
25	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	532 (100%)
50	9 (1,1%)	3 (0,4%)	8 (0,9%)	850 (100%)
75	42 (1,8%)	11 (0,5%)	34 (1,5%)	2344 (100%)
100	55 (6,4%)	16 (1,9%)	43 (5%)	857 (100%)
Geste suicidaire envisagé				
Non	13 (0,7%)	3 (0,2%)	12 (0,7%)	1800 (100%)
Incertain	30 (3,1%)	8 (0,8%)	23 (2,4%)	972 (100%)
Oui	48 (6,7%)	12 (1,7%)	40 (5,6%)	718 (100%)
Identité de genre				
Femmes	66 (2,6%)	18 (0,7%)	54 (2,1%)	2555 (100%)
Hommes	9 (1,2%)	1 (0,1%)	8 (1,1%)	734 (100%)
Transgenres	8 (6,7%)	2 (1,7%)	6 (5%)	119 (100%)
Non binaires	1 (1%)	1 (1%)	0 (0%)	96 (100%)
Autres	1 (1,5%)	0 (0%)	1 (1,5%)	65 (100%)
Tranches d'âge				
13 ans et moins	4 (1,3%)	1 (0,3%)	4 (1,3%)	313 (100%)
14 à 17 ans	7 (2,1%)	1 (0,3%)	6 (1,8%)	340 (100%)
18 à 25 ans	39 (2,7%)	12 (0,8%)	29 (2%)	1465 (100%)
26 à 40 ans	35 (2,6%)	8 (0,6%)	30 (2,2%)	1362 (100%)
41 et plus	6 (1,2%)	1 (0,3%)	6 (1,2%)	507 (100%)
Sites d'intervention				
CPS02	26 (2,5%)	8 (0,8%)	21 (2%)	1050 (100%)
CPSQ	24 (2,8%)	4 (0,5%)	21 (2,4%)	866 (100%)
SAM	29 (2,5%)	11 (1%)	21 (1,8%)	3062 (100%)
Mode de communication				
Clavardage mobile	55 (2,5%)	20 (0,9%)	40 (1,8%)	2214 (100%)
Clavardage Web	22 (2,1%)	2 (0,2%)	21 (2%)	1055 (100%)
Texto	14 (2,3%)	7 (1,1%)	70 (1,8%)	609 (100%)

Les interventions où la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire n'a pas pu être estimée

Le tableau 42 indique les critères qui ont été estimés et les mesures de sécurité qui ont été proposées dans les interventions où la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire n'a pu être estimée. Le critère le plus estimé était la *Planification du suicide* (49,8%) et le critère le moins estimé était l'*Usage de substances* (5,3%). Les autres critères ont été estimés dans 20,2% à 31,5% des interventions.

En ce qui a trait aux mesures de sécurité, les trois mesures les plus proposées dans ces interventions étaient *Informé des ressources 24/7* (26,2%), *Partager sa lecture de la situation* (18,1%) et *Informé des services et outils pouvant soutenir la personne utilisatrice concernant ses enjeux* (11,2%).

Tableau 42. Critères estimés et mesures de sécurité proposées dans les interventions où la dangerosité n'a pu être estimée

Interventions où la dangerosité n'a pas pu être estimée	
Critères estimés	N (%)
Planification du suicide	255 (49,8%)
Tentative de suicide	107 (20,2%)
Capacité à espérer un changement	164 (31,5%)
Usage de substance	28 (5,3%)
Capacité à se contrôler	127 (24,7%)
Présence de proches	154 (29,7%)
Capacité à prendre soin de soi	105 (20,5%)
Total	511 (100%)
Mesures de sécurité proposées	
Partager sa lecture de la situation	100 (18,1%)
Réduire l'accès au moyen	19 (3,4%)
Informé des ressources 24/7	145 (26,2%)
Assurer la sécurité des proches	7 (1,3%)
Planifier moments critiques	24 (4,3%)
Informé des services et outils	62 (11,2%)
Proposer un rappel automatique	3 (0,5%)
Hébergement de crise	3 (0,5%)
Demander présence d'un proche	1 (0,2%)
Envoi de secours (avec collabo.)	2 (0,4%)
Gagner du temps	1 (0,2%)
Proposer appel téléphonique	0 (0%)
Envoi de secours (sans collabo.)	9 (1,6%)
Relancer quelque temps après	1 (0,2%)
Total	553 (100%)

La durée des interventions

Le tableau 43 indique la durée moyenne des interventions selon les caractéristiques des personnes utilisatrices, le mode de communication employée, le site d'intervention qui a effectué l'intervention, et les différentes mesures de suicidalité. Afin d'établir un portrait statistique non biaisé par les valeurs extrêmes (interventions très courtes ou très longues, erreurs dans le *Customer Relationship Management*), seules les 3878 interventions dont la durée était de 15 à 180 minutes ont été retenues pour l'analyse.

Tableau 43. Durée moyenne des interventions (inclus les interventions d'une durée de 15 à 180 min.)

	Durée moyenne		Durée moyenne
Raison du contact		Geste suicidaire envisagé	
Suicide	77 minutes	Non	78 minutes
Proche	68 minutes	Incertain	79 minutes
Endeuillé	67 minutes	Oui	69 minutes
Tranches d'âge		SIDAS-FR	
13 ans et moins	77 minutes	Absence d'idées suicidaires	70 minutes
14 à 17 ans	69 minutes	Faible sévérité	66 minutes
18 à 25 ans	76 minutes	Sévérité moyenne	80 minutes
26 à 40 ans	77 minutes	Sévérité élevée	79 minutes
41 et plus	76 minutes		
Identité de genre		Cote triage	
Femme	75 minutes	25	66 minutes
Homme	77 minutes	50	74 minutes
Transgenre, non binaire, <i>Autre</i>	81 minutes	75	82 minutes
		100	71 minutes
Mode de communication		Dangerosité estimée	
Clavardage mobile	74 minutes	Dangerosité non estimée	65 minutes
Clavardage Web	79 minutes	Dangerosité estimée	92 minutes
Texto	86 minutes		
Site d'intervention		Estimation finale	
CPS02	78 minutes	Vert	72 minutes
CPSQ	76 minutes	Jaune	92 minutes
SAM	82 minutes	Orange	100 minutes
		Rouge	75 minutes

Les figures 6 et 7 indiquent la durée moyenne des interventions auprès des personnes utilisatrices suicidaires selon les réponses au SIDAS (figure 2) et à la question sur la proximité d'un passage à l'acte (figure 3) au triage. À la lumière de ces résultats, il semble que la durée requise par les intervenants pour compléter une estimation de la dangerosité du risque de passage à l'acte suicidaire avoisine 90 minutes, et ce nonobstant la sévérité des idées suicidaires au triage. Fait intéressant, les interventions effectuées auprès d'utilisateurs qui ont répondu *Oui* à la question sur la proximité d'un passage à l'acte au triage, et qui ont fait l'objet d'une estimation de la dangerosité, sont en moyenne 10 minutes plus courtes.

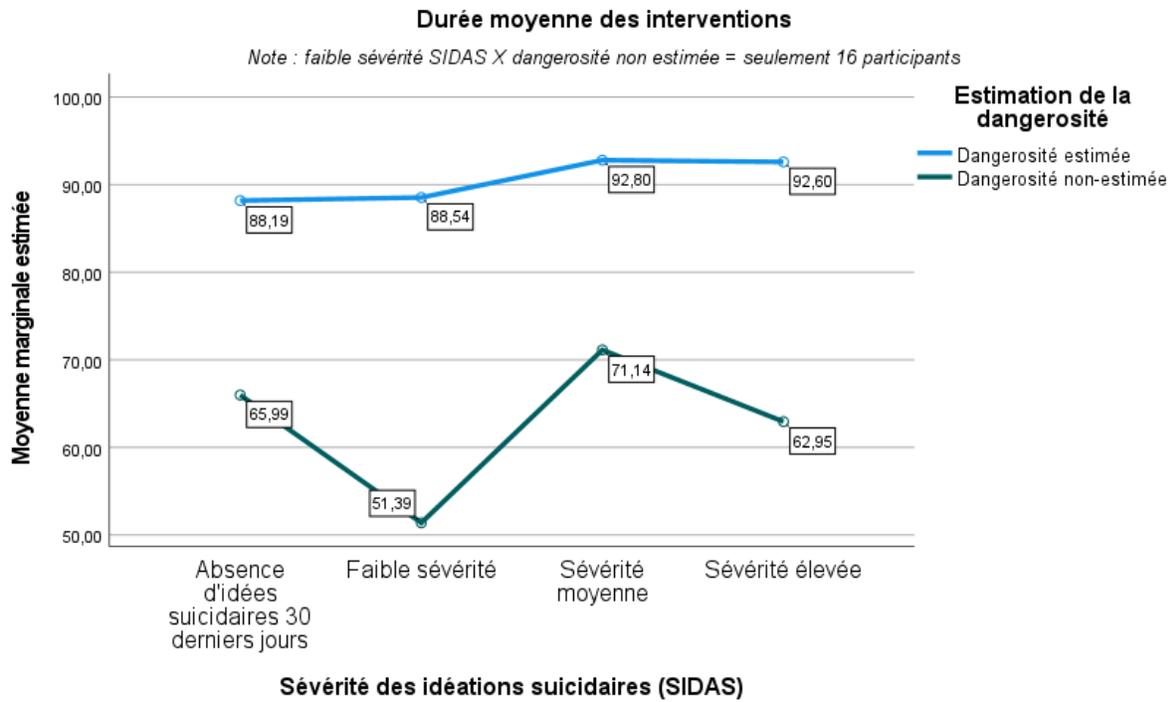


Figure 6. Durée moyenne des interventions selon la sévérité des idéations suicidaires et l'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire

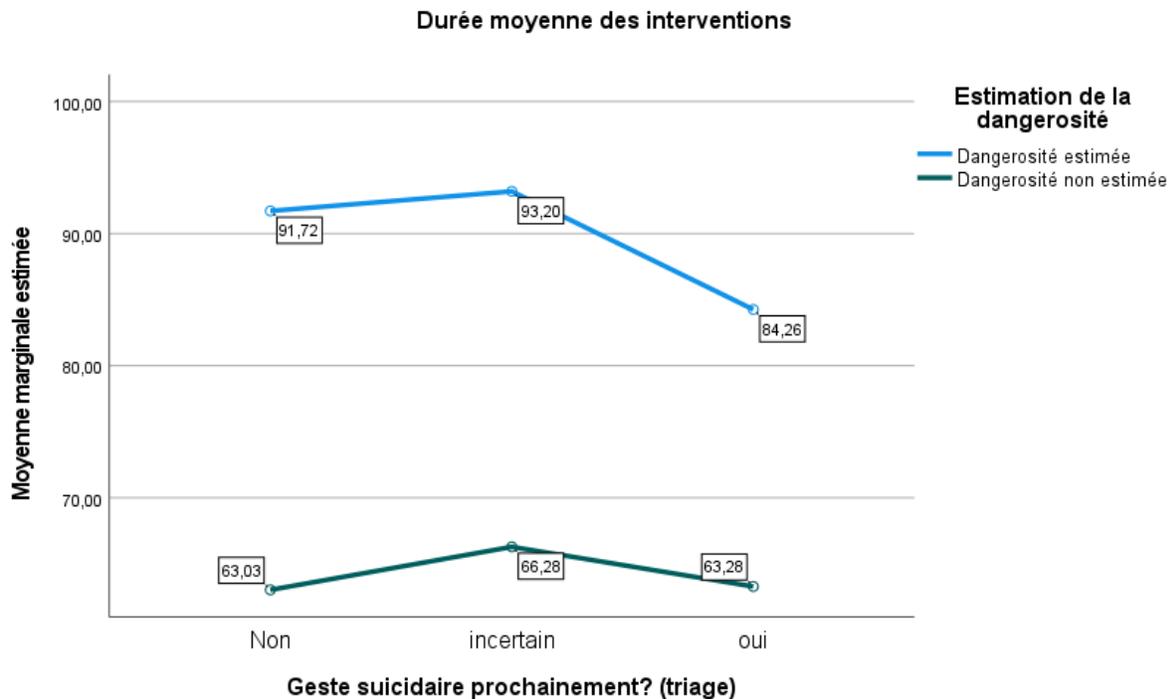


Figure 7. Durée moyenne des interventions selon la proximité d'un passage à l'acte suicidaire (question du triage) et l'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire

Les perceptions des intervenants de l'impact de leurs interventions

Le tableau 44 indique la perception qu'ont les intervenants de l'impact de leurs interventions. Les intervenants ont indiqué que la personne utilisatrice se sentait mieux après l'intervention dans 2565 (56,1%) interventions. Ils n'étaient pas certains que la personne utilisatrice se sentait mieux dans 1559 (33,8%) interventions, et pensait que la personne utilisatrice ne se sentait pas mieux dans 449 (9,8%) interventions.

Les intervenants ont indiqué que la personne utilisatrice se sentait davantage en mesure de surmonter ses difficultés dans 2336 (50,7%) interventions. Ils n'étaient pas certains que la personne utilisatrice se sentait davantage en mesure de surmonter ses difficultés dans 1771 (38,4%) interventions, et pensait que la personne utilisatrice ne se sentait pas davantage en mesure de surmonter ses difficultés dans 446 (10,1%) interventions.

Tableau 44. Perception des intervenants de l'impact de leurs interventions

	La personne utilisatrice se sent mieux	La personne utilisatrice se sent davantage en mesure de surmonter ses difficultés
Non	449 (9,8%)	446 (10,1%)
Incertain	1559 (33,8%)	1771 (38,4%)
Oui	2565 (56,1%)	2336 (50,7%)
Total	4573 (100%)	4573 (100%)

Le tableau 45 indique la perception qu'ont les intervenants de l'impact de leurs interventions, selon qu'ils aient pu, ou non, réaliser une estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire. Les interventions où une estimation n'a pu être effectuée sont perçues comme étant moins efficaces par les intervenants. Dans la majorité de ces interventions, les intervenants ne savaient pas si la personne utilisatrice se sentait mieux (57,1%) ou s'il se sentait davantage en mesure de surmonter ses difficultés (64,1%) à la suite de l'intervention. Fait intéressant, la proportion d'interventions où l'intervenant pensait que la personne utilisatrice ne se sentait pas mieux ou davantage en mesure de surmonter ses difficultés est similaire dans les interventions où la dangerosité a pu être estimée et celles où elle n'a pas pu être estimée.

Tableau 45. Perception de l'impact des interventions selon la réalisation, ou non, d'une estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire de la personne utilisatrice

	La personne utilisatrice se sent mieux		La personne utilisatrice se sent davantage en mesure de surmonter ses difficultés	
	Dangerosité estimée	Dangerosité non estimée	Dangerosité estimée	Dangerosité non estimée
Non	159 (8,9%)	62 (9,4%)	156 (8,8%)	60 (9,1%)
Incertain	513 (28,8%)	376 (57,1%)	615 (34,5%)	422 (64,1%)
Oui	1109 (62,3%)	220 (33,4%)	1010 (56,7%)	176 (26,7%)
Total	1781 (100%)	658 (100%)	1781 (100%)	658 (100%)

Les figures 8 et 9 indiquent la durée moyenne des interventions auprès des personnes utilisatrices suicidaires, selon la perception qu'ont les intervenants de l'efficacité de leurs interventions. Plus les interventions durent longtemps, plus les intervenants ont l'impression que leur intervention a eu des effets bénéfiques pour la personne utilisatrice, et ce même si la dangerosité n'a pas pu être estimée.

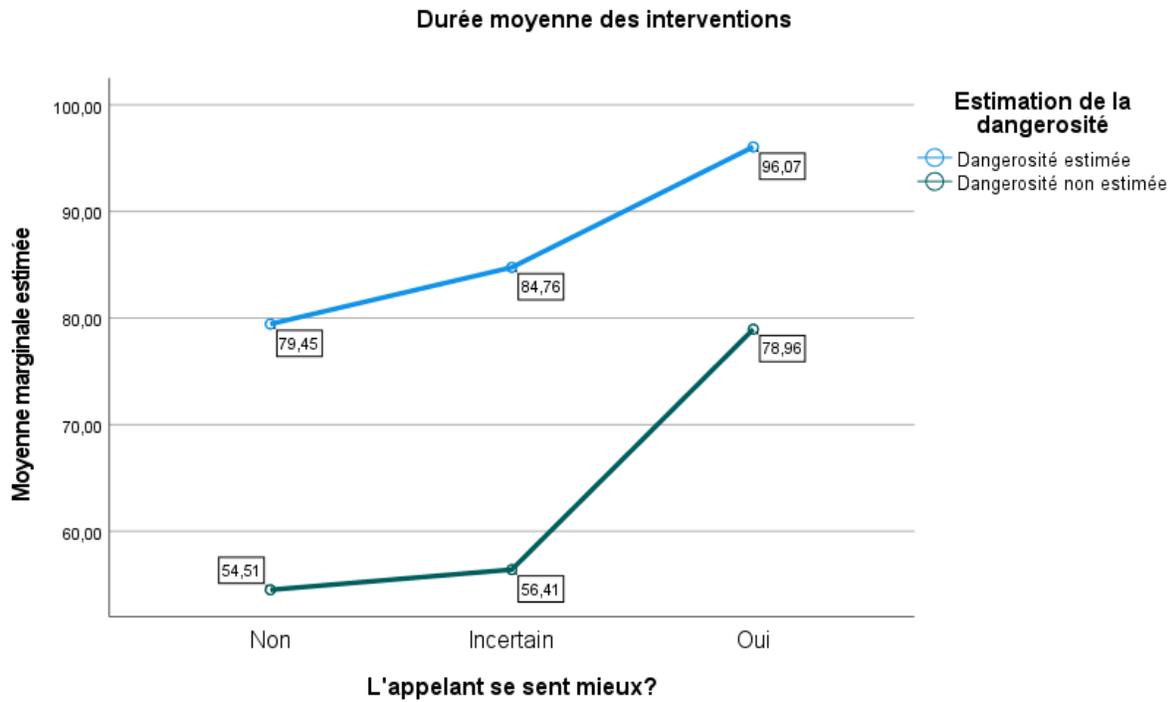


Figure 8. Durée moyenne des interventions selon la perception qu'ont les intervenants de l'efficacité de leurs interventions (diminution de la détresse) et de l'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire

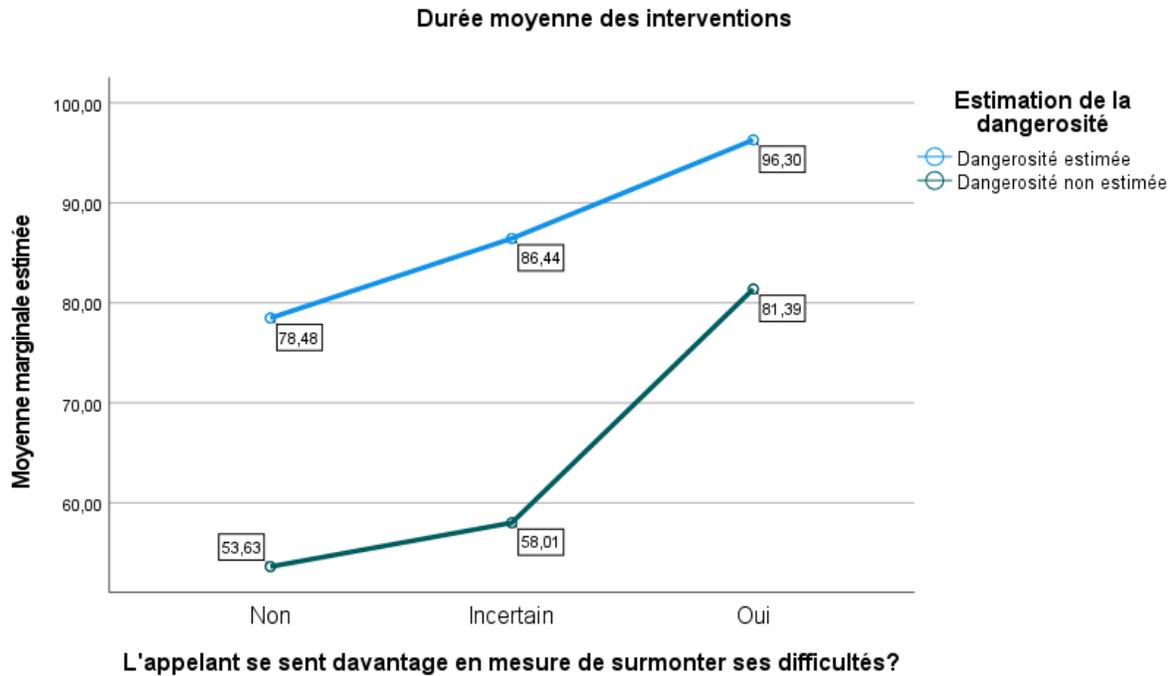


Figure 9. Durée moyenne des interventions selon la perception qu'ont les intervenants de l'efficacité de leurs interventions (capacité à surmonter ses difficultés) et de l'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire

Enfin, le tableau 46 indique la perception qu'ont les intervenants de l'impact de leurs interventions selon le degré de dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire des personnes utilisatrices. Plus le degré de dangerosité estimé est élevé, moins l'intervenant a tendance à estimer que l'intervention a eu des impacts positifs sur le bien-être de la personne utilisatrice et sa capacité à faire face à ses difficultés.

Tableau 46. Perception de l'impact des interventions selon le degré de dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire de la personne utilisatrice

Estimation finale de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire				
	Vert	Jaune	Orange	Rouge
La personne utilisatrice se sent mieux				
Non	0 (0%)	29 (3%)	64 (10,7%)	66 (64,1%)
Incertain	20 (16,3%)	235 (24,6%)	232 (38,7%)	26 (25,2%)
Oui	103 (83,7%)	691 (72,4%)	304 (50,7%)	11 (10,7%)
Total	123 (100%)	955 (100%)	600 (100%)	103 (100%)
La personne utilisatrice se sent davantage en mesure de surmonter ses difficultés				
Non	1 (0,8%)	23 (2,4%)	61 (10,2%)	71 (68,9%)
Incertain	23 (18,7%)	299 (31,3%)	272 (45,3%)	21 (20,4%)
Oui	99 (80,5%)	633 (66,3%)	267 (44,5%)	11 (10,7%)
Total	123 (100%)	955 (100%)	600 (100%)	103 (100%)

Le profil des personnes répondantes au sondage post-intervention

Environ 3473 interventions ont été effectuées entre la mise en ligne du sondage à la fin janvier 2021 et octobre 2021. Le taux de réponse au sondage est donc estimé à environ 10%.

À des fins de comparaison, le tableau 47 indique les caractéristiques des personnes répondantes suicidaires au sondage post-intervention et celles de l'ensemble des personnes utilisatrices suicidaires du SIN. Il est à noter que 70 sondages post-intervention n'ont pu être appariés avec leur rapport d'intervention, que les totaux rapportés dans le tableau varient en fonction des informations disponibles dans les rapports d'intervention, et que l'intervenant a indiqué dans le rapport d'intervention *Je n'ai pu intervenir* pour 7 personnes répondantes.

Par rapport à l'ensemble des personnes utilisatrices suicidaires du service, les personnes répondantes au sondage post-intervention étaient plus âgées, plus souvent des hommes, envisageaient moins souvent un passage à l'acte suicidaire au moment de compléter le questionnaire de triage, et présentaient une dangerosité de passage à l'acte suicidaire moins élevée en fin de contact. Il importe de souligner une importante différence entre les deux échantillons : 89% des personnes répondantes au sondage post-intervention ont fait l'objet d'une estimation finale de la dangerosité, alors que ce chiffre est de 27,4% pour l'ensemble des personnes utilisatrices suicidaires du service. Ces différences, ainsi que le taux de réponse de 10% du sondage, invitent à la prudence en ce qui a trait à la généralisation des résultats du sondage à l'ensemble des personnes utilisatrices du service.

Tableau 47. Représentativité du profil des personnes répondantes suicidaires au sondage post-intervention (temps 0)

	N (%) des personnes répondantes au sondage post-intervention	N (%) pour l'ensemble de l'échantillon
Tranches d'âge		
13 ans et moins	0 (0%)	303 (9%)
14-17	13 (7%)	277 (8,2%)
18-25	55 (29,6%)	1251 (37,1%)
26-40	80 (43%)	1196 (35,5%)
41-60	38 (20,4%)	344 (10,2%)
Total	186 (100%)	3371 (100%)
Identité de genre		
Femme	118 (65,6%)	2178 (73,1%)
Homme	49 (27,2%)	555 (18,6%)
Transgenre	4 (2,2%)	111 (3,7%)
Non binaire	6 (3,3%)	79 (2,7%)
Autre	3 (1,7%)	58 (1,9%)
Total	180 (100%)	2981 (100%)
Geste suicidaire envisagé		
Non	140 (74,9%)	1726 (51,1%)
Incertain	46 (24,6%)	961 (28,4%)
Oui	1 (0,5%)	692 (20,5%)
Total	187 (100%)	3379 (100%)
Cote triage (inclut cotes révisées et non révisées)		
25	1 (0,5%)	3 (0,1%)
50	42 (22,3%)	737 (31,8%)
75	138 (73,4%)	1955 (57,9%)
100	1 (0,5%)	684 (20,2%)
Total	182 (100%)	3379 (100%)
Dangerosité estimée		
Non	16 (11%)	1467 (72,6%)
Oui	130 (89%)	553 (27,4%)
Total	146 (100%)	2020 (100%)
Estimation finale		
Vert	20 (15,4%)	99 (6,7%)
Jaune	80 (61,5%)	782 (53,3%)
Orange	30 (22,1%)	496 (33,8%)
Rouge	0 (0%)	90 (6,1%)
Total	130 (100%)	1467 (100%)

L'impact des interventions selon les usagers

Le tableau 48 indique les résultats au sondage post-intervention pour 259 personnes répondantes suicidaires, et 91 personnes répondantes proches ou endeuillées. 63,8% des personnes répondantes suicidaires et 76,9% des personnes répondantes proches ou endeuillés contactaient le service pour la première fois. Parmi les 89 personnes répondantes suicidaires qui avaient déjà utilisé le service, 58 (65%) avaient contacté suicide.ca une fois ou deux par le passé.

Les scores des différents indicateurs pour les proches et endeuillés avoisinant tous 90%, uniquement les résultats des personnes répondantes suicidaires sont rapportés ici.

Les indicateurs relatifs à l'établissement d'un lien de confiance affichaient les scores les plus élevés. À titre d'exemple, 91,5% des personnes répondantes suicidaires ont indiqué que l'intervenant semblait chaleureux et bienveillant, et 89,5% ont indiqué qu'ils se sont sentis écoutés, compris et respectés. En ce qui a trait à l'efficacité des interventions, 82,6% des personnes répondantes suicidaires ont indiqué se sentir mieux, plus calme ou plus détendu à la suite de l'intervention, 76,8% ont indiqué se sentir davantage en contrôle de leurs pensées suicidaires et 72,5% ont indiqué se sentir davantage en mesure de surmonter leurs difficultés.

Parmi les 259 personnes répondantes suicidaires, 62 ont répondu au sondage de suivi une semaine après l'intervention. Parmi eux, 34 (54,8%) ont indiqué que leur situation s'était améliorée, 40 (61,5%) ont indiqué se sentir mieux outillés pour faire face à leur situation, et 30 (48,3%) ont indiqué penser moins au suicide. Fait intéressant, 47 (75,8%) de ces personnes répondantes ont indiqué avoir essayé les pistes de solution discutées avec l'intervenant. Parmi eux, 45 (95,7%) ont indiqué que cela a été aidant.

Enfin, 20 personnes répondantes suicidaires ont complété le sondage de suivi quatre semaines après l'intervention. Parmi eux, 10 (50%) ont indiqué que leur situation s'est améliorée, 14 (70%) ont indiqué se sentir mieux outillés pour faire face à leur situation, 15 (75%) ont indiqué avoir essayé les pistes de solutions discutées avec l'intervention. En ce qui a trait aux scores au SIDAS un mois après l'intervention, 12 (60%) affichaient un score moins élevé. Cette différence n'était cependant pas statistiquement significative.

Tableau 48. Pourcentage des personnes répondantes qui ont répondu Plutôt d'accord ou Fortement d'accord

	Personnes suicidaires	Proches et endeuillés
Temps 0 — Immédiatement à la suite de l'intervention		
L'intervenant semblait chaleureux et bienveillant.	237 (91,5%)	87 (95,6%)
Vous vous êtes senti écouté, compris et respecté.	232 (89,5%)	87 (95,6%)
Vous avez pu exprimer vos sentiments.	229 (88,4%)	86 (94,5%)
Vous avez parlé de ce dont vous vouliez parler.	221 (85,3%)	85 (93,4%)
Vous avez trouvé des façons de composer avec une situation ou un problème en particulier.	200 (77,2%)	80 (87,9%)
Vous avez trouvé que la conversation avec l'intervenant vous a aidé.	217 (83,7%)	83 (91,2%)
Vous vous sentez mieux, plus calme ou plus détendu ?	214 (82,6%)	85 (93,4%)
Vous vous sentez davantage en contrôle de vos pensées suicidaires ?	199 (76,8%)	-
Vous vous sentez davantage en mesure de surmonter vos difficultés ?	188 (72,5%)	80 (87,9%)

	Personnes suicidaires	Proches et endeuillés
Est-ce la première fois que vous contactez suicide.ca ? (Réponses = Oui)	157 (63,8%)	70 (76,9%)
Si Non, combien de fois au cours des 30 derniers jours ?		
1 ou 2 fois	58 (65%)	14 (82,3%)
3 à 5 fois	22 (24,7%)	2 (11,8%)
6 fois ou plus	9 (10%)	1 (5,9%)
Total	259 (100%)	91 (100%)
Temps 1 – Une semaine après l’intervention		
Votre situation s’est améliorée	34 (54,8%)	-
Vous vous sentez mieux outillé pour faire face à votre situation	40 (61,5%)	-
Vous pensez moins au suicide	30 (48,3%)	-
Vous avez essayé les pistes d’action discutées avec l’intervenant	47 (75,8%)	-
Cela a-t-il été utile ? (Score rapporté = un peu utile ou très utile)	45 (95,7%)	-
Vous avez recontacté suicide.ca (score rapporté = Oui)	16 (25,8%)	-
Total	62 (100%)	-
Temps 2 – Un mois après l’intervention		
Votre situation s’est améliorée	10 (50%)	-
Vous vous sentez mieux outillé pour faire face à votre situation	14 (70%)	-
Vous avez essayé les pistes d’action discutées avec l’intervenant	15 (75%)	-
Cela a-t-il été utile ? (Score rapporté = un peu utile ou très utile)	14 (93,3%)	-
Vous avez recontacté suicide.ca (score rapporté = Oui)	5 (25%)	-
Baisse du score au SIDAS-FR (Temps 0 – Temps 2)	12 (60%)	-
<i>*Attention= test non-paramétrique statistiquement non significatif.</i>		
Total	20 (100%)	-

3.2.3.3 L’analyse des données de l’outil d’autoévaluation de suicide.ca

Dans la prochaine section seront présentées les analyses effectuées à partir des données recueillies par l’outil d’autoévaluation de la plateforme suicide.ca. Ces données permettent de mieux comprendre le profil des personnes utilisatrices de la plateforme. Mais avant de procéder, il importe de rappeler brièvement l’objectif et le fonctionnement de l’autoévaluation.

L’objectif de l’autoévaluation est d’aider la personne utilisatrice à faire un bilan de sa santé mentale. Pour ce faire, différents questionnaires de repérages de problèmes de santé mentale sont proposés à la personne utilisatrice. Cet outil est accessible via la page *Faire le point sur sa santé mentale* de la plateforme suicide.ca, ou encore via l’application *Mes outils*. L’autoévaluation se fait en trois étapes. La première étape consiste à compléter trois questionnaires, soit le Suicidal Ideations Attributes Scale (SIDAS), qui mesure la sévérité des idées suicidaires, le Kessler-10 (K-10), qui mesure la probabilité de la présence d’un trouble de santé mentale, et le Keyes, qui mesurent la santé mentale positive. Un bilan préliminaire est alors présenté à la personne utilisatrice, ainsi qu’une invitation à poursuivre l’autoévaluation. La seconde étape de l’autoévaluation consiste à répondre à 10 questions d’orientation qui servent à identifier les questionnaires pertinents à compléter pour la personne utilisatrice. Chacune

des 10 questions est liée à un trouble de santé mentale plus spécifique, et à un questionnaire de repérage correspondant. Ces questionnaires de repérage des différents troubles sont proposés à la personne utilisatrice une fois qu'il a complété la deuxième étape. Enfin, la troisième étape consiste à compléter les questionnaires de repérage des différents troubles de santé mentale suggérés à la personne utilisatrice. Ces questionnaires de repérage concernent les troubles suivants : la dépression, la bipolarité, la phobie sociale, l'anxiété généralisée, les dépendances (alcool, drogues, jeu, écrans) et le syndrome de stress post-traumatique.

Une fois cette étape complétée, la personne utilisatrice est invitée à répondre à trois questionnaires servant à identifier ses facteurs de protections, soit ses raisons de vivre (Inventaire des raisons de vivre) et ses sources de soutien social (Échelle des provisions de soutien social).

La sévérité des idées suicidaires, détresse psychologique et santé mentale positive

Le tableau 49 indique les réponses des personnes utilisatrices ayant complété les questionnaires de l'étape 1 de l'autoévaluation, soit le SIDAS, le K-10 et le Keyes.

2488 personnes utilisatrices ont complété le SIDAS : 868 (34,9%) personnes utilisatrices ont rapporté une absence d'idées suicidaires dans les 30 derniers jours, 482 (19,4%) personnes utilisatrices présentaient des idées suicidaires de sévérité faible, 313 (12,6%) présentaient des idées suicidaires de sévérité moyenne, et 825 (33,2%) présentaient des idées suicidaires de sévérité élevée.

3100 personnes utilisatrices ont complété le K-10. 2721 (87,8%) des personnes utilisatrices ont obtenu un score suggérant la présence d'un trouble de santé mentale.

2644 personnes utilisatrices ont complété le Keyes : 256 (9,7%) présentaient une santé mentale florissante, 1364 (51,6%) présentaient une santé mentale modérée, et 1024 (38,7%) présentaient une santé mentale languissante.

Tableau 49. Premiers questionnaires de repérage

Premiers questionnaires de repérage	N (%)
Sévérité des idéations suicidaires (SIDAS-FR)	
Absence d'idées suicidaires (0)	868 (34,9%)
Faible sévérité (1-12)	482 (19,4%)
Sévérité moyenne (13-19)	313 (12,6%)
Sévérité élevée (20 et +)	825 (33,2%)
Total	2488 (100%)
Détresse psychologique (K-10)	
Absence probable d'un problème de santé mentale	379 (12,2%)
Présence probable d'un problème de santé mentale	2721 (87,8%)
Total	3100 (100%)
Santé mentale positive (Keyes)	
Santé mentale florissante	256 (9,7%)
Santé mentale modérée	1364 (51,6%)
Santé mentale languissante	1024 (38,7%)
Total	2644 (100%)

Le tableau 50 indique la sévérité des idées suicidaires des personnes utilisatrices de l'autoévaluation, selon leurs scores au K-10 et au Keyes.

Des 2484 personnes utilisatrices ayant complété le SIDAS et le K10, 2204 (88,7%) ont obtenu un score au K10 suggérant la présence d'un trouble de santé mentale. Parmi eux, 618 (28%) ont rapporté une absence d'idées suicidaires dans les 30 derniers jours, 458 (20,8%) personnes utilisatrices présentaient des idées suicidaires de sévérité faible, 309 (14%) présentaient des idées suicidaires de sévérité moyenne, et 819 (37,2%) présentaient des idées suicidaires de sévérité élevée. Au total, 1586 (84,9%) des 1866 personnes utilisatrices présentant des idées suicidaires ont obtenu un score au K10 suggérant la présence d'un trouble de santé mentale.

En ce qui a trait à la santé mentale positive, le score au Keyes était fortement associé à la sévérité des idées suicidaires. Seulement 99 (11,4%) des 865 personnes utilisatrices ayant rapporté une absence d'idées suicidaires dans les 30 derniers jours affichaient une santé mentale languissante. En comparaison, 581 (70,4%) des 825 personnes utilisatrices présentant des idées suicidaires de sévérité élevée affichaient une santé mentale languissante.

Tableau 50. Sévérité des idées suicidaires des personnes utilisatrices de l'autoévaluation, selon leurs scores au K-10 et au Keyes

	Sévérité des idées suicidaires (SIDAS)				Total
	Absence d'idées suicidaires	Faible sévérité	Sévérité moyenne	Sévérité élevée	
Détresse psychologique (k10)					
Absence	248 (88,6%)	24 (8,6%)	3 (1,1%)	5 (1,8%)	280 (100%)
Présence	618 (28%)	458 (20,8%)	309 (14%)	819 (37,2%)	2204 (100%)
Santé mentale positive (Keyes)					
Florissante	212 (88%)	26 (10,8%)	1 (0,4%)	2 (0,8%)	241 (100%)
Modérée	554 (43,2%)	338 (26,3%)	149 (11,6%)	242 (18,9%)	1283 (100%)
Languissante	99 (10,3%)	118 (12,3%)	162 (16,9%)	581 (60,5%)	960 (100%)

Les résultats au questionnaire d'orientation

Le tableau 51 indique les réponses aux questions d'orientation de 1471 personnes utilisatrices ayant complété l'autoévaluation. Lorsque la personne utilisatrice répondait à l'affirmative à l'une de ces questions, il était orienté vers un questionnaire dont l'objectif était d'évaluer la présence probable du trouble psychologique associé à la question. Au total, 1263 (85,9%) personnes utilisatrices ont été orienté vers le questionnaire sur l'anxiété, 1155 (78,5%) vers le questionnaire sur la dépression, 552 (65,2%) vers le questionnaire sur la phobie sociale, 669 (45,5%) vers le questionnaire sur le trouble de stress post-traumatique, 562 (38,2%) vers le questionnaire sur la dépendance aux écrans, 417 (28,3%) vers le questionnaire sur la bipolarité, 286 (19,4%) vers le questionnaire sur la dépendance aux drogues, 261 (17,7%) vers le questionnaire sur la dépendance à l'alcool et 33 (2,2%) vers le questionnaire sur la dépendance aux jeux de hasard.

Tableau 51. Réponses de 1471 personnes utilisatrices, qui ont complété l'autoévaluation, aux questions d'orientation

Trouble	Questions d'orientation : Au cours des 12 derniers mois...	Oui / n=1471
Dépression	Avez-vous eu une période de deux semaines ou plus, durant laquelle soit vous vous sentiez très triste ou déprimé, soit vous n'aviez plus d'intérêt pour ce qui vous plait habituellement ?	1155 (78,5%)
Bipolarité	Avez-vous eu une période durant laquelle vous vous sentiez soit tellement bien, excité que cela vous a causé des problèmes, soit tellement irritable que vous vous êtes engagé dans des conflits sérieux ?	417 (28,3%)
Phobie sociale (n=847)	Avez-vous redouté ou évité certaines situations sociales, par peur d'être jugé ou humilié ?	552 (65,2%)
Anxiété généralisée	Vous êtes-vous senti particulièrement inquiet, anxieux ou préoccupé, la plupart du temps, à propos de plusieurs domaines de votre vie ?	1263 (85,9%)
Dépendance : Alcool	Avez-vous été préoccupé ou avez-vous eu des problèmes en lien avec votre utilisation d'alcool ?	261 (17,7%)
Dépendance : Drogues	Avez-vous été préoccupé ou avez-vous eu des problèmes en lien avec votre utilisation de substances ? (Médicaments, drogues)	286 (19,4%)
Dépendance : Jeux de hasard	Avez-vous été préoccupé ou avez-vous eu des problèmes en lien avec votre utilisation de jeux ? (Loterie, pari, casino, etc.)	33 (2,2%)
Dépendance : Écrans	Avez-vous été préoccupé ou avez-vous eu des problèmes en lien avec votre utilisation d'écrans ?	562 (38,2%)
Syndrome de stress post-traumatique	Au cours de votre vie... Avez-vous été exposé a un évènement potentiellement traumatisant dans lequel une personne est décédée ou dans lequel vous ou une autre personne a été sérieusement blessée ou en danger ? Ex. : accident grave, agression, violence sexuelle, catastrophe, découvrir un cadavre, etc.	669 (45,5%)

Les résultats aux questionnaires de repérage de troubles psychologiques

Le tableau 52 indique les résultats de 1471 personnes utilisatrices aux questionnaires de repérage. Au total, 915 (62,2%) personnes utilisatrices ont obtenu un score au *Questionnaire sur la Santé du Patient* (QSP) suggérant la présence d'une dépression, 908 (61,7%) ont obtenu un score au *Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ) suggérant la présence d'un trouble d'anxiété généralisée, 451 (53,2%) ont obtenu un score à l'*Inventaire de la phobie sociale* (SPIN) suggérant la présence d'un trouble de phobie sociale, 414 (28,1%) ont obtenu un score au *Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5* (PLC-5) suggérant la présence d'un trouble de stress post-traumatique, 320 (21,7%) ont obtenu un score au *DEBA-Internet* suggérant la présence d'une dépendance aux écrans, 246 (16,7%) ont obtenu un score au *DEBAD* suggérant la présence d'une dépendance aux drogues, 149 (10,1%) ont obtenu un score au *DEBBAA* suggérant la présence d'une dépendance à l'alcool, 89 (6%) ont obtenu un score au *Mood Disorder Questionnaire* (MDQ) et 30 (2%) ont obtenu un score au *DEBA-Jeu* suggérant la présence d'une dépendance aux jeux de hasard.

Tableau 52. Réponses de 1471 personnes utilisatrices, qui ont complété l'autoévaluation, aux questionnaires de repérage

Questionnaires	n / 1471
Dépression (QSP)	915 (62,2%)
Bipolarité (MDQ)	89 (6%)
Type 1	53 (3,6%)
Type 2	36 (2,4%)
Phobie sociale (SPIN) (n=847)	451 (53,2%)
Anxiété généralisée (PSWQ)	908 (61,7%)
Dépendance : alcool (DEBBAA)	149 (10,1%)
Dépendance : drogues (DEBAD)	246 (16,7%)
Dépendance : jeu de hasard (DEBA-Jeu)	30 (2%)
Dépendance : Écrans (DEBA-Internet)	320 (21,7%)
Stress post-traumatique (PCL-5)	414 (28,1%)

3.2.4 Les perceptions des personnes utilisatrices de suicide.ca

Les résultats présentés ci-bas sont issus des entrevues individuelles semi-dirigées réalisées auprès de 33 personnes utilisatrice de suicide.ca. Il est à noter que cette section du rapport met de l'avant davantage de verbatims des personnes utilisatrices étant donné la grande richesse des propos exprimés.

En somme, sur les 33 entrevues analysées :

- 23 personnes ont déclaré « pensé au suicide » (catégorie 1 « Je pense au suicide »);
- 4 personnes ont déclaré « être endeuillées par suicide et dans le même temps inquiètes pour un proche (catégorie 2 « Je suis inquiète ou inquiet pour un proche » et 3 « Je suis endeuillée ou endeuillé par suicide »);
- 6 personnes ont déclaré travailler dans le domaine (catégorie 4 « Je travaille dans le domaine »), dont 3 qui considèrent faire également partie de la catégorie 1 « Je pense au suicide ».

De plus, 25 personnes se déclarent femmes et 8 personnes se déclarent hommes. Alors que certaines personnes répondantes ont précisé leur âge, d'autres ont préféré donner une tranche d'âges (ex. : entre 35 et 45 ans). À partir des données recueillies, la moyenne d'âge est estimée à environ 33 ans; la plus jeune personne ayant « la vingtaine » et la plus âgée ayant 63 ans.

Il est à noter que l'échantillon est composé d'une majorité de femmes et que la catégorie 1 (« Je pense au suicide ») est surreprésentée. Par conséquent, il n'est pas possible de faire une analyse en comparant les genres ou les catégories de personnes utilisatrices.

3.2.4.1 Dimension technologique

De façon synthétisée, la dimension technologique est « validée ». La « fonction » de suicide.ca est bien comprise et son design est apprécié. Les personnes utilisatrices perçoivent en quoi cette offre de services complète les services existants. Ils ont pu trouver les services ou pages qui les intéressent de manière assez aisée.

Les motivations pour consulter suicide.ca sont multiples et souvent liées à des difficultés vécues par la personne (ex. : troubles de santé mentale, maladies chroniques, accidents, etc.). À cet effet, la

consultation de suicide.ca est à considérer comme la conséquence d'une trajectoire de vie, où la question du suicide apparaît. Elle n'est pas centrale dans le cheminement, mais elle est présente à des divers degrés au moment de consulter suicide.ca.

Deux manières de naviguer sur suicide.ca se dégagent :

- Les personnes qui se rendent directement vers le SIN (« J'aimerais parler à quelqu'un maintenant »);
- Les personnes qui naviguent sur suicide.ca (en cliquant sur l'une des trois catégories qui les intéressent).

Pour améliorer la navigation, quelques éléments ont été soulignés (ex. : caractères trop petits pour les questionnaires d'autoévaluation, etc.). Ceux qui posent davantage problème sont : le positionnement et le rôle de la partie « outils » et sa possible confusion avec les questionnaires d'autoévaluation; le bottin de ressources au sein duquel il semble difficile de se retrouver; les interrogations soulevées par certaines personnes à savoir si suicide.ca peut être facilement utilisé par une personne en crise suicidaire.

Un dernier élément pose question : celui du positionnement de suicide.ca et du rôle des personnes intervenantes. En effet, plusieurs personnes utilisatrices identifient le SIN par clavardage comme un espace de parole, d'écoute sur des sujets qui dépassent largement la question du suicide. C'est un lieu pour parler de soi. Ce positionnement est-il celui des personnes intervenantes (ce qui leur est demandé), à savoir « écouter les personnes » ? Le décalage éventuel entre les attentes respectives pourrait être une source de malentendu, voire de fatigue pour les personnes intervenantes.

Les prochaines sous-sections explicitent ces résultats.

Critère 1.0 Explicitation du contexte et des conditions qui ont mené à l'usage de suicide.ca

Toutes les personnes répondantes utilisent le Web tous les jours, pour leur travail ou pour les réseaux sociaux. Elles savent comment rechercher de l'information et comment naviguer sur un site Web.

Les personnes utilisatrices ont connu suicide.ca par différents canaux de promotion. Il est donc bien référencé sur le Web et bien relayé (ex. : annonce sur Facebook ou LinkedIn, publicité télévisuelle dans la salle d'attente des urgences, recommandation d'une personne intervenante, référence par d'autres organismes comme SAM, campagne sur la santé mentale, etc.).

Bien oui, en fait il y a deux semaines à peu près, j'avais des problèmes d'estomac et je me suis rendue à l'urgence et finalement il a fallu que j'attende quand même huit heures avant de passer et il y avait comme des[...] il y avait une tv qui défilait avec plein d'informations et il y avait la plateforme qui était inscrite et j'ai fait [...] ouin ! Tant qu'à avoir du temps, je vais aller voir (Ent.16)

Pour la majorité des personnes répondantes, le point déclencheur de la consultation de suicide.ca n'est pas le sujet du suicide.

Plusieurs sources de motivations ont été nommées par 29 personnes répondantes. Tout d'abord, on retrouve le besoin d'informations en lien avec la santé mentale (ex. : trouble de personnalité limite, trouble neuro-fonctionnel, bipolarité, dépression, anxiété, etc.).

Et c'est justement comme ça que j'ai découvert le site Internet suicide.ca; définitivement je vais chercher mon information. Aussi que ce soit pour des problèmes mentaux [...] (Ent.27)

Cette recherche d'information sur le Web peut aussi servir à pallier un manque d'accès ou au coût associé aux ressources de santé et services sociaux (ex. : médecins, psychologues, etc.).

Une autre source de motivation nommée est la recherche d'informations, de ressources ou de soutien pour les personnes vulnérables au suicide, les personnes inquiètes pour un proche ou les personnes endeuillées par suicide.

En fait dans mon entourage, moi j'ai beaucoup de personnes qui ont vécu des dépressions. [...] Alors je me sens un peu pilier de beaucoup de monde alentour de moi, qui malheureusement, soit ont côtoyé le suicide ou soit ont eu des idées noires. Donc c'est pour ça que je suis allée sur la plateforme. Mais je suis allée juste écrire sur Google : suicide, aide et j'ai eu le site. Alors ça je sais que c'est quand même assez facile de le trouver le site. Donc c'est vraiment [...] le référencement naturel est vraiment bien fait, on le trouve facilement. (Ent.14)

On nomme aussi la recherche sur le sujet du suicide (le mot suicide est tapé dans le moteur de recherche) par des personnes vulnérables au suicide, soit pour obtenir de l'information sur le suicide ou parce que la personne se considère « en crise » — dans ce cas, elle se rend directement au clavardage.

Bien c'est ça, en fin de semaine je ne me sentais pas bien et j'avais des idées suicidaires et je me suis dit que je voulais que ça s'arrête, donc c'est ça [...] parler à quelqu'un ça aide parce que je voulais juste que ça s'arrête pour pas tomber dans ce cercle vicieux-là qui ne finit plus et qui m'a déjà amené à l'hôpital et tout le tralala. (Ent.17)

Bien j'en ai fait plusieurs. C'est sûr que j'en ai fait des pas bonnes, des recherches qui ne sont pas très adéquates [...] comment procéder à un suicide rapide et sans souffrir, des recherches comme ça. Mais quand même aussi pour avoir de l'aide là. (Ent.23)

On remarque ici une ambivalence qui concerne à la fois la recherche d'un plan pour se suicider et la recherche d'aide. Cette ambivalence sera abordée dans les sections suivantes.

La dernière motivation nommée est le besoin de comprendre si suicide.ca peut être « un relai » pour la clientèle qu'elle côtoie pour les personnes qui travaillent dans le domaine.

J'ai vraiment aimé votre plateforme, parce que je trouve que c'est vraiment le genre de chose que je vais référer à soit mes clients qui sont suicidaires ou qui ont des proches suicidaires. (Ent.21)

Critère 1.1 La plateforme suicide.ca semble simple et compréhensible à utiliser pour la personne utilisatrice : elle comprend de quoi il s'agit

Globalement, le « pourquoi » de suicide.ca semble bien compris par les personnes répondantes. Le titre de suicide.ca aide à identifier sa fonction. La grande majorité des personnes répondantes identifie bien la structure générale de suicide.ca (avec ces trois segments « Je pense au suicide »; « Je m'inquiète pour un proche »; « Je suis endeuillée par suicide »). Ces trois segments se distinguent de la partie « intervention » qui vient avec la possibilité de mise en relation par téléphone, clavardage et SMS (ce qui renvoie à des pratiques et usages différents de suicide.ca, au niveau II).

Les termes qui reviennent pour parler de suicide.ca sont : « facile d'aller sur les pages de trouver l'information », « précis et efficace », « complet », « simple », « clair », « vulgarisé » (le langage est adapté, termes simples à comprendre) et « accessible ». Le design de suicide.ca (couleurs, icônes) est lui aussi apprécié.

Oui, surtout au début quand on rentre, c'est comme clair, est-ce que tu as besoin d'aide ou tu veux [...] c'est comme rapide, si ça va pas, tu peux vite aller trouver l'aide. Et après ça, c'est vraiment user friendly je trouvais et le graphisme est comme user friendly je trouve. C'est joli, c'est attrayant, c'est comme agréable à l'œil. Je dirais que c'est une plateforme pour premièrement venir en aide

aux personnes qui ont des idées suicidaires et après ça, outiller les gens qui ont des proches qui ont des idées suicidaires, parce que c'est comme écrit clairement quoi faire avec la personne, qu'est-ce qu'on fait si elle réagit comme ça. C'est comme... c'est tellement dur d'avoir des services dans le réseau de la santé, que je trouve qu'au moins d'avoir accès à ça, c'est comme rassurant. Ça doit être rassurant. (Ent.21)

Les personnes répondantes soulignent toutefois des points d'améliorations.

Certaines personnes soulèvent que les sections de suicide.ca qui présentent des informations ne sont peut-être pas adaptées aux personnes en crise suicidaire.

[...] je dirais il ne faudrait pas être en crise. Je dirais qu'il faut être en recherche, quand tu es en crise, je pense que c'est trop compliqué, il faudrait quasiment qu'il y ait quelque chose qui soit plus simple là. (Ent.15)

D'autres personnes soulèvent que les questionnaires présentent certains enjeux. Les caractères des questionnaires d'autoévaluation apparaissent trop petits et difficiles à lire. D'autres personnes soulignent que les questions du questionnaire d'autoévaluation sont difficiles à remplir tant sur le contenu que dans la manière dont ils sont conçus.

Je comprenais les questions, mais si mettons ça demandait[...] comme dans le dernier mois [...], mais c'est parce que dans le dernier mois, moi personnellement mes émotions elles changent comme à chaque heure quasiment [...] s'il faut que je me fie dans le dernier mois, c'est parce que ma réponse elle peut être très variée, mais je n'ai pas l'option de comme... des fois ça a été jamais, des fois ça a été toujours dans les choix. (Ent.25)

D'autres personnes répondantes soulignent la richesse des contenus de suicide.ca tout en soulevant qu'il peut être complexe de s'y retrouver.

Et je ne sais pas si ça fait du sens, mais par exemple quand on voyait dans les stratégies, je ne me souviens plus comment j'ai fait pour me rendre là. C'est sûr c'est très complet, ça c'est bien dans un sens par exemple que ce soit complet. Oui et c'était difficile de retrouver après, mettons qu'on essaye de retrouver, c'est long essayer d'arriver où est-ce que je l'ai vu. (Ent.1)

Une autre personne mentionne qu'il y a beaucoup d'informations écrites et que d'autres stratégies pourraient être utilisées (ex. : capsules vidéo).

Certaines personnes répondantes mentionnent que la partie « outils » est importante, mais qu'elle n'est pas facile à repérer.

Parce que les outils je ne les avais pas et ça a pris du temps avant que je les trouve. Je pense au suicide, je m'inquiète pour un proche, je suis endeuillé(e) par le suicide, communiquer avec un intervenant et les outils tu les vois pas ! Même sur 17po, tu ne les vois pas. Ils sont complètement dans le bas où il y a les affaires de conditions et confidentialité, formuler une plainte, l'accessibilité. (Ent.3)

Une des personnes répondantes fait remarquer que le mot « outils » apparaît à plusieurs endroits sur suicide.ca (ex. : *Mes outils*, « S'outiller pour prendre soin de soi », « S'outiller pour gérer la situation »), ce qui rend son identification difficile.

D'autres personnes mentionnent que le bottin de ressources est exhaustif, mais il semble difficile de s'y retrouver.

Bien ça serait pas un ajout, mais la section des ressources, le fait qu'il y ait 47 pages, je pense que j'essayerais d'organiser un peu, comme par ressources pour hommes ou ressources pour santé mentale ou ressources pour... (Ent.21)

Certaines personnes font remarquer un enjeu dans la création de comptes utilisateur où le code de validation apparaît pour dans les « spams » ou pourriels, ce qui pose un problème.

Le code, il ne rentre jamais, alors je ne peux pas ouvrir un compte, je ne peux pas valider quelque chose que je n'ai pas [...] Là ce matin ça marchait pas. (Ent.3)

En lien spécifiquement avec le clavardage, les personnes répondantes mentionnent qu'elles sont satisfaites de la manière dont suicide.ca est conçu (« J'aimerais parler à quelqu'un maintenant » est identifiable très facilement).

Ce que j'ai trouvé cool c'est que tout de suite quand tu t'en vas sur le site, tu n'as pas besoin de chercher nécessairement pour aller chercher l'aide et tout, tout de suite il y a comme un pop-up qui t'apparaît pour te dire... te demander si tu as besoin d'aide immédiatement. Alors ça j'ai trouvé ça cool. ça sert à désamorcer les idées suicidaires par le contact avec les personnes (Ent.16)

Cette partie semble plus prisée pour les personnes « en crise » ou des personnes en recherche de ressources.

C'était facile pour quelqu'un qui pouvait être plus en crise. J'ai trouvé que c'était quand même facile, il y avait quand même... ce n'est pas des grosses choses d'écrites, alors la personne qui est en crise, elle sait tout de suite où aller. (Ent.11)

Le fait qu'il y ait plusieurs possibilités (appeler, clavarder, SMS) est aussi grandement apprécié, car cela permet de la flexibilité pour l'utilisateur, en fonction de sa situation.

Critère 1.2 La personne utilisatrice peut raccrocher les techniques mobilisées par suicide.ca à des techniques existantes : elle fait le lien avec ses usages habituels du Web et/ou autres plateformes utilisées concernant le suicide

L'analyse des réponses des personnes répondantes permet de constater que la plateforme suicide.ca s'inscrit dans le continuum des services déjà existants.

J'appellerais sûrement le 811 comme il est recommandé à beaucoup de places sur la plateforme. Mais si je suis inquiète... bien je connais le 1-866-Appelle et il y a beaucoup... c'est beaucoup médiatisé, il y a beaucoup d'infos là-dessus, alors j'irais vers ça si ça, ça n'existe pas, j'irais vers le 811, le 911. (Ent.21)

Certaines personnes font écho de partage avec des groupes de pairs, qu'ils peuvent retrouver sur des plateformes ou réseaux sociaux tels : Discord, Twitch, Facebook.

Je ne sais pas moi, c'est le soir ou en pleine nuit ou je suis trop paniquée, dans mon cas comme autiste, je n'ai pas envie nécessairement de parler et le clavardage vous est pas disponible, bien c'est là que j'irais, sur Discord. (Ent.22)

Critère 1.3 La personne utilisatrice peut trouver facilement et choisir les fonctions qui l'intéressent dans suicide.ca : il est clair qu'elle peut utiliser facilement et uniquement celle(s) qui l'intéresse(nt)

La très grande majorité des personnes répondantes ont pu trouver facilement sur suicide.ca les fonctionnalités qui les intéressent. Elles déclarent avoir compris les différents points d'entrée sur la plateforme. Plusieurs personnes nomment que suicide.ca facilite la recherche d'information.

Mais j'aime beaucoup comment sont créées ensuite les catégories, c'est-à-dire apprendre un décès par suicide, s'outiller, s'informer, etc., ces catégories-là sont très bien créées et on voit que c'est vraiment créé par quelqu'un qui s'y connaît dans le domaine. Parce que pour être un endeuillé du suicide, c'est vraiment ces catégories-là qu'on cherche. C'est-à-dire s'outiller pour gérer la situation; quand moi j'ai cliqué dessus et je suis allée voir, j'ai vu qu'on informait [...] Il y a des outils comme ça qui sont donnés, que j'ai fait comme... wow ! (Ent.8)

Après usage, certaines ont finalement rempli les questionnaires ou utilisé les outils. Elles constatent alors que suicide.ca permet également de « mieux se comprendre ».

En faisant le questionnaire, j'ai comme eu un constat qu'on m'a conseillé de consulter, ça peut confirmer mon intuition qu'il me fallait consulter. (Ent.18)

Alors j'ai rempli tous les questionnaires : anxiété, dépression, post-traumatique, trouble alimentaire et tout. Et ce qui en ressortait après, j'étais comme tout d'accord, alors je trouve que c'était... je les trouve bien faits, les questions se répondent très facilement aussi. (Ent.16)

Il est à noter que la pluralité d'options offertes est un plus et permet aux personnes de trouver la modalité qui convient pour entrer en contact avec les intervenants.

Bien en fait la première chose que je cherchais c'était vraiment comme le clavardage, donc je voyais à ce moment-là qu'il y avait moyen de contacter quelqu'un, alors c'est pas mal ça. (Ent.9)

Si la personne n'a pas le goût de jaser, elle a plein d'autres manières et tout est à la même place, facile d'accès. (Ent.11)

Et dans ces moments-là, j'ai comme pas envie de parler, on dirait que j'ai plus le goût d'écrire et là j'ai vu qu'il y avait un tchat et je ne le savais pas que ça existait en fait. (Ent.33)

Critère 1.4 L'usage de suicide.ca est envisageable pour la personne utilisatrice dans un usage courant, quotidien ou ordinaire

Selon plusieurs personnes répondantes, suicide.ca est envisageable pour les personnes qui ne sont pas « en crise » pour revenir sur les stratégies ou comme référence pour aider d'autres personnes.

Et moi quand j'ai vu le site, j'ai même l'intention de l'utiliser et de l'utiliser avec les clients pour faire cheminer la personne et travailler la problématique aussi. (Ent.28)

C'est quand même bien écrit, simplement, donc je pense que ça pourrait être utilisé au quotidien avec des gens mettons... comme référence à donner. (Ent.19)

Toutefois, certaines personnes répondantes mentionnent que suicide.ca n'apparaît cependant pas comme une solution pour les personnes en crise suicidaire.

Je ne pense pas que la personne, si elle a la corde au cou, je ne penserais pas qu'elle prenne le temps d'enlever sa corde et d'aller sur le site Internet. Mais quelqu'un qui a une passe plus dure comme ma petite madame, bien ça serait une option qui serait possible. (Ent.11)

L'analyse de ce niveau 1 concernant suicide.ca a fait ressortir un élément complémentaire qui est « hors critère ». Il concerne le positionnement de suicide.ca. Les propos de certaines personnes répondantes invitent à se questionner sur le positionnement de suicide.ca : un lieu pour discuter et être écouté et/ou un service de gestion de crise suicidaire?.

J'avais plus l'impression d'utiliser un service qui était pas nécessairement le bon service pour moi, parce que oui j'ai eu des idées suicidaires, mais j'étais pas rendue-là, j'avais plus besoin d'évacuer, de parler et de parler de mon anxiété de la journée et de dire pourquoi je me suis rendue jusqu'à avoir des idées suicidaires. C'est ça, j'ai l'impression un peu de... l'intru... pas à la bonne place, je ne le sais pas, peut-être que oui, peut-être que non. Mais pour moi, j'avais l'impression que c'était pas assez grave ce que j'avais pour l'utiliser.... Bien c'est ça, je me suis concentrée plus sur les petits tests, ça me disait... oui j'avais des idées suicidaires, mais c'était léger, c'était plus le trouble de santé mentale qui ressortait. Ça je savais un peu, mais ça m'a comme confirmé que j'allais peut-être juste pas bien. (Ent.17)

Si tu as vraiment besoin de jaser, à part votre plateforme, je n'en connais pas d'autres. Bien moi pour ma part, c'est comme bonifier l'aide qu'on a besoin. (Ent.23)

3.2.4.2 Dimension des pratiques

De façon synthétisée, la majorité des personnes répondantes s'orientent sur suicide.ca à partir du découpage initial proposé. Elles naviguent à partir des catégories dans lesquelles elles se reconnaissent bien. Généralement, elles s'en tiennent à une catégorie qu'elles explorent. Deux groupes de personnes se distinguent : celles qui choisissent de naviguer sur suicide.ca ou celles qui considèrent avoir besoin de « parler » et se rendent sur le clavardage.

La navigation sur suicide.ca mène à la partie « outils » et aux questionnaires d'autoévaluation. Souvent perçues positivement, elles suscitent un intérêt réel malgré les difficultés techniques vues au niveau I. Il s'agit donc d'un point d'amélioration à considérer pour en faciliter l'usage. Il est à noter que l'utilisation de la partie « outils » et des questionnaires d'autoévaluation ne mènent pas nécessairement à une création de comptes; 8 personnes répondantes sur 33 ont créé un compte. Ceci ne semble pas attractif pour celles-ci. Les raisons invoquées sont diverses (notamment la difficulté de créer un compte et l'idée que la consultation de suicide.ca n'est pas censée s'inscrire dans la pérennité). D'autres raisons, tenant à l'identité au niveau III, peuvent aussi expliquer ce désintérêt.

En termes de pratiques, les avantages de suicide.ca sont : écoute, aide « en tout temps » ou filet de sécurité et évaluation de son état (quand la personne n'est pas « en crise » et qu'elle navigue sur suicide.ca). Par rapport à ce qui existe déjà, le clavardage est particulièrement apprécié en raison de son caractère flexible (ex. : parler sans se montrer, se déconnecter facilement, etc.). Le bottin de ressources semble ne pas permettre de répondre aux besoins puisque les informations liées aux ressources ne sont pas classées. Certaines personnes se tournent alors vers le clavardage pour dialoguer avec une personne intervenante pour être dirigées vers une ressource.

L'écoute a été particulièrement valorisée par les personnes répondantes. En analysant les fiches personnelles, il a été possible de constater que la très grande majorité des personnes répondantes, bien que suivies par une ressource du système de santé, ressentent – et vivent – une carence dans cette dimension de la prise en charge. Ils expliquent que les professionnels de santé règlent principalement les questions de médication et n'ont pas forcément le temps pour de l'écoute. La plateforme suicide.ca semble ainsi venir « combler un vide » et couvrir une dimension qui semble cruciale pour les personnes

utilisatrices. Les questions qui se posent alors ici sont les suivantes : jusqu'à quel point suicide.ca doit-elle « combler ce vide » (est-ce un rôle pérenne ?); quels liens et quels arrimages sont possibles avec le système de santé (notamment dans le suivi avec les professionnels de la santé ?).

Les prochaines sous-sections explicitent ces résultats.

Critère 2.0 Explicite de ce que l'utilisateur regarde/ne regarde pas

Plusieurs personnes répondantes mentionnent avoir consulté la section « Je pense au suicide ». Un certain nombre de personnes mentionnent avoir consulté la section « Je m'inquiète pour un proche » ou le clavardage ou les questionnaires d'autoévaluation. Un petit nombre de personnes mentionnent avoir consulté la section « Je suis endeuillé(e) par suicide ».

À part pour deux personnes, l'analyse montre que les personnes répondantes regardent exclusivement certaines parties de suicide.ca ou alors elles se dirigent vers le clavardage.

Bien je n'ai pas pensé en fait d'explorer le site, quand j'ai eu le numéro, j'avais besoin de parler, alors j'ai comme pris l'option texto et c'est pas mal ça. Je savais même pas qu'on pouvait appeler non plus là, alors... (Ent. 10)

La grande majorité des personnes répondantes vont se reconnaître dans une catégorie et se concentrer sur une ou des pages en lien avec cette catégorie.

En fait quand on voit sur le site, il y a trois onglets : je pense au suicide, je m'inquiète pour un proche et je suis endeuillé(e). Le seul que je n'ai pas vraiment consulté c'est : je pense au suicide. Je l'ai regardé juste un peu avant quand même pour voir après ça, mais c'est vraiment plus : je m'inquiète pour un proche ou je suis endeuillé(e), pour essayer d'aider justement ma belle-sœur là-dedans. (Ent.14)

Les autres sections peuvent être « confrontantes » pour certaines personnes.

Est-ce que tu as regardé en parler à ses proches ? C'était confrontant pour moi là, je n'ai pas envie d'inquiéter les gens autour de moi. (Ent.31)

Critère 2.1 L'usage de suicide.ca suscite a priori de l'intérêt chez la personne utilisatrice

En termes de pratique, la partie « outils » et les questionnaires d'autoévaluation suscitent l'intérêt de plusieurs personnes répondantes. Ce sont des outils qui permettent un retour réflexif sur soi et une compréhension de la situation « objectivée » (à l'intention des personnes qui ne sont pas « en crise » au moment de la consultation de suicide.ca).

J'ai été impressionné par la quantité de questionnaires que vous aviez. Donc chaque réponse pouvait amener à compléter un autre questionnaire et à approfondir. Donc ça vraiment, pour le portrait intégré des problématiques c'est vraiment génial. Et moi, on dirait que j'avais comme besoin de remplir ces questionnaires-là pour me dire... bien est-ce que c'est vraiment ça que je vis, à quelle intensité je le vis. Et souvent moi j'ai tendance aussi à minimiser ma souffrance, à la trouver moins importante, alors de faire le questionnaire et de voir que finalement j'ai une anxiété assez haute, bien ça m'a permis peut-être de comme revoir un petit peu ma perception de ma situation et de revoir peut-être le niveau d'aide que je pouvais avoir besoin. (Ent.31)

Comme il y a des outils, je vais lire et oui, ça m'aide beaucoup, beaucoup. Oui. Euh... beaucoup comme... oui, les techniques et faire le point sur ma santé mentale, des fois... oui, ça, j'ai aimé ça. Et essayer de comprendre, ça c'est une affaire que j'ai de la difficulté, je ne comprends pas

pourquoi je me sens des fois de même, alors... oui, ces deux parties-là c'est celles que je trouve qui ont été plus utiles avec moi. Euh... oui, toute la partie... moi c'est beaucoup les outils, comme les phrases encourageantes, ça je l'utilise. (Ent.2)

Bien ça m'a aidé dans le sens... à confirmer que je n'imagine pas ma condition en ce moment. Et ça m'a donné une évaluation juste, assez honnête de comment je me sens moi en ce moment, qui me demande quand même de consulter un professionnel. Parce que oui, j'ai besoin de rencontrer quelqu'un, ça va pas dans ma tête-là. (Ent.13)

Pour les personnes « en crise », ces outils peuvent être moins adaptés.

Je trouve que c'est bien expliqué, je ne trouve pas que les mots sont trop compliqués ou que ce n'est pas... c'est accessible à tout le monde, mais comme je te dis, quelqu'un qui... mettons quelqu'un de ma clientèle qui va plus être en crise, il y a des outils très pertinents que malheureusement il n'utilisera pas, ça prend plus de lecture ou de temps pour faire un travail sur soi. Mais je pense que si on accompagne quelqu'un là-dedans, moi c'est un genre d'outil que j'utiliserais dans mes rencontres, je me fieraient là-dessus pour cheminer avec les clients. Mettons si c'est de la dépression, j'irais sur dépression et tous les facteurs de risque ils sont tous expliqués, ils sont tous là, alors je les utiliserais tant qu'à les dire et... Je veux dire... moi je l'utilise, je te le montre, peut-être que ça inviterait aussi à l'utiliser lui-même. (Ent.28)

Le clavardage qui suscite un intérêt particulier. En effet, celui-ci offre plusieurs avantages en termes de pratiques : pas besoin de parler, possibilité de s'effacer de la conversation quand désiré, etc.

Parmi les 31 personnes répondantes ayant répondu à ces questions, 8 personnes ont téléchargé l'application *Mes outils* et 8 personnes ont créé un compte utilisateur. Certaines personnes répondantes mentionnent qu'il peut être difficile pour certaines personnes de se créer un compte utilisateurs et que la création de comptes peut être un frein à l'utilisation :

Mon besoin était comme urgent, alors je ne voulais pas comme créer de compte ou installer quoi que ce soit. (Ent.33)

Celles qui ont créé un compte l'utilisent notamment pour le journal de bord. Elles souhaiteraient éventuellement plus de confidentialité dans l'usage, ce qui peut expliquer aussi pourquoi peu de comptes sont créés.

L'application elle est bien, moi je pense que je rajouterais peut-être au niveau des journaux de bord, un mot de passe pour bloquer... peu importe qui prend le téléphone, ça c'est ma vie et mes amis n'ont pas besoin de savoir ça par exemple. Moi je rajouterais ça par souci de confidentialité, mais il reste que le reste est très, très bien là. (Ent.26)

Critère 2.2 Les pratiques nouvelles apportées par suicide.ca complètent sans les concurrencer - voire modifient - les pratiques existantes de la personne utilisatrice

Il existe un continuum entre les pratiques existantes de la personne utilisatrice et l'usage de suicide.ca.

Pour les personnes répondantes qui ont navigué et ont regardé les contenus, suicide.ca s'inscrit dans un continuum avec des pratiques numériques déjà présentes (ex. : des outils pour méditer, des stratégies pour apprendre à se calmer et des techniques pour respirer, etc.). Il y a également un continuum avec les outils fournis par des organismes ou du personnel dans le domaine de la santé (ex. : CLSC, etc.).

Plusieurs personnes mentionnent que le clavardage apparaît comme un « plus » qui complète ce continuum. Plusieurs nomment également l'idée de « relai », de « main tendue », de « confident ».

L'important c'était de prendre... de faire la tentative de rentrer en contact avec quelqu'un, parce que pour ce qui est des outils, c'est sûr avec les suivis avec le travailleur social, on a confirmé et on a reconfirmé que j'avais beaucoup, beaucoup d'outils disponibles pour m'en sortir. (Ent.7)

Mais au final, je me suis vraiment sentie accueillie et la bienvenue; ça m'a vraiment fait du bien, j'ai parlé pendant deux heures de temps avec la personne. Et je me sentais mal, j'ai dit... regarde, là ça fait une heure qu'on se parle, je ne veux pas te prendre trop de temps. Elle a dit... il n'y a pas de temps limite, si tu as besoin, on va prendre le temps. J'ai vraiment apprécié ça que ça soit autant centré sur les besoins de la personne, c'est une excellente expérience. (Ent.31)

[...] mettons quelqu'un qui serait comme à risque comme ça et qui voudrait vraiment s'en sortir, mais qui serait au bout du rouleau, bien d'avoir cette plateforme-là, je pense que ça pourrait avoir vraiment quelque chose de positif. Parce que c'est comme si on lui tend la main. (Ent.9)

La plateforme suicide.ca apparaît comme « un lien » ou un « filet de sauvetage » qui est sécurisant.

Elle peut faire un filet de sauvetage en quelque part, oui ça peut faire un petit filet de sécurité là. (Ent.11)

C'est sûr que moi, savoir qu'il y a une plateforme avec un numéro de téléphone, un tchat, une boîte à outils, bien ça me sécurise un peu. Je sais que bon... OK, là je suis en panique, il n'y a personne qui me répond, je vais aller là-dessus. Bon OK, je fais des petits tests et tout, mais ça marche pas, bien je peux tchatter à quelqu'un. (Ent.30)

Pour la partie « outils », certaines personnes répondantes mentionnent que ce qui est proposé peut parfois amener de nouvelles pratiques.

Tu découvres des trucs en faisant ça. Par exemple c'était les signes avant-coureurs aussi que c'était intéressant que j'avais noté. Ça fait combien de temps que je n'ai pas pris un long bain avec des bulles juste pour relaxer. Ça fait combien de temps que je n'ai pas pensé à moi. Parce que ça on ne le met pas dans son horaire des fois et là je me suis dit... il faut que je me mette du temps dans mon horaire pour moi. (Ent.22)

Critère 2.3 La comparaison avec les pratiques existantes valide les nouvelles pratiques proposées : la personne utilisatrice considère que c'est un plus d'utiliser suicide.ca

Comme déjà évoqué (et posant question sur le positionnement de suicide.ca), les « plus » qui sont mentionnés par plusieurs personnes utilisatrices concernent la dimension d'écoute.

Quand il arrive de quoi et que je pense au suicide, bien je suis contente d'avoir suicide.ca je vous jure, c'est cent fois mieux que d'appeler [anonymisé], qu'au bout de dix minutes ils te flushent. (Ent.3)

Là, je sais qui appeler, à qui parler, alors oui ça a quand même changé. Je suis contente de l'avoir eu. (Ent.15)

Je me suis sentie appuyée et quand je ne savais pas trop comment formuler mes phrases, je sentais qu'il y avait quelqu'un qui était là si je ne savais plus quoi dire. Ça m'a vraiment, vraiment aidé. (Ent.32)

Critère 2.4 Les nouvelles pratiques facilitent la résolution de difficultés ou de problèmes rencontrés dans le quotidien au sujet du suicide

La plateforme suicide.ca apparaît permettre la mise en place de pratiques qui résolvent des difficultés vécues par les personnes répondantes. Plusieurs personnes parlent « d'aide ». Certaines mentionnent que le clavardage permet d'avoir un soutien rapide d'une personne intervenante.

Ma psy, je ne peux pas l'appeler à n'importe quelle heure, là c'est comme le fait de pouvoir trouver quelqu'un à qui parler rapidement, je pense que c'est surtout ça que je trouve intéressant. (Ent.32)

Bien c'est sûr que si ça va pas bien, je trouve que c'est un moyen facile quand même et agréable et pas trop confrontant pour moi qui n'aime pas parler au téléphone. (Ent.17)

Certaines personnes mentionnent que le clavardage permet de briser la solitude et de se sentir soutenu.

J'ai réalisé des choses, à la fin j'étais contente et je faisais des sourires à la fin dans la discussion si on veut. Alors après ça j'ai pu aller me coucher et dormir, donc ça a été vraiment bénéfique. Je n'ai pas fait ça pour rien, si j'étais restée avec toutes ces pensées-là et tout dans le brouillard si on veut.(Ent.12)

Ça m'a aidé parce que je n'aurais pas su autrement quoi faire, je n'aurais pas su qu'il faut que je communique avec mon médecin. J'aurais peut-être été à l'hôpital, j'aurais appelé les services sociaux, je ne le savais pas quoi faire. Là ça m'a quand même donné les outils nécessaires. (Ent.13)

Vraiment un moment donné... bien dans la discussion, il y a vraiment eu une phrase qui m'a marquée, qui m'habite depuis en fait et je pense qui va me suivre. C'était... je ne me souviens pas mot à mot, mais c'était quelque chose genre que notre meilleur jour est différent comme d'un jour à l'autre. Et ça, ça m'a vraiment marqué, parce que j'ai des traits perfectionnistes et comment dire ça... je pense que je suis quand même sévère envers moi-même. Et juste cette phrase-là, ça m'a vraiment fait relativiser en fait que c'est vrai, selon si on a dormi ou pas, selon les émotions, on ne peut pas exiger de nous-mêmes d'avoir des supers bonnes journées. Des fois ça va pas et c'est juste ça et c'est de l'accepter. Alors ça, ça m'a vraiment aidé en fait là. (Ent.33)

Quelques personnes mentionnent que suicide.ca et le clavardage permettent d'éviter d'interpeller les proches ou la famille.

Parce que les gens de ma famille, mes amis, ils ont tous leur vie, ils ont tous leurs problèmes, alors d'avoir quelqu'un de neutre, d'avoir pu communiquer avec eux, je pense que ça m'a beaucoup aidé, ça m'a permis de résoudre un peu ce que je vivais et de mettre les choses en perspective. (Ent.27)

C'est sûr, moi Mes outils quand j'ai cliqué sur le lien et que là j'ai vu qu'il y avait ça, je trouve ça bien parce que c'est surtout que des fois aussi ça enlève une certaine lourdeur à mon entourage. Mettons que mon entourage n'est pas présent, mon copain il m'aide beaucoup, il est très présent pour moi, mais un moment donné, lui aussi il a sa limite et il faut qu'il se respecte aussi là-dedans, il peut être fatigué ou pas se sentir apte à m'aider même s'il m'aime. Mais moi en allant chercher quelqu'un qui tchatte avec moi ou par téléphone, je sais que cette personne-là est en forme et elle va bien me répondre aussi et mon chum lui il peut dormir à 3h00 du matin. Alors c'est sûr que c'est quand je suis en situation que je ne peux pas m'autogérer, bien je vais aller chercher, puiser un peu dans ces ressources-là à la place d'aller exténuer du monde autour de moi. (Ent.30)

D'autres personnes nomment que le clavardage permet une référence vers d'autres ressources.

Ils m'ont donné dans le fond plusieurs ressources, les CLSC pour trouver une travailleuse sociale ou quelqu'un qui pourrait m'aider à voir... bien en fait c'est ça, des spécialistes pour m'aider à passer à travers. (Ent.9)

Ils m'ont donné des petites ressources, des pistes de solutions un peu dans le sens... fiables ou des trucs de ce genre-là, ça serait peut-être mieux de la référer vers telle ressource ou quelque chose comme ça. (Ent.6)

Enfin, d'autres personnes mentionnent que suicide.ca permet l'autoévaluation de sa situation.

Je suis une personne qui a des tendances anxieuses, dépressives et tout ça et là je me sens retombée vraiment plus creux que d'habitude, alors ça m'a aidé à évaluer où j'en étais présentement. Ça m'a aidé à dire... c'est peut — être momentané, bien périodique, je ne sais pas. (Ent.34)

J'ai appris que ça allait pas, ça a confirmé que je vivais un moment plus difficile, ça a confirmé que... c'est ça, j'étais peut-être en train de rechuter et que j'étais peut-être en train de retomber en dépression. (Ent.17)

Critère 2.5 La personne utilisatrice projette une nouvelle organisation personnelle de ses pratiques : elle utilise suicide.ca comme une ressource

La grande majorité des personnes répondantes comptent utiliser suicide.ca comme ressource, voire comme référence par rapport à leurs problèmes et leur gestion. Elles pensent également référer suicide.ca à d'autres personnes de leurs entourages, ce qui est le signe d'une « extension d'usage » positive de suicide.ca.

J'en ai parlé après ça à ma nièce, parce qu'elle aussi elle a des problèmes en santé mentale et je lui ai montré. (Ent.2)

C'est sûr et certain que je le recommanderais à quelqu'un... si mettons il y a aussi l'option clavardage, alors définitivement oui, c'est quelque chose que j'ai intégré dans ma routine. Si mettons il y a un moment que je suis dans une crise et que je n'ai vraiment personne à qui parler, c'est un peu ma référence. (Ent.27)

Le clavardage étant perçu comme un aide centré sur la personne et ses besoins, les questions qui sont posées pour accéder au clavardage ou le fait de devoir « recommencer » à expliquer sa situation aux personnes intervenantes peuvent être vécus comme des freins à l'intégration dans les pratiques.

Bien ça serait d'avoir quelqu'un de disponible comme en tout temps, qu'il puisse avoir une sorte de suivi, pas avoir à recommencer à chaque fois avec une nouvelle personne, de raconter ce qui se passe (Ent.10)

C'est simplement parce que quand j'ai essayé par texto, il y avait beaucoup de questions où il fallait comme répondre... oui/non, avant de pouvoir parler à un intervenant. Et je me suis presque dit... fuck off rendue là et j'ai décidé de me rendre jusqu'au bout, mais peut-être que le fait de devoir répondre à plein de questions... oui/non, oui/non, oui/non, ça donne le temps à la personne de comme quitter la conversation. Je pense que j'aurais fait ça plus rapide mettons Quelques questions pour que la personne puisse déjà parler avant qu'elle aille le temps de se dire... bien finalement, je le ferai pas. Il y a comme une petite brèche qui fait que... bien là on veut parler, mais elle peut se refermer vite, alors il faudrait pas perdre cette petite brèche-là d'ouverture avec comme les questions... (Ent.31)

L'analyse des réponses des personnes répondantes met également en lumière que suicide.ca, en favorisant l'écoute et la « main tendue » ou encore de « filet de sécurité, permet de pallier certaines difficultés actuelles du réseau de la santé. Au total, 22 des personnes répondantes déclarent être suivies par un professionnel du réseau de la santé (ex. : médecin, psychologue, psychiatre, travailleur social).

Toutefois, les commentaires relatifs à ce suivi font globalement état d'un manque de disponibilités des médecins, psychologues ou psychiatres, du manque d'écoute et de présence qui renforce les personnes répondantes dans leur sentiment d'isolement et de détresse.

Il manque de ressources beaucoup, surtout depuis la COVID. J'ai des amis qui sont en liste d'attente depuis septembre dernier et ils n'ont pas eu accès encore. (Ent.1)

Comme le psychiatre, la seule raison que je l'ai, c'est qu'un moment donné j'ai été hospitalisé, alors c'est pour ça qu'il a continué à me voir, mais il ne me voit pas aux trois mois, il me voit comme aux six mois. Et c'est tout le temps compliqué au niveau de la médication, parce qu'il ne veut pas me renouveler plus que trois mois, mais il est toujours occupé. Alors ça, je trouve ça difficile » (Ent.2)

Là c'est sûr que je n'ai plus accès aux services du CLSC, je n'ai plus accès... je n'ai plus vraiment accès au médecin. (Ent.7)

Donc je me suis fié à ça et de là j'ai appelé mon médecin de famille et il ne m'a pas semblé me prendre au sérieux, parce que même il riait presque au téléphone. (Ent.13)

Je suis suivi par une travailleuse sociale, que je paye moi-même de ma poche parce que ce n'est pas couvert par mes assurances. Mais oui, elle aussi... j'ai découvert votre site dans une période que ne pouvais plus me payer ce service-là. J'ai quand même été assez content d'avoir accès à une ressource, même si je n'avais pas les moyens de moi-même payer. (Ent.27)

Ça fait moins qu'un an que je vois une psy, j'ai perdu mes assurances à cause de la COVID, alors là ça me coûtait super cher de la voir, alors j'ai comme espacé mes rencontres, j'ai trouvé ça super injuste. Et c'est la première fois que je réalisais qu'il y a plein de monde qui ne pouvait pas se permettre ça et j'ai trouvé ça fou de m'en rendre compte. Et moi j'ai un médecin de famille, mais bon... ça reste ce que c'est (...) En tout cas, j'ai l'impression que j'ai été laissé à moi-même comme avec des médicaments à tester et je ne « feelais » pas pantoute. Alors là demain je vais voir un psychiatre, mais ça fait comme je pense un an et demi qu'on a fait une demande pour un psychiatre, alors je suis comme... ça arrive vraiment au bon moment, mais j'aurais aimé ça le voir avant, peut-être que tout ça ne serait pas arrivé. Je trouve ça super mêlant. (Ent.32)

L'hôpital veut pas te prendre en charge et le CLSC peut pas non plus. (Ent.3)

Je pense qu'il n'y a pas assez d'appui psychologique de tout ça là. On ne prévient pas rien au Québec malheureusement, on ne fait rien que guérir quand le bobo est là. Et est-ce que vous trouvez que le réseau de santé il est organisé par rapport à ce sujet, pour permettre aux gens de... ? Un coup qu'il y a l'état de crise, oui, je trouve que c'est bien structuré, on s'entend que... mais avant l'état de crise, quand la personne lance des signaux d'alerte, là je ne pense pas que ça soit vraiment bien évalué. (Ent.11)

Alors là qu'est-ce qui reste à la fin, tellement que tu es tannée de chercher un psychologue et de l'aide d'un bord et de l'autre, bien tu finis par essayer de te suicider et là ils disent... bien là,

pourquoi tu l'as pas dit avant ? Bien oui, mais pourquoi ? Je l'ai dit ça fait un an et demi là ! Alors c'est juste ça, qu'un moment donné, votre site est extrêmement utile rendu là. (Ent.3)

Ces nombreux enjeux mettent en lumière la pertinence de suicide.ca dans ce contexte, mais également le fait que suicide.ca ne peut pallier l'ensemble de ces enjeux

3.2.4.3 Dimension individuelle

De façon synthétisée, les résultats de l'analyse des entrevues mettent en lumière le caractère complexe et varié des personnes utilisatrices, qui vivent une ambivalence profonde : dissimuler, voire cacher, leur mal-être versus demander de l'aide. Ainsi, les besoins exprimés (ex. : mieux se comprendre, demander de l'aide, etc.) semblent aller de pair avec les craintes profondes d'être reconnu, tracé, identifié. Certaines personnes évoquent une certaine méfiance, en lien avec des expériences passées, qui conduit à mettre en place des stratégies pour éviter de l'envoi des services d'urgence qui pourrait conduire à une hospitalisation; une « peur » très fréquemment évoquée. La plateforme suicide.ca, dans la manière dont elle est construite et ce qu'elle propose, semble permettre de gérer cette ambivalence (notamment avec le clavardage qui offre anonymat et retrait possible à tout moment dans l'échange). La plateforme suicide.ca apparaît également répondre aux valeurs que souhaitent retrouver les personnes utilisatrices, dont celles de l'écoute, du non-jugement et de la bienveillance.

Étant donné le caractère hétérogène des profils (dans les origines de la consultation de suicide.ca), les pistes de rehaussement proposées par les personnes répondantes concernent globalement une meilleure reconnaissance de « sous-catégories » de population (ex. : populations âgées, adolescentes, autochtones, vivant avec une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme, etc.). Quelques points d'amélioration visent la possibilité de créer des espaces de dialogue entre pairs (ex. : forum) et la personnalisation de certains espaces pour pouvoir prendre des notes (ex. : possibilités de garder une trace, un historique de ses états directement sur suicide.ca).

Les prochaines sous-sections explicitent ces résultats.

Critère 3.1. La plateforme suicide.ca répond à un besoin pour la personne utilisatrice : elle se sent concernée par l'usage de suicide.ca

Selon les personnes répondantes, la plateforme suicide.ca répond à un besoin crucial : garder en vie la personne.

Quand vous allez sur ce type de site, c'est quoi vos besoins, qu'est-ce que vous attendez d'y trouver comme informations ? C'est essayer de trouver quelque chose pour me garder en vie. (Ent.2)

Certaines personnes répondantes nomment que suicide.ca s'adresse à un public particulièrement sensible : des personnes en état de vulnérabilité (que ce soit personnellement ou qu'elles soient inquiètes pour un proche ou endeuillées par suicide). Les « besoins » sont, de ce fait, ambivalents et complexes à définir.

Parce qu'en général, je crois que les gens qui s'enlèvent la vie ce n'est pas parce qu'ils veulent mourir, mais parce qu'ils ne savent juste plus comment vivre, alors j'imagine s'il y a quand même une option qui se présente à eux, ça peut pas être négatif. (Ent.9)

Les personnes répondantes font une distinction entre un état de crise et un état de mal-être, dans leur usage de suicide.ca.

Mais c'est ça, j'ai l'impression que les gens en crise, ils n'aiment pas tant faire des recherches par eux-mêmes. Ils ont besoin de quelqu'un. Mais d'appeler peut-être plus que de... je conseillerais peut-être plus d'appeler. (Ent.1)

Les « besoins » identifiés par les personnes répondantes se regroupent en deux catégories. Certaines personnes mentionnent le besoin de mettre des mots sur ses maux et se comprendre.

J'ai des problèmes par rapport à ma santé mentale, j'en ai depuis que je suis très jeune. Alors j'ai vraiment travaillé et cheminé beaucoup là-dessus, alors il y avait des affaires qu'au final que j'ai réussi à acquérir plus tard dans ma vie, qui étaient sur votre site, mais qu'au final j'aurais aimé ça les avoir probablement avant, plus tôt. (Ent.16)

D'autres personnes mentionnent le besoin d'avoir un filet de sécurité :

Bien le soir ils ne sont pas disponibles et dans le fond, ils sont disponibles... un psychologue c'est comme un rendez-vous par semaine. Ma psychiatre je peux l'appeler dans la journée, elle va me rappeler un moment donné, je ne le sais pas quand. Ce n'est pas un besoin qui peut être comblé immédiatement là. (Ent.10)

Je suis tellement contente que maintenant il y a une plateforme avec un clavardage, des fois ça prend juste un truc ponctuel une grosse crise existentielle et des fois début de dépression, tout ça, le médecin est pas là, un genre de filet social si on veut. (Ent.22)

Critère 3.2. La plateforme suicide.ca repose sur des valeurs qui correspondent à sa manière personnelle de considérer le sujet

La grande majorité des personnes répondantes se reconnaissent dans suicide.ca, qui semble répondre à des valeurs partagées. Plusieurs personnes ont nommé des valeurs, dont l'accessibilité de l'information et le côté apaisant qui se dégage de l'application *Mes outils*. D'autres personnes nomment le respect, le non-jugement, l'empathie et la bienveillance qui se dégagent de l'intervention.

Je me souviens qu'il y avait eu du respect, oui c'était super là, elle a été à l'écoute, elle a été vraiment là pour moi. Je pense que j'aurais pu parler pendant des heures et elle aurait continué... (Ent.17)

J'ai ressenti par les intervenants qui m'écoutaient, cette espèce de respect inconditionnel sans jugement et d'accueil chaleureux. Oui, je trouve que ça correspond vraiment à des valeurs très humaines. (Ent.31)

[...] je me suis sentie respectée dans la façon que vous traitez ça. (Ent.34)

C'est authentique... Oui, vraiment. Je trouve que c'est... oui. Et je trouve que c'est comme très bienveillant comme approche aussi. (Ent.32)

Ils parlent de bienveillance, ils parlent d'être apaisant pour l'autre, je pense que c'est important. (Ent.19)

Mettons je me fie vraiment plus à la discussion que j'ai eu avec l'intervenant, tout ce qui est l'empathie, l'écoute, le fait qu'il valide mes émotions. (Ent.25)

D'autres personnes répondantes soulignent également la reconnaissance des différentes formes de souffrance, dont celles des personnes endeuillées.

C'est de la colère et de la culpabilité qu'on ressent beaucoup. Et c'est ça pour la plupart des gens que je connais qui ont des deuils par suicide, alors c'est vraiment ça. Alors je trouve ça très bien que ce soit expliqué, parce que la plupart des gens ne comprennent pas que ça peut être ça et que ça peut être complexe. Alors donc oui, c'est une très bonne idée de l'avoir expliqué comme ça. (Ent.8)

J'ai trouvé ça bien cette accroche-là aussi, de penser au bien-être de la personne qui aide aussi, qui accompagne. Ça je trouvais que c'était vraiment un beau plus. Alors je trouvais ça bien et ça aidait aussi à se sentir moins coupable. (Ent.14)

Certaines personnes mentionnent la valeur du respect de la confidentialité et de l'anonymat.

Juste le fait de pouvoir clavarder sans nécessairement donner mes informations personnelles. Parce que je me souviens qu'à ce moment-là, je voulais pas donner mes informations personnelles; et si je disais à 100% ce que je disais, qu'on communique avec les autorités pour venir me chercher. Alors vraiment être anonyme ça j'aimais ça. (Ent.20)

Critère 3.3 La plateforme suicide.ca ne soulève pas de craintes / de réticences

Selon l'analyse des réponses des personnes répondantes, la plateforme suicide.ca en tant que telle ne soulève pas de craintes particulières et inspire plutôt de la confiance (elle semble « professionnelle »). Plusieurs personnes répondantes n'évoquent aucune crainte particulière. Néanmoins, pour les autres personnes, deux craintes et « réticences » importantes sont nommées dont la peur d'être « tracé », authentifiée, voire reconnue lors de l'échange avec une personne intervenante ou dans la création de comptes par exemple.

Il y a beaucoup de gens qui s'inquiètent, ils ont peur des services. Il y a beaucoup de monde qui ont comme peur d'appeler j'ai l'impression, qui ont peur de... qui veulent demander de l'aide là. Je sais... des personnes, jamais ils ne vont appeler le 911 parce qu'ils ont déjà eu des mauvais traitements par un policier, donc ce n'est pas... ça fait peur beaucoup. Il y en a d'autres aussi qui ont peur d'être espionnées ou suivi que j'ai vu. (Ent.1)

Je ne me serais pas créé de compte, parce que je n'aurais pas voulu que je sois reconnue ou... surtout travaillant dans le métier, pour moi c'était vraiment... ça me créait beaucoup de problèmes, parce que je me disais... je ne veux pas qu'on me reconnaisse, je ne veux pas qu'on me mette une étiquette, je ne veux pas non plus que ce soit quelqu'un de ma région qui me réponde et qui voit que j'ai besoin d'aide. Alors pour moi c'était vraiment, vraiment problématique le fait de travailler en intervention. (Ent.4)

D'autres personnes répondantes mentionnent la peur de l'envoi des services d'urgence qui pourrait conduire à une hospitalisation.

Je suis plus hésitante, on dirait que j'ai peur en appelant que disons qu'ils font venir quelqu'un pour qu'il vienne me chercher et qu'il m'amène à l'hôpital. J'ai comme cette crainte-là. (Ent.2)

[...] bien non, je ne veux pas que ça réarrive que la police et l'ambulance viennent. (Ent.30)

[...] peur-là un peu que la police débarque, l'ambulancier ou peu importe là. (Ent.17)

C'est ça que j'ai souvent peur quand je parle à des gens, c'est pour ça que je préfère l'option SMS parce que c'est un peu plus... il y a comme un peu plus d'anonymat. Alors définitivement c'est sûr et certain que c'est une des peurs que j'ai eu au début quand je suis arrivé sur la plateforme. J'étais

comme... j'ai peur que si je clique sur quelque chose, peut-être que ça va... je sais que ce n'est pas possible, mais quand on est dans une crise, on peut avoir un peu des idées un peu hors du commun, alors c'est sûr et certain que j'avais peur un peu... si je clique sur quelque chose, ça va envoyer comme un message au 911 ou quoi que ce soit. (Ent.27)

[...] que ce soit avec la plateforme ou appeler, en fait n'importe quoi, n'importe quelle occasion que je vais parler avec un intervenant ou quelqu'un, j'ai tout le temps peur de me faire hospitaliser pour rien. Bien pas que ça serait pour rien là, mais mettons que je n'ai pas des bonnes expériences avec l'hospitalisation, alors j'ai tout le temps... c'est ça qui m'empêche souvent d'appeler en quelque part ou de commencer une conversation. (Ent.25)

Cette peur nommée par certaines personnes pourrait expliquer pourquoi il y a eu peu de téléchargement de l'application.

C'est sûr que je ne voudrais pas repogner quelqu'un qui me connaît là. on m'a amené de force à l'hôpital il y a quatre ans, ça m'a un petit peu marqué, je voudrais pas que ça refasse ça mettons (...) Mais c'est ça, probablement que j'aurais peur si je vais pas bien, d'utiliser l'application, j'aurais peur qu'on me réenlève ma liberté. (Ent.31)

Cette peur pourrait également expliquer l'ambiguïté au regard de la page « Communiquer avec un intervenant : téléphone, texto ou clavardage ». Certaines personnes ont nommé avoir un rapport ambivalent face à cette page, car les appels d'aide peuvent déclencher des hospitalisations, déplacement de policiers... ce que les personnes ne souhaitent pas forcément. Certaines personnes mentionnent à ce sujet le besoin d'être rassurées.

Bien j'étais un peu méfiante [du clavardage], dans le fond c'est la première fois que je l'utilisais et j'avais l'impression que c'était des phrases toutes faites qu'on me disait là. C'était comme un peu impersonnel je trouvais là. Alors on dirait que je me méfiais un peu, j'avais l'impression de parler à un algorithme. (Ent.10)

Critère 3.4 La plateforme suicide.ca parle d'outils, de services ou d'informations considérés comme importants pour la personne utilisatrice

Plusieurs des personnes répondantes considèrent que suicide.ca est une plateforme suffisamment complète. Certaines personnes citent quelques services ou éléments manquants.

Les motivations de consultation de suicide.ca étant plutôt variées, il apparaît logique certaines personnes souhaitent se sentir « mieux représentées » et parlent de « sous-catégories » de personnes à cibler. Certaines personnes mentionnent que suicide.ca leur apparaît un peu « impersonnel » et proposent d'ajouter des informations pour mieux rejoindre par exemple : les adolescents, les personnes âgées, les personnes atteintes du trouble de l'autisme et les personnes autochtones.

Ça prendrait aussi de l'information sur les minorités visibles, parce que ça aussi c'est un sujet de tension puis de... qui amène aussi au suicide. Et aussi les autochtones, ça aussi c'est hyper important parce que ce n'est pas une clientèle comme les autres, comme les immigrants aussi, la même chose, mais c'est encore plus problématique les autochtones parce qu'eux étaient ici avant, ils n'arrivent pas, ils étaient ici avant, ils se sont fait enlever tout ce qu'ils avaient. Donc c'est hyper important d'avoir de l'information là-dessus sur ce sujet-là, parce que ça date depuis des générations puis ça ne s'enlève pas, ça ne s'en va pas. Donc oui c'est important d'en parler et oui c'est important de faire une section pour les autochtones » (Ent.4)

On nomme également que certaines personnes de régions éloignées n'ont peut-être pas accès à Internet; ceci limitant leur accès à suicide.ca.

D'autres personnes répondantes proposent également l'ajout de certaines fonctionnalités dont de : mieux expliciter les conditions d'anonymat, mettre en évidence les espaces personnels où il est possible de noter certains éléments, rendre plus visible pop-up pour inciter à parler à quelqu'un en tout temps, ajouter un bouton de sortie rapide. Certaines personnes proposent de créer un espace forum d'échange entre pairs :

Ça serait bien aussi qu'il y ait la possibilité d'avoir un forum ou quelque chose comme ça, parce que des fois le fait d'entendre d'autres personnes qui sont passées par là, ça pourrait aider justement à se dire... bien OK, c'est possible d'avoir ces pensées-là, c'est possible d'arrêter de culpabiliser en se disant... regarde... ah oui ! Il y en a d'autres aussi qui ont eu... ah oui ! c'est correct d'avoir des interventions avec des intervenants, mais ça serait bien aussi de pouvoir l'avoir avec les pairs dans le fond, avec les autres personnes qui l'ont vécu aussi pour pouvoir échanger là — dessus, ça serait vraiment bien. (Ent.22)

Je ne sais pas quoi faire, mais pour ceux qui ont besoin, je ne sais pas s'il y aurait un forum ou quelque chose. (Ent.1)

3.2.4.4 Dimension sociale

De façon synthétisée, l'analyse des réponses des répondants en lien avec ce niveau met de l'avant le caractère « tabou », « malaisant », « inconfortable » que soulève ce sujet, par rapport à soi-même (peur d'être jugé) ou dans l'entourage (peur de créer de l'inquiétude, de l'incompréhension, de la fatigue, etc.). Ceci explique probablement pourquoi suicide.ca est jugée comme préférablement consultable chez soi ou dans des contextes « sécuritaires » permettant d'assurer une certaine confidentialité. Ceci explique probablement aussi pourquoi l'application est peu téléchargée, même si elle est jugée positivement « sur le principe ». La peur d'être vu est un élément qui n'encourage pas son usage. Également, le titre explicite de suicide.ca peut être un frein à un usage dans des contextes qui sont « hors de chez soi ».

Les prochaines sous-sections explicitent ces résultats.

Critère 4.0. Il est facile de parler du sujet du suicide pour la personne utilisatrice (ce n'est pas un sujet tabou)

La grande majorité des personnes répondantes n'osent pas aborder le sujet frontalement. La question du suicide apparaît globalement comme « tabou », que ce soit pour les personnes qui y pensent ou pour l'entourage. Elles mentionnent craindre de « fatiguer » leur entourage, de les effrayer (les personnes de l'entourage se sentant impuissantes pour répondre à ce qui est partagé verbalement) et se jugent aussi négativement. Les personnes répondantes parlent de l'aspect « inconfortable » du sujet.

Sur l'entourage oui, j'ai l'impression que les gens ne veulent pas vraiment en parler, ils changent de sujet souvent. Mais souvent c'est fatiguant. Comme j'ai quelqu'un dans mon entourage et ça fait des années là, les gens sont juste fatigués. Oui. Alors là les gens ne finissent pas ne plus la croire ou un truc du genre. Et même ceux... mettons que c'était la première fois, ceux qui sentent qu'ils ne peuvent pas t'aider, souvent ils ne veulent pas s'en mêler, ils sont inconfortables je pense. (Ent.1)

On n'en parle pas beaucoup. Même je travaille dans des écoles et ce n'est pas un sujet qu'on parle beaucoup non plus Et les gens sont inconfortables envers ce sujet-là, on dirait qu'ils viennent, qu'ils ne savent pas quoi dire. (Ent.2)

« Même mes proches je n'en parle pas; j'ai une cousine qui a fait une tentative de suicide et c'est juste elle-même qui m'en a parlé sur Facebook, la famille en a pas parlé, la famille a simplement dit... elle va mal » (Ent.5)

Selon certaines personnes répondantes, le manque d'éducation autour de la prévention du suicide rend également le partage compliqué. Certaines personnes soulignent que des familles ou l'entourage semblent parfois « fermés ».

« Je dirais qu'il y a du stigma un peu. Je sais que mes proches, ma famille ne sont pas aussi ouverts d'esprit au sujet de la santé mentale. Comme en ce moment, ils ne savent pas que j'ai des pensées suicidaires, ils ne savent pas que je visite ces plateformes, que j'ai une application sur mon téléphone au sujet de la santé mentale, qu'il va m'arriver de téléphoner à une ligne d'écoute. Selon moi, ça serait plutôt qu'il faudrait juste davantage informer, s'assurer que les gens soient ouverts d'esprit » (Ent.18)

Plusieurs personnes répondantes nomment aussi le souhait de ne pas « inquiéter leur entourage ».

Bien oui, j'avoue que je l'ai enlevé de mes recherches, de mon historique. Oui, parce que j'ai comme eu peur d'inquiéter le monde si quelqu'un tombait là-dessus. (Ent.32)

Avec certaines personnes oui c'est certain, je ne dirai pas ça à ma mère pour les inquiéter ou comme je disais, mes collègues de travail, donc... (Ent.12)

C'est paradoxal parce que tu ne veux pas être associé à ça, mais les gens évidemment veulent pas que tu passes à l'acte non plus et les gens autour de toi veulent que tu ailles bien, mais ils ne veulent pas savoir si tu ne vas pas super bien non plus. C'est « touchy. » Je n'ai jamais compris ça, si quelqu'un peut m'expliquer ce truc-là... il y a une certaine forme de gêne je dirais à avouer que tu vis du stress, que tu vis de l'angoisse et que ça peut t'amener à avoir ce genre de pensée-là dans le passé ou dans le présent. Il y a une stigmatisation par rapport... mais ça c'est la société qui est comme ça. (Ent.22)

Plusieurs personnes répondantes considèrent alors suicide.ca comme un moyen de pouvoir parler, comprendre et exprimer ce qu'elles ne partagent pas avec les personnes de leur entourage.

Critère 4.1. Le dispositif est adapté, par rapport aux relations de la personne utilisatrice avec son entourage (relations familiales et/ou professionnelles)

L'analyse des réponses des personnes répondantes fait ressortir deux éléments liés à l'adaptation du dispositif dans les relations avec l'entourage, en lien avec le fait que le sujet reste « tabou » et difficile à partager. Tout d'abord, certaines personnes mentionnent que le titre de la plateforme (suicide.ca) pose un problème, car il contient le mot suicide.

Les outils que vous avez sont vraiment bien, comme se mettre en action, s'encourager, tout ça, le truc est un peu malaisant pour certaines personnes et pour moi aussi j'ai un malaise, c'est parce que j'aime vraiment les outils, mais le fait que ça soit associé à Suicide.ca, c'est comme dans ta face que ça vient de pas se suicider, des fois ça peut être un peu comme... c'est une critique personnelle je dirais constructive, mais c'est que ça peut être un peu malaisant de dire... j'ai besoin de ces outils-là, mais je pense pas nécessairement à me suicider, mais je veux pas m'en aller jusque là. Comprenez-vous ce que je veux dire ? Alors peut-être voir si c'est possible de les partager ces outils-là, que ça soit pas aussi... parce que c'est un peu des fois stigmatisant, comprenez-vous ce que je veux dire ? (Ent.22)

SOS Suicide, si quelqu'un a accès à ton téléphone, c'est un peu évident, à moins que tu le mettes sur la dernière page là. Mais oui, à part ça, il faudrait peut-être que ça s'appelle autrement, je sais pas comment ils l'ont nommé l'application? Alors je ne sais pas non plus pour tout vous dire, je ne l'ai pas téléchargé sur mon téléphone, mais oui, ça en tout cas je vais regarder tout de suite après... Si c'est intervention quelque chose, ce n'est pas si pire, mais si c'est SOS Suicide, c'est un peu intense là. Mais en tout cas à mon avis là. (Ent.12)

Ce qui pourrait arriver c'est que j'ouvre mon cellulaire et que le monde ils peuvent voir mes applications. Et là si l'application elle s'appelle Suicide par exemple, bon là c'est un peu trash, on va se le dire. Mais là il est écrit Mes outils. Et à la limite ça pourrait être de l'anxiété ou des trucs de respiration, tu pourrais te suggérer, mettons que tu te dirais... le monde voit ça, ils vont savoir que je fais de l'anxiété. Bon OK, ce n'est pas si pire, on s'entend que tout le monde fait de l'anxiété de nos jours. C'est comme moins pire que mettons tu vois une application qui est suicide, tu es comme... ah ! C'est comme une coche de plus. Alors moi je ne m'en fais vraiment pas à cause de ça, à cause justement que ça s'appelle Mes outils et non suicide.ca. (Ent.30)

Certaines personnes répondantes mentionnent de pas vouloir consulter suicide.ca devant des proches, principalement de peur de les inquiéter et parce que le sujet reste tabou.

Non, je pense en fait que mon entourage s'ils savaient que j'utilisais ça, ils s'inquièteraient pour moi. Mais je pense qu'ils seraient contents que j'aie cherché l'aide dont j'ai besoin. (Ent.31)

Bien c'est sûr que peut-être s'ils voient que je consultais, ils vont peut-être s'inquiéter, je ne le sais pas. (Ent.19)

C'est sûr que si je disais à mon entourage que j'ai consulté la plateforme, peut-être qu'ils s'inquièteraient pour moi ou qu'ils s'assureraient en fait que ce n'est pas un plan que j'ai de me suicider. Je ne pense pas qu'ils auraient des préjugés. (Ent.33)

Critère 4.2 La plateforme suicide.ca est adaptée à un usage à domicile

La plateforme suicide.ca est considérée majoritairement adaptée pour un usage à domicile, avec un ordinateur, une tablette (et une connexion Internet) pour plusieurs personnes répondantes. Comme celle-ci est bien référencée sur le Web, la personne pourra facilement (re)trouver cette plateforme.

Je pense que si mettons quelqu'un est dans une crise ou quelque chose comme ça, la première réaction qu'on a souvent c'est de faire une recherche Google, définitivement je trouve que c'est très bien adapté pour l'usage à domicile. (Ent.27)

Je dirais qu'il faut une bonne connexion Internet et un endroit calme et sécuritaire. (Ent.18)

Critère 4.3 La plateforme suicide.ca est adaptée à un usage tous contextes confondus

Selon plusieurs répondants, la plateforme suicide.ca semble pouvoir être utile dans plusieurs contextes, car une « crise » peut survenir à tout moment. Cependant, plusieurs personnes répondantes soulignent que les conditions de confidentialité et d'anonymat doivent pouvoir être conservées.

C'est un sujet qui est encore tabou, alors c'est sûr que le montrer aux gens, il faut s'expliquer je pense avant, il ne faut pas faire peur non plus là (...) Bien c'est sûr que c'est un sujet qui est particulier, on parle du suicide là, alors c'est plus que je n'irais pas faire ça dans une bibliothèque ou dans une place publique. Chez soi c'est correct ou chez quelqu'un qu'on a confiance, mais c'est ça, pas dans un endroit public là. En tout cas à moins que tu sois à l'aise là, mais... (Ent.15)

C'est sûr, je pense que ça serait mieux qu'il y ait une confidentialité, mais c'est sûr que c'est propre à chacun, il y a des gens qui n'auraient pas de problème à consulter ça n'importe où. (Ent.19)

Concernant la question du téléchargement de l'application sur le cellulaire, la majorité des personnes répondantes pense que « c'est une bonne idée » pour un usage hors de chez soi et dans d'autres contextes. Pourtant, plusieurs n'ont pas téléchargé l'application en raison des freins à l'usage qui ont déjà été mentionnés précédemment (ex. : peur d'être jugé, peur d'être tracé ou de déclencher une intervention, etc.).

Je trouve que c'est une excellente idée, parce que justement on peut toujours l'avoir sur soi. Je ne sais pas moi... je ne vais pas bien à tel endroit, je sors mon cell, je sors une citation inspirante qui me donne la force de continuer un peu. C'est des trucs de plus, je trouve ça pertinent. Ce qui est bien aussi c'est que directement à partir de cette application-là, tu peux avoir accès à l'aide dont tu as besoin avec le numéro de téléphone ou tu peux cliquer aussi sur le clavardage ou sur le texto et ça va t'envoyer directement à cet endroit-là. Donc je trouve que c'est vraiment une porte d'entrée rapide pour pouvoir parler à un intervenant. (Ent.31)

Critère 4.4. La note entre 1 et 10 attribuée à suicide.ca

La plateforme suicide.ca est notée très positivement par les 28 personnes qui se sont prononcées à ce sujet. La moyenne est de 8,82 et les personnes justifient leur note en soulignant principalement la quantité et qualité des informations, les outils et le clavardage. Seulement deux personnes ont mis la note de 6, en lien avec leur expérience du clavardage où le temps d'attente est jugé trop long et les questions posées en amont (trop) dérangeantes.

3.2.5 Les perceptions des partenaires de la SNPS

3.2.5.1 Le profil des personnes répondantes

Un total de 477 personnes ont répondu au sondage intitulé « Votre opinion sur suicide.ca » qui s'adressait aux personnes intervenantes en santé mentale ou des organismes partenaires de la SNPS.

En ce qui a trait au portrait des personnes répondantes, 468 personnes intervenantes ont précisé leur appartenance à un ordre professionnel (Tableau 53). Parmi ces intervenants un nombre important (43,2%) font partie de l'Ordre des psychologues du Québec. D'autres intervenants font partie des Ordres professionnels des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (18,4%) et des psychoéducatrices et psychoéducateurs du Québec (11,5%). Parmi les autres ordres professionnels mentionnés par les personnes répondantes, on retrouve l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (n=23), l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (n=7), l'Ordre professionnel des sexologues du Québec (n=5) et d'autres professionnels (agents administratifs, conseillers d'orientation, éducateurs spécialisés, étudiants, médecins, intervenants psychosociaux, n=17). La situation ne s'appliquait pas pour 15,8% des personnes répondantes (n=74).

Tableau 53. Appartenance des personnes répondantes à un ordre professionnel

Ordres professionnels (n=468)	Fréquences	Pourcentages
Ne s'applique pas	74	15,8 %
Ordre des psychologues du Québec	202	43,2 %
Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec	86	18,4 %
Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec	54	11,5 %
Autres	52	11,1 %

Parmi les personnes répondantes (n=466), plus de la majorité (60,8%) ont été confronté à la problématique du suicide dans les trois derniers mois. Spécifiquement, un peu plus de 30% (31,1%) d'entre eux ont été confrontés à la problématique du suicide entre une et trois fois par mois dans les trois derniers mois (Figure 11).

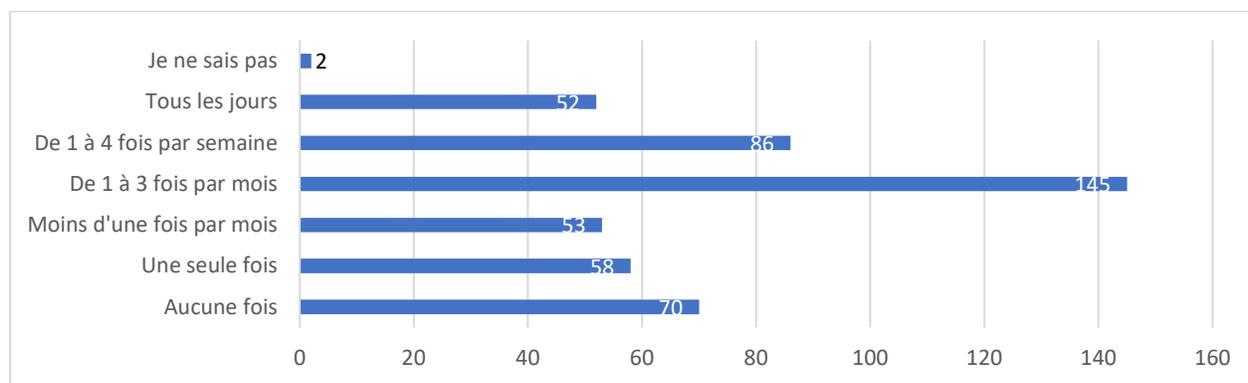


Figure 10. Fréquence de confrontation à la problématique du suicide dans la pratique

3.2.5.2 L'utilisation de suicide.ca

Parmi les personnes répondantes, 213 personnes (44,7%) connaissent suicide.ca et 264 (55,3%) ne connaissent pas suicide.ca. Parmi les personnes qui connaissent suicide.ca (n=213), une proportion importante en a entendu parler par l'intermédiaire de leur organisation (42,70%) ou de l'AQSP (sites, infolettre) (40,4%). Certaines personnes répondantes ont entendu parler de suicide.ca par plusieurs sources différentes (Figure 12).

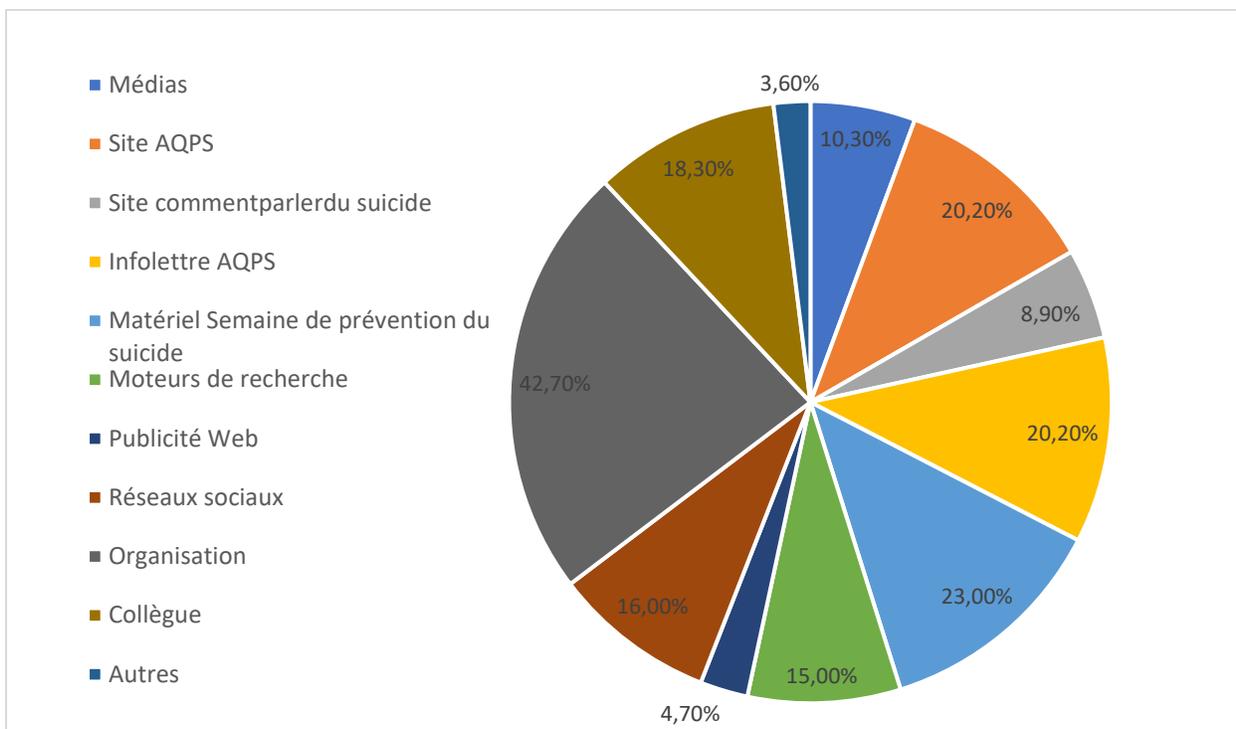


Figure 11. Sources par lesquelles les personnes répondantes ont entendu parler de suicide.ca

Parmi les personnes répondantes (n=477), 185 personnes (38,8%) ont visité suicide.ca et 292 n'ont pas visité suicide.ca. Il est attendu qu'une personne qui n'a pas entendu parler de suicide.ca, ne peut pas l'avoir visité. Il faut alors noter que parmi les personnes répondantes qui connaissent le site suicide.ca (44,7%), 6% ne l'ont pas visité.

Parmi les personnes répondantes ayant visité suicide.ca (n=183), 82 (44,8%) ne l'ont visité qu'une seule fois dans les trois derniers mois (Figure 13). Une majorité de personnes (n=123, 66,5%) ont visité le suicide.ca dans le but de mieux le connaître. Moins de personnes l'utilisent pour s'outiller dans leur pratique (n=62, 33,5%) ou pour accompagner sa clientèle (n=60, 32,4%). Certaines personnes répondantes ont visité suicide.ca pour plusieurs raisons (Figure 14).

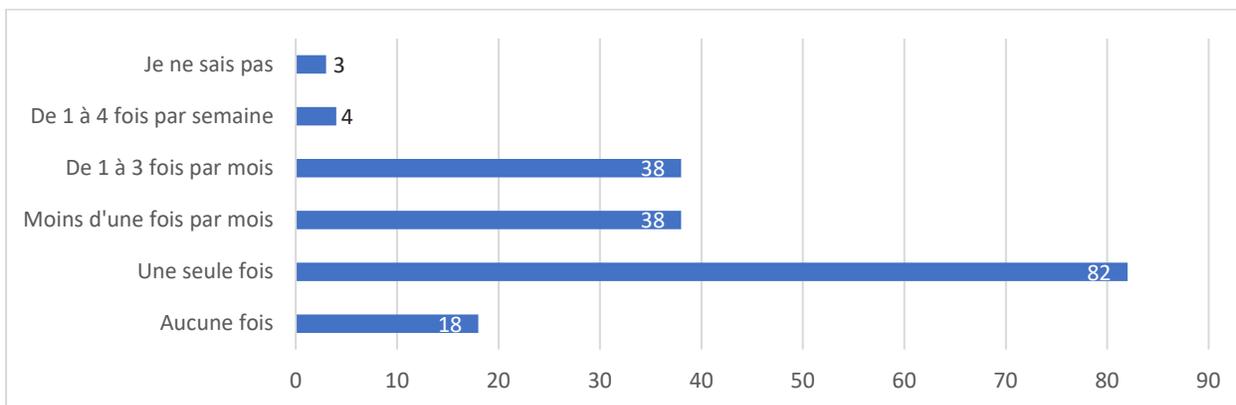


Figure 12. Fréquence de visite de suicide.ca dans les trois derniers mois

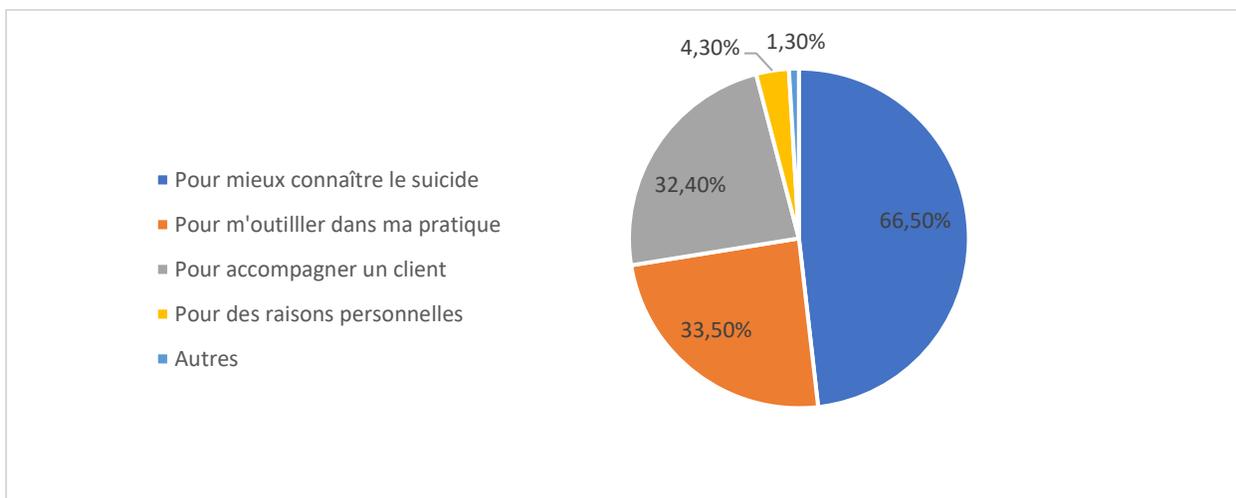


Figure 13. Raisons de visiter suicide.ca

3.2.5.3 Les perceptions de suicide.ca

Sur 130 personnes répondantes ayant visité suicide.ca, la satisfaction globale (satisfait et très satisfait) s'élève au-dessus de 90% (Tableau 54).

Tableau 54. Satisfaction globale de suicide.ca

Niveaux de satisfaction globale (n=130)	Fréquences	Pourcentages
Très satisfait	57	43,8 %
Satisfait	62	47,7 %
Insatisfait	2	1,5 %
Très insatisfait	1	0,8 %
Je ne sais pas	8	6,2 %

Les tableaux 55 et 56 présentent les éléments les plus appréciés de suicide.ca et les améliorations proposées par les personnes répondantes.

Tableau 55. Les éléments de suicide.ca les plus appréciés par les personnes répondantes

Les éléments les plus appréciés (n=46)
<ul style="list-style-type: none"> • La facilité d'y accéder (facile à trouver) • Le fait que suicide.ca est : complet, convivial, facile d'utilisation, simple, accessible, sécuritaire, anonyme, souple, professionnelle • La perspective d'autosoins ou d'autogestion • Le ton bienveillant, non moralisateur et responsabilisant • Les informations qui sont : nombreuses, de qualité, claires, pertinentes, fiables, complémentaires • Les informations qui sont : rapides et faciles à trouver, accessibles • Les vidéos qui renforcent les messages (ex. demande de l'aide) • Les témoignages touchants et pertinents • La diversité des outils et des stratégies proposées • L'application

Les éléments les plus appréciés (n=46)
<ul style="list-style-type: none"> • La possibilité de clavarder avec un intervenant spécialisé • L'aspect pratique et concret • L'ajout au filet de sécurité • Le potentiel de réponse au besoin des personnes utilisatrices • La possibilité de référer la ressource à la clientèle • L'utilisation de modalités modernes • L'adaptation à certaines clientèles (ex. : personnes qui sont plus jeunes) • Les actions mises en place pour faire connaître le service

Tableau 56. Les améliorations de suicide.ca proposées par les personnes répondantes

Les propositions d'amélioration (n=25)
<ul style="list-style-type: none"> • Des éléments de contenu à ajouter : <ul style="list-style-type: none"> ○ Une section et des outils pour les jeunes de 12-21 ○ Des outils en soutien à l'intervention pour les personnes intervenantes par exemple : onglet intervention, information sur les particularités de l'intervention auprès des personnes ayant des troubles de santé mentale (ex. : bipolarité, trouble personnalité limite, autisme, dysphasie, etc.), contenu ou outils à imprimer pour une « référence en format papier », disponibilité d'outils d'évaluation de la dangerosité ou aide-mémoire à l'usage des cliniciens, formation en ligne pour les professionnels, stratégies ou renseignements basées sur des articles de recherche ou références vers des articles
<ul style="list-style-type: none"> • Des ajustements à faire : <ul style="list-style-type: none"> ○ Rendre des stratégies pour se calmer ou respirer accessibles facilement ○ Proposer des stratégies davantage personnalisées-personnalisables pour les personnes suicidaires ○ Avoir un bottin des ressources qui soit facile à trouver ○ Faire des liens avec les professionnels déjà impliqués auprès de la personne (ou un corridor d'accès, avec l'autorisation de la personne, pour permettre des plans de gestion de crise plus personnalisés) • Le fait que suicide.ca n'est pas adapté à certaines situations : en urgence psychiatrique ou à l'urgence, avec les cas complexes, en situation de prévention du suicide (si des idées suicidaires sont absentes) • La nécessité de faire connaître davantage suicide.ca • Ne sais pas

Sur 157 personnes répondantes, 101 (64%) ont visité au moins une des pages informationnelles. Les pages « Je m'inquiète pour un proche » (75,2%) et « Je pense au suicide » (62,4%) ont été les plus visitées tandis que la page « Je suis endeuillée par le suicide » a attiré 41,6% des personnes. Lorsqu'un répondant déclarait avoir visité une des pages informationnelles, des questions lui étaient posées sur sa satisfaction à l'égard de : la convivialité des pages informationnelles (design, facilité d'accès et de navigation et repérage sur le site Web), la clarté des informations présentes, la fiabilité des informations présentes, la facilité à trouver les informations recherchées, la capacité des pages informationnelles à répondre aux besoins de la clientèle ciblée, la complémentarité des pages informationnelles avec l'offre de services actuelle en santé et services sociaux, le choix des problématiques abordées en lien avec le suicide, le choix des questionnaires d'auto-évaluation proposé pour faire le point sur sa santé.

Pour toutes les questions sur la satisfaction vis-à-vis des pages informationnelles, le taux de satisfaction (satisfait et très satisfait) s'élève à plus de 90% (Tableaux 57-59).

Tableau 57. Satisfaction à l'égard des pages « Je pense au suicide »

n=Entre 49 et 58	Très insatisfait	Insatisfait	Satisfait	Très satisfait	Ne sais pas
La convivialité des pages informationnelles (design, facilité d'accès et de navigation et repérage sur le site Web)	1 (1,7)	3 (5,2)	18 (31,0)	36 (62,1)	
La clarté des informations présentes		1 (1,7)	17 (29,3)	40 (69,0)	
La fiabilité des informations présentes			17 (29,8)	40 (70,2)	
La facilité à trouver les informations recherchées	1 (1,7)	2 (3,4)	28 (48,3)	27 (46,6)	
La capacité des pages informationnelles à répondre aux besoins de la clientèle ciblée	1 (1,8)	2 (3,5)	22 (38,6)	28 (49,1)	4 (7,0)
La complémentarité des pages informationnelles avec l'offre de services actuelle en santé et services sociaux	2 (3,6)	4 (7,3)	22 (40,0)	27 (49,1)	
Le choix des problématiques abordées en lien avec le suicide			24 (41,4)	33 (56,9)	1 (1,7)
Le choix des questionnaires d'auto-évaluation proposés pour faire le point sur sa santé mentale		1 (2,0)	16 (32,7)	26 (53,1)	6 (12,2)

Tableau 58. Satisfaction à l'égard des pages « Je m'inquiète pour un proche »

n=Entre 59 et 69	Très insatisfait	Insatisfait	Satisfait	Très satisfait	Ne sais pas
La convivialité des pages informationnelles (design, facilité d'accès et de navigation et repérage sur le site Web)		1 (1,4)	26 (37,7)	42 (60,9)	
La clarté des informations présentes			21 (30,4)	48 (69,6)	
La fiabilité des informations présentes			21 (30,9)	47 (69,1)	
La facilité à trouver les informations recherchées		1 (1,4)	28 (40,6)	40 (58,0)	
La capacité des pages informationnelles à répondre aux besoins de la clientèle ciblée		2 (2,9)	26 (38,2)	38 (55,9)	2 (2,9)

n=Entre 59 et 69	Très insatisfait	Insatisfait	Satisfait	Très satisfait	Ne sais pas
La complémentarité des pages informationnelles avec l'offre de services actuelle en santé et services sociaux		2 (3,1)	22 (33,8)	36 (55,4)	5 (7,7)
Le choix des problématiques abordées en lien avec le suicide			31 (45,6)	36 (52,9)	1 (1,5)
Le choix des questionnaires d'auto-évaluation proposés pour faire le point sur sa santé mentale		1 (1,7)	17 (28,8)	30 (50,8)	11 (18,6)

Tableau 59. Satisfaction à l'égard des pages « Je suis endeuillé(e) par suicide »

n=Entre 33 et 36	Très insatisfait	Insatisfait	Satisfait	Très satisfait	Ne sais pas
La convivialité des pages informationnelles (design, facilité d'accès et de navigation et repérage sur le site Web)		1 (2,8)	11 (30,6)	24 (66,7)	
La clarté des informations présentes			9 (25,7)	26 (74,3)	
La fiabilité des informations présentes			11 (30,6)	25 (69,4)	
La facilité à trouver les informations recherchées			15 (41,7)	21 (58,3)	
La capacité des pages informationnelles à répondre aux besoins de la clientèle ciblée			15 (41,7)	20 (55,6)	1 (2,8)
La complémentarité des pages informationnelles avec l'offre de services actuelle en santé et services sociaux			14 (40,0)	19 (54,3)	2 (5,7)
Le choix des problématiques abordées en lien avec le suicide			14 (38,9)	22 (61,1)	
Le choix des questionnaires d'auto-évaluation proposés pour faire le point sur sa santé mentale			9 (27,3)	20 (60,6)	4 (12,1)

Les tableaux 60 et 61 présentent les éléments les plus appréciés des pages informationnelles et les améliorations proposées par les personnes répondantes.

Tableau 60. Les éléments des pages informationnelles les plus appréciés par les personnes répondantes

Les éléments les plus appréciés (n=56)
<ul style="list-style-type: none"> • L'accessibilité des pages pour : la population en générale, les personnes de tous les âges (à partir de l'adolescence) ou qui ont une faible littératie ou ont la tête brouillée par l'émotivité • La simplicité, la convivialité et la facilité d'utilisation des pages • La perspective d'autosoins ou d'autogestion • L'aspect très concret ex. : verbatims sur comment nommer mes besoins, témoignages écrits et vidéos, stratégie facile à mettre en place • Le contenu qui est intéressant, pertinent, précis, complet, adapté • Le contenu qui aborde les diverses facettes à considérer, permet à la personne de mieux se situer dans la progression de la problématique suicidaire, répond aux questions et propose des stratégies afin de faire face à la situation vécue, est éclairant/aidant et redonne espoir • Les informations qui sont : claires, bien vulgarisées, concises • Le design qui : regroupe les contenus des différentes pages en un site Web, propose différents onglets et offre la possibilité de choisir les sources d'information, inclut des icônes claires et facilement repérables, est de qualité sur le plan graphique, a aspect épuré (visuel simple, organisation par sous-sections, texte court et allégé) • L'organisation des informations qui facilite, simplifie et permet de trouver les informations rapidement • La facilité à communiquer avec quelqu'un rapidement à partir des pages • La référence vers d'autres ressources qui peuvent aider la personne dans les problématiques qu'elle vit • Ne peut répondre

Tableau 61. Les améliorations des pages informationnelles proposées par les personnes répondantes

Les propositions d'amélioration (n=46)
<ul style="list-style-type: none"> • Des liens à faire vers : le site Web commentparlerdesuicide et d'autres ressources Web • Des liens à faire à partir de pages Web d'autres organisations pour que suicide.ca soit accessible • Des éléments de contenu à ajouter : <ul style="list-style-type: none"> ○ Un accès aux différents témoignages de la section « Je pense au suicide » dans la section « Je m'inquiète pour un proche » ○ Une prise en compte des caractéristiques et de la réalité de certains groupes de personnes qui vivent de la détresse et ont une faible littératie (ex. : déficience intellectuelle, surdité, cécité) ○ Une section pour les jeunes de 12-21 ○ Plus de concret sur le plan de sécurité ○ Un outil axé sur la crise ○ Plus de contenu sur la toxicomanie (ex. : liens entre idées suicidaires et consommation) ○ D'autres situations cliniques pour inviter la personne suicidaire à l'échange ○ Plus d'exemples pour le proche afin de trouver d'autres façons d'aborder les idées suicidaires • Des améliorations sur la structure : <ul style="list-style-type: none"> ○ Mettre le numéro de téléphone de la Ligne québécoise de prévention du suicide directement sur la 1^{re} page d'accueil pour que les personnes retrouvent rapidement cette information ○ Ajuster le design : dans l'écran, l'information est entre coupées ce qui la rend difficile à lire, car elle ne prend que 1/3 de la page alors que l'en-tête et le bas de page en prennent le 2/3 — « comme si l'information n'était pas prioritaire » ○ Offrir de l'aide : quand un risque de dangerosité suicidaire ressort de l'évaluation, plutôt que de proposer de communiquer avec un intervenant : 1) un intervenant questionne en temps réel pour soutenir l'utilisateur, 2) un rappel quelques jours plus tard en attendant la prise en charge ○ Un moteur de recherche avec une liste de ressources connexes par région et/ou par problématique — certaines régions ont déjà des bottins de ressource communautaire

Les propositions d'amélioration (n=46)

- Des éléments qui sont moins appréciés :
 - L'organisation de l'information qui n'est pas intuitive
 - Les nombreux liens qui peuvent être étourdissants
 - Il y a trop d'écrits pour une personne en détresse — difficile de garder l'attention; de se retrouver
 - Le contenu reste générique pour la personne qui a des idées suicidaires
 - Le fait que ce genre d'outil est utile aux personnes qui possèdent déjà des ressources — le défi est de rejoindre une clientèle plus vulnérable
- Le besoin d'imprimer les outils pour les remettre aux personnes accompagnées pour promouvoir le site, mais aussi intervenir en temps réel
- Rien à améliorer
- Ne sais pas

Seulement 60 sur 143 personnes répondantes ont déclaré avoir visité la page ou l'application *Mes outils* (41,9%). Globalement ce nombre est relativement faible considérant le nombre initial de personnes répondantes. Malgré ce nombre restreint, la satisfaction générale envers *Mes outils* est assez bonne (80% et plus). Deux éléments liés à la satisfaction méritent de l'attention : des personnes répondantes (10%) semblent moins satisfaites en ce qui a trait à la capacité de répondre aux besoins de la clientèle et d'autres (10,4%) ne semblent pas en mesure de se prononcer sur la complémentarité avec l'offre de services actuelle. De plus, il faut noter que certaines personnes répondantes (12,5%) considèrent la page ou l'application *Mes outils* peu ou pas utile pour leurs clients (Tableau 62).

Tableau 62. Satisfaction à l'égard la page ou l'application *Mes outils*

n=Entre 47 et 56	Très insatisfait	Insatisfait	Satisfait	Très satisfait	Ne sais pas
La convivialité des outils (design, facilité d'accès et de navigation et repérage dans l'application ou la section <i>Mes outils</i>)		2 (3,8)	21 (39,6)	30 (56,6)	
La clarté des informations présentes		2 (3,8)	21 (39,6)	30 (56,6)	
Le choix des outils d'autogestion proposés dans <i>Mes outils</i>		1 (1,9)	25 (48,1)	25 (48,1)	1 (1,9)
La capacité de <i>Mes outils</i> à répondre aux besoins des personnes suicidaires		5 (10,0)	16 (32,0)	25 (50,0)	4 (8,0)
La complémentarité de <i>Mes outils</i> avec les interventions réalisées par les professionnels en santé et services sociaux			20 (41,7)	23 (47,9)	5 (10,4)
L'aspect sécuritaire de <i>Mes outils</i>			15 (31,9)	28 (59,6)	4 (8,5)
La satisfaction globale de <i>Mes outils</i>		3 (6,0)	22 (44,0)	25 (50,0)	

n=Entre 47 et 56	Très insatisfait	Insatisfait	Satisfait	Très satisfait	Ne sais pas
La convivialité des outils (design, facilité d'accès et de navigation et repérage dans l'application ou la section <i>Mes outils</i>)		2 (3,8)	21 (39,6)	30 (56,6)	
n=Entre 47 et 56	Pas du tout	Un peu	Assez	Très	Ne sais pas
Dans quelle mesure trouvez-vous utile d'utiliser <i>Mes outils</i> comme outil clinique avec vos clients dans votre pratique ?	1 (1,8)	6 (10,7)	23 (41,1)	21 (37,5)	5 (8,9)

Les tableaux 63 et 64 présentent les éléments les plus appréciés de la page ou l'application *Mes outils* et les améliorations proposées par les personnes répondantes.

Tableau 63. Les éléments de la page ou l'application Mes outils les plus appréciés par les personnes répondantes

Les éléments les plus appréciés (n=29)
<ul style="list-style-type: none"> • La cohérence avec les grandes approches du plan d'action en santé mentale (rétablissement, primauté de la personne) et du nouveau programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM) dont les soins sont une part importante du programme • La perspective d'autosoins ou d'autogestion • L'utilité pour une personne en besoin et une clientèle neuro typique • L'accessibilité • Le contenu qui est : concret, complet • Les informations qui sont : claires • Le design : bien organisé visuellement, adapté à chacun puisque la personne aidée à accès à son compte, facile de se retrouver sur l'application mobile et à utiliser • La possibilité d'orienter un client mobilisé vers un outil d'autogestion • Ne peut répondre (il fallait créer un compte)

Tableau 64. Les améliorations de la page ou l'application *Mes outils* proposés par les personnes répondantes

Les propositions d'amélioration (n=23)
<ul style="list-style-type: none"> • L'accès aux outils et stratégies sans avoir besoin de créer un compte et préciser que le contenu sera individualisé si un compte est créé • Des ajustements au contenu : <ul style="list-style-type: none"> ○ Plus de profondeur dans le contenu de <i>Mes outils</i> ○ Plus axé sur la gestion de la crise et le plan de sécurité ○ Ajout d'outils pour les idées suicidaires plus envahissantes ○ Ajout d'outils pour les parents d'enfants de 12-21 ans • Des améliorations sur la structure : <ul style="list-style-type: none"> ○ Mettre en évidence la section <i>Mes outils</i> sur suicide.ca — la section est au bas de la page ○ Permettre de personnaliser les outils de son compte ○ Permettre l'impression des outils ○ Avoir des sections « libres » dans le journal de bord pour ajouter les informations convenues avec l'intervenant de la personne • Le fait que ce ne soit pas adapté pour certains groupes qui ont une faible littératie (ex. : déficience intellectuelle, surdité, cécité) ou pour qui ce n'est pas suffisant ou adapté (ex. : personnes avec des idées obsessionnelles) • Ne peut répondre (il fallait créer un compte) • Rien à améliorer

Tout comme pour *Mes outils*, un nombre restreint de personnes répondantes (66 personnes sur 139 ou 47%) connaissent le SIN. De plus, certaines personnes n'a pas été en mesure de se prononcer sur les critères de satisfaction même s'ils le connaissent. Pour les personnes répondantes ayant prononcé leur opinion sur le SIN par clavardage, le taux de satisfaction générale s'élève au-dessus de 90% (Tableau 65).

Tableau 65. Satisfaction à l'égard du SIN par clavardage

n=Entre 47 et 52	Très insatisfait	Insatisfait	Satisfait	Très satisfait	Ne sais pas
La facilité d'accès au service		1 (2,0)	13 (26,5)	17 (34,7)	18 (36,7)
La crédibilité du service		2 (4,3)	12 (25,5)	18 (38,3)	15 (31,9)
La complémentarité du service avec l'offre de services actuelle en santé et services sociaux		1 (1,9)	13 (25,0)	27 (51,9)	11 (21,2)
Le potentiel du service à assurer un filet de sécurité — personnes suicidaires		2 (3,9)	17 (33,3)	21 (41,2)	11 (21,6)
Le potentiel du service à assurer un filet de sécurité — proches de personnes suicidaires		2 (3,9)	12 (23,5)	22 (43,1)	15 (29,4)
Le potentiel du service à assurer un filet de sécurité — personnes endeuillées par suicide		3 (6,1)	9 (18,4)	19 (38,8)	18 (36,7)

Les tableaux 66 et 67 présentent les éléments les plus appréciés du SIN par clavardage et les améliorations proposées par les personnes répondantes.

Tableau 66. Les éléments du SIN par clavardage les plus appréciés par les personnes répondantes

Les éléments les plus appréciés (n=33)
<ul style="list-style-type: none"> • L'adaptation au monde actuel ou à certaines clientèles (ex. : personnes qui n'aiment ou ne veulent pas parler au téléphone, ne sont pas prêt à rencontrer quelqu'un en face-à-face, sont plus jeunes) • Le service qui est : accessible, disponible 24/7, anonyme, de qualité • L'utilité et la pertinence pour assurer un filet de sécurité • Sur la complémentarité : « Un outil complémentaire certe, mais en aucun cas ce genre de plateforme devrait justifier le manque de financement dans les services sociaux professionnels ou les remplacer » • Ne sais pas

Tableau 67. Les améliorations du SIN par clavardage proposées par les personnes répondantes

À améliorer n=17)
<ul style="list-style-type: none"> • Des éléments à considérer : <ul style="list-style-type: none"> ○ Éviter l'impression de parler avec un ordinateur - ou les phrases préfaites plus ou moins en liés aux besoins de la personne utilisatrice ○ Faciliter le repérage sur la page d'accueil : 1 clic pour y arriver (pour simplifier les indications à donner aux clientèles peu à l'aise avec l'informatique) ○ S'assurer la qualité des interventions • Faire des liens avec les professionnels déjà impliqués auprès de la personne • Rien à améliorer • Ne sais pas

3.2.5.4 La référence et la recommandation de suicide.ca

Globalement, peu de personnes répondantes (80 personnes répondantes sur 400 ou 20%) disent avoir référé leur clientèle à suicide.ca. Toutefois, il faut considérer que plusieurs ne connaissaient pas suicide.ca. S'il est considéré que 213 personnes répondantes connaissaient suicide.ca au moment de compléter le sondage, la proportion ayant référé un client augmente à 37,6%. Le plus souvent, la clientèle est référée pour des idéations suicidaires (82,5%). La clientèle proche d'une personne ayant des idéations suicidaires a également été grandement référée (52,5%) et moins fréquemment (27,5%) la clientèle endeuillée suicide.

Pour les trois types de clientèle, le nombre de référencement dans les trois derniers mois reste assez faible. Moins de 40% des personnes répondantes ont effectué des références plus une fois ou plus par mois, donc 60% des personnes ont référé seulement moins d'une fois par mois avec un taux autour de 25% qui n'ont référencé aucun client dans les 3 derniers mois. Parmi les personnes répondantes ayant effectué des références fréquentes (1 fois ou plus par mois), ceux-ci ont plus souvent référé la clientèle ayant des idéations suicidaires vers le clavardage tandis que la clientèle proche ou endeuillée a été plus souvent référée vers les pages informationnelles (Figure15).

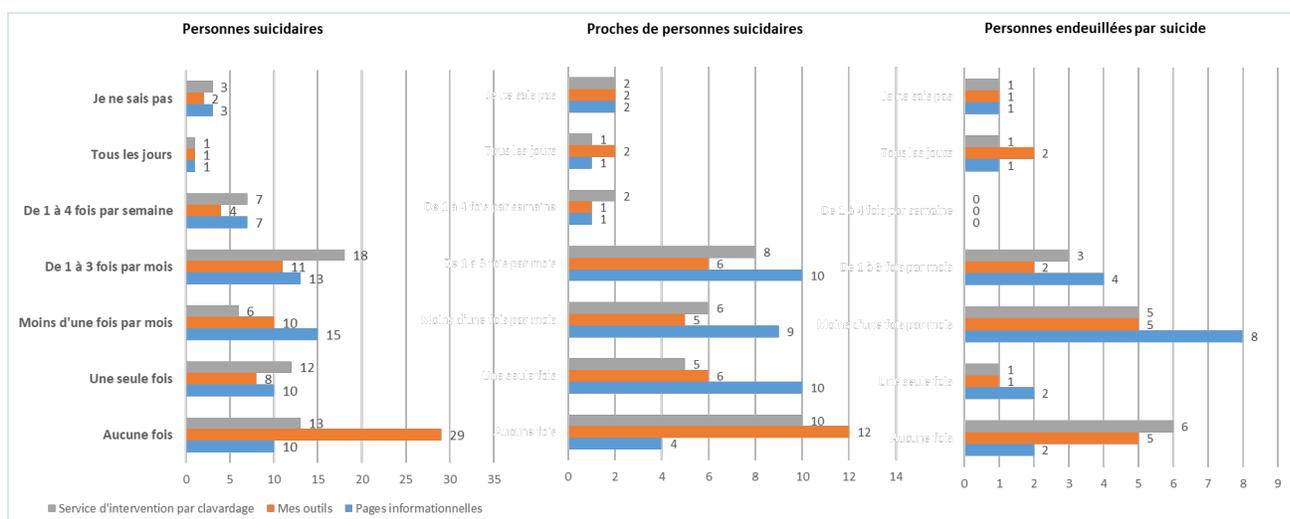


Figure 14. Fréquence de référence vers suicide.ca par clientèle

Les commentaires des personnes répondantes émis au regard du contexte et des retombées de la référence de leur clientèle vers suicide.ca sont présentés dans le tableau 68.

Tableau 68. Commentaires sur le contexte et les retombées de la référence de la clientèle vers suicide.ca

Contexte de référence (n=50)	Retombées (n=43)
<ul style="list-style-type: none"> Lors d'une évaluation de besoins (ou à l'accueil psychosocial, au guichet d'accès en santé mentale) 	<ul style="list-style-type: none"> Aucune information sur les retombées Aucun suivi de la clientèle La clientèle est informée de l'existence de suicide.ca La clientèle est intéressée à connaître suicide.ca
<ul style="list-style-type: none"> À la réception de demandes d'aide psychologique Lors d'une intervention en santé mentale (information si clientèle cible de suicide.ca, estimation du risque, intégration à une approche d'autosoins) Lors d'une intervention en prévention du suicide (offrir de l'information, ouvrir la discussion, présenter l'offre) Lors d'une intervention de crise (urgence psychosociale) Lors d'un suivi de crise 	<ul style="list-style-type: none"> Peu de commentaires de retour ou pas assez de vécu pour mesurer les retombées La clientèle est informée de l'existence de suicide.ca La clientèle est intéressée à connaître suicide.ca Le client n'a pas téléchargé l'application malgré le fait qu'elle fasse partie de son plan de crise Le client n'a pas consulté le site Web jusqu'à présent VS Le site Web aurait été consulté Les idées suicidaires du client sont « diminuées » Le client est davantage confiant de parler de suicide avec son proche pour lequel il est inquiet La réassurance d'un accès immédiat quand c'est requis La clientèle apprécie le SIN par clavardage Les commentaires de la clientèle sont positifs
<ul style="list-style-type: none"> Contexte où aucun autre service n'est offert Entre les rendez-vous avec un professionnel en santé mentale En attente d'une prise en charge par un professionnel En dehors des heures d'école 	<ul style="list-style-type: none"> Le filet de sécurité et de l'accessibilité à de l'information pour les proches sont améliorés L'augmentation de la perception qu'une aide est disponible. La clientèle est satisfaite de ce point d'ancrage lorsque le professionnel est non-disponible et en cas de crise suicidaire non urgente ou besoin d'accompagnement Les retombées restent à observer Le clavardage n'a pas encore été utilisé

Contexte de référence (n=50)	Retombées (n=43)
<ul style="list-style-type: none"> Lors d'intervention auprès de jeunes du secondaire (jeunes présentant des idées suicidaires et ne désirant pas en parler à ses parents, inquiétudes de jeunes pour un proche) Sur un forum de jeunes (mention d'idéations suicidaires) Auprès d'étudiants universitaires 	<ul style="list-style-type: none"> Aucune information sur les retombées Les adolescents apprécient d'avoir ce service accessible (les rassure lorsqu'ils s'inquiètent ou qu'ils doutent de leur capacité à bien accompagner un proche)
<ul style="list-style-type: none"> Lorsque la clientèle ne veut pas utiliser le téléphone 	<ul style="list-style-type: none"> Aucune information sur les retombées Le service SIN par clavardage n'a pas été utilisé Le client a accédé à une ressource d'aide dans une modalité qui lui convient davantage (perçu plus discret, moins intimidante ou sans la crainte de devoir appeler, davantage confidentiel dans un contexte de petite communauté) La diminution du nombre d'appels sur la ligne d'urgence, surtout pour les jeunes adultes

Les probabilités qu'une personne répondante qui a déjà référé sa clientèle à suicide.ca la réfère à nouveau sont très élevées (assez probablement et définitivement à 97%).

Sur 260 personnes répondantes, une majorité mentionne une probabilité élevée de référer leur clientèle à suicide.ca pour la première fois (assez probablement et définitivement à 58%) (Figure 16). Le constat est similaire en ce qui concerne la recommandation de suicide.ca à des collègues. Sur 339 personnes répondantes, 72% déclarent une probabilité élevée de recommander suicide.ca à des collègues. Parmi ces personnes, certaines (soit n=47 pour la référence de sa clientèle et n=126 pour la recommandation à un collègue) indiquaient ne pas connaître suicide.ca avant de compléter le sondage (Figure 16).

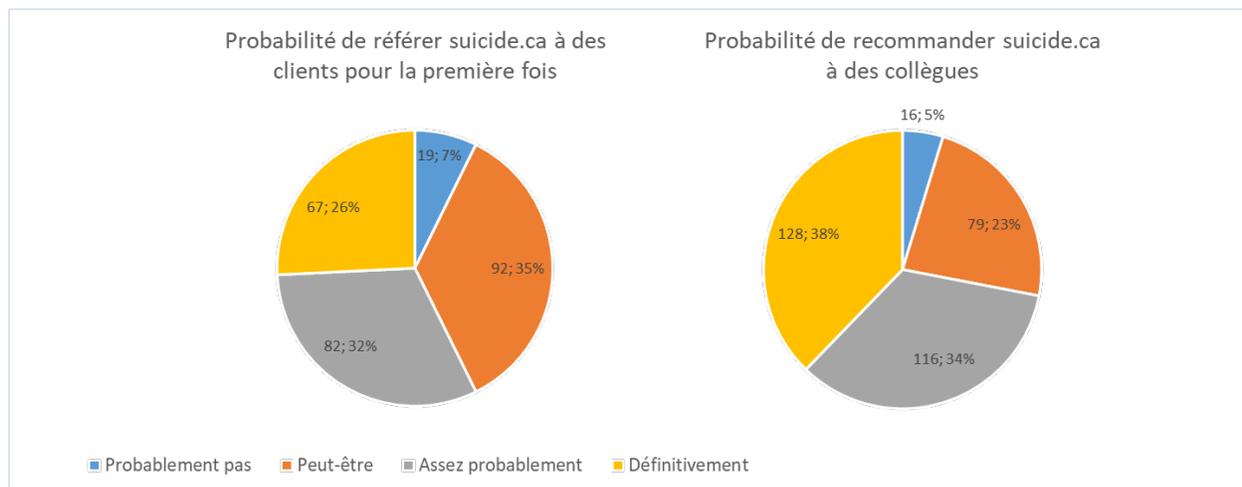


Figure 15. Probabilité de référer suicide.ca vers sa clientèle et ses collègues

Les commentaires des personnes répondantes émis au regard de la probabilité de référer suicide.ca vers sa clientèle ou de recommander suicide.ca à ses collègues sont présentés dans les tableaux 69 à 72.

Tableau 69. Commentaires sur la probabilité de référer suicide.ca vers sa clientèle des personnes répondantes qui ne connaissent pas suicide.ca ou qui ne l'ont jamais visité

Commentaires sur la référence vers sa clientèle (n=51)
<p>Définitivement, assez probablement...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parce que maintenant je connais suicide.ca • Parce que c'est une ressource pertinente (référence pratique, informations claires et pertinentes sur le site Web, outils pertinents) • Parce que suicide.ca est accessible • Parce que suicide.ca est facile/simple/rapide à utiliser • Parce que suicide.ca propose une multitude de services • Parce que j'ai confiance cliniquement en suicide.ca • Parce que suicide.ca est complémentaire aux services en place (CPS) • Parce que c'est utile pour la clientèle présentant un risque ou des idéations suicidaires ou lors de crise • Parce que c'est un outil pour prévenir un passage à l'acte et avoir une compréhension de l'état suicidaire • Parce que c'est un outil pour orienter vers les ressources appropriées • Parce que c'est un outil pour sécuriser la clientèle fragilisée (lors d'absence, d'indisponibilité ou de vacances des ressources habituelles) • Parce que suicide.ca est disponible en anglais • Parce que suicide.ca fait l'objet d'une étude
<p>Assez probablement, peut-être, probablement pas...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parce que je ne connais pas suicide.ca • Parce que je ne connais pas les modalités de services et suivis et l'approche d'intervention préconisée • Parce que je ne connais pas la qualité du service offert • Parce que je n'ai jamais obtenu de rétroaction de mes patients sur leur expérience de suicide.ca • Parce que je dois évaluer s'il est fiable, utile et pertinent pour la clientèle • Parce que je préfère référer vers une ressource de ma région • Parce ce que je préfère référer vers une ressource que je connais ou que ma clientèle connaît (Centre de crise, Info-Santé 811, CLSC, CPS, 1 866 appelle ou 811#2 texter) • Parce je travaille avec un protocole « dicté par le MSSS » (réadaptation avec hébergement pour jeunes) • Parce que la problématique du suicide est peu présente (13 ans et moins, clientèle en DITSA) • Parce que ma clientèle a peu de ressources et d'accès aux TIC • Parce que je crois que les ressources Web sont inappropriées pour la clientèle en détresse ou souffrante et suicidaire • Parce que je crois plus utile d'investir dans les services de plus longue durée dont la clientèle a besoin

Tableau 70. Commentaires sur la probabilité de référer suicide.ca vers sa clientèle des personnes répondantes qui connaissent suicide.ca ou qui l'ont déjà visité

Commentaires sur la référence vers sa clientèle (n=168)
<p>Définitivement, assez probablement...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parce que suicide.ca amène de la variété (un service différent de ceux en place – en ligne et à distance) • Parce que suicide.ca propose une multitude de services
<p>Assez probablement, peut-être, probablement pas...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parce que je ne connais pas suffisamment suicide.ca • Parce que je dois d'abord vérifier si l'organisation responsable est reconnue par mon établissement • Parce que je préfère référer vers une ressource de ma région • Parce que je ne réfère pas vers d'autres ressources • Parce que je priorise le milieu de la clientèle comme outil • Parce que ma clientèle ne cadre pas (ex. : utilise peu et a peu accès aux TIC, est trop jeune)

Tableau 71. Commentaires sur la probabilité de recommander suicide.ca à ses collègues des personnes répondantes qui ne connaissent pas suicide.ca ou qui ne l'ont jamais visité

Commentaires sur la recommandation à ses collègues (n=122)
<p>Définitivement, assez probablement...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parce que maintenant je connais suicide.ca • Parce que c'est une ressource pertinente (référence pratique, informations claires, justes et pertinentes sur le site Web) • Parce que suicide.ca est accessible • Parce que suicide.ca est facile/simple/rapide à utiliser • Parce que j'ai confiance cliniquement en suicide.ca • Parce qu'il est important de connaître les ressources disponibles • Parce que nous sommes en constante recherche de ressources (des outils simples et interactifs) • Parce que c'est utile pour la clientèle présentant un risque ou des idéations suicidaires ou lors de crise • Parce que c'est un outil pour prévenir un passage à l'acte et avoir une compréhension de l'état • Parce que c'est un outil pour orienter vers les ressources appropriées • Parce que c'est un outil pour sécuriser la clientèle fragilisée (lors d'absence, d'indisponibilité ou de vacances des ressources habituelles) • Parce que la problématique du suicide est très présente chez la clientèle
<p>Assez probablement, peut-être, probablement pas...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parce que je ne connais pas suicide.ca • Parce que je ne connais pas la qualité du service offert • Parce que je dois évaluer s'il est fiable, utile et pertinent pour la clientèle • Parce que je préfère référer vers une ressource que je connais ou que ma clientèle connaît (Centre de crise, Info-Santé 811) • Parce que je préfère référer vers une ressource de ma région • Parce que je préfère référer des ressources de proximité • Parce que mes collègues en savent assez sur le sujet et ont déjà des outils • Parce que la problématique du suicide est peu présente (13 ans et moins) • Parce que je ne fais pas de recommandation aux collègues • Parce que je travaille seul ou j'ai peu de lien avec des collègues • Parce que je crois que les ressources Web sont inappropriées pour la clientèle en détresse ou souffrante et suicidaire • Parce que je crois plus utile d'investir dans les services de plus longue durée dont la clientèle a besoin

Tableau 72. Commentaires sur la probabilité de recommander suicide.ca à ses collègues des personnes répondantes qui connaissent suicide.ca ou qui l'ont déjà visité

Commentaires sur la recommandation à ses collègues (n=67)
<p>Définitivement, assez probablement...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parce que suicide.ca amène de la variété (un service différent des services en place – en ligne et à distance) • Parce que c'est une ressource pertinente (référence pratique, informations claires et pertinentes sur le site Web, outils pertinents) • Parce que suicide.ca est accessible • Parce que suicide.ca est facile/simple/rapide à utiliser • Parce qu'il est important de connaître les ressources disponibles • Parce que nous sommes en constante recherche de ressources • Parce que suicide.ca est complémentaire à nos services • Pour que mes collègues puissent offrir à leurs patients une variété d'outils • Pour que mes collègues soient plus à l'aise avec la problématique du suicide • Parce que c'est utile pour la clientèle présentant un risque ou des idéations suicidaires ou lors de crise • Parce que c'est un outil pour sécuriser la clientèle fragilisée (lors d'absence, d'indisponibilité ou de vacances des ressources habituelles)
<p>Assez probablement, peut-être, probablement pas...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parce que je ne connais pas suffisamment suicide.ca • Parce que je dois d'abord vérifier si l'organisation qui en est responsable est reconnue par mon établissement ou par mon équipe • Parce que je préfère référer vers une ressource que je connais (Centre de crise) • Parce que je ne réfère pas vers d'autres ressources moi-même • Parce que suicide.ca n'est pas assez connu • Parce que ma clientèle ne cadre pas avec les services (ex. : a peu accès aux TIC) • Parce que mes collègues en savent assez sur le sujet et ont déjà des outils • Parce que je crois que les ressources Web sont inappropriées pour la clientèle en détresse ou souffrante et suicidaire

4. DISCUSSION

Les résultats de la présente évaluation permettent de dégager plusieurs faits saillants et recommandations pour les suites de travaux de la SNPS.

4.1 Des composantes du modèle d'action confirmées

Tout d'abord, tel que mentionné dans la section 1.4.3 et dans la méthodologie, la présente évaluation s'intéresse à la théorie globale du programme de la SNPS. Tel que conceptualisée par Chen (2005, 2015, 2016), cette théorie est formée de deux modèles imbriqués et présente, dans leur environnement, les ressources et le soutien susceptibles de favoriser ou poser obstacle au déploiement de la SNPS.

Le modèle d'action illustre la planification systématique du personnel, des ressources, des lieux, des organisations et des conditions nécessaires pour rejoindre la clientèle cible et lui offrir une intervention. Il contient six composantes : la capacité de l'organisation, les compétences et l'adhésion des responsables de l'implantation de la SNPS, la collaboration des organisations associées et des partenaires, le protocole d'intervention et les modalités de livraison de services, les caractéristiques de la population cible et le soutien de l'environnement écologique. Les questions de la présente évaluation et les résultats qui sont

partagés plus bas sont étroitement liés à ce modèle d'action et traite des résultats à court terme de la SNPS. Ils tendent à en confirmer les composantes.

Le modèle de changement illustre les changements attendus à courts, moyens et longs termes à la suite de son implantation. Il comprend trois composantes, dont l'intervention et les résultats souhaités. Chaque composante de la plateforme de la SNPS est très complète et complexe et comporte des changements attendus et résultats distincts. Les résultats de la présente évaluation ne permettent pas de valider ces modèles. Certains propos tenus par les personnes utilisatrices de suicide.ca dans le cadre de la présente évaluation tendent toutefois à en confirmer, par exemple, les composantes Faire le point sur sa santé mentale et Prendre soin de soi. **Pour la suite des travaux**, une phase ultérieure de l'évaluation pourrait inclure la validation des modèles de changement de la théorie de programme.

4.2 Une gouvernance et des collaborations de qualité

Dans les écrits sur la gouvernance en santé, la gouvernance se caractérise généralement par les processus permettant d'attribuer les responsabilités et d'assurer l'imputabilité de chacune des parties d'un système (Siddiqi et al., 2009; World Health Organization, 2002, 2007). Pour mieux définir, décrire et opérationnaliser la fonction de gouvernance, Barbazza et Tello (2014) proposent d'en regrouper les dimensions sous trois catégories : les valeurs servant de guide à une « bonne gouvernance »; les sous-fonctions permettant de l'opérationnaliser; les buts ou les indicateurs permettant d'en mesurer les progrès (ex. : efficacité, efficience, qualité et ultimement, amélioration de la santé). Dans le cadre de la présente évaluation, ce sont les stratégies et les actions mises en place pour actualiser les sous-fonctions et porter la SNPS vers l'atteinte de ses objectifs qui ont principalement été abordées par les personnes répondantes.

Les résultats permettent de reconnaître la qualité opérationnelle de la structure de gouvernance dans la conception, l'implantation et le suivi/l'évaluation de la SNPS. Dans son rôle d'organisation mandataire, l'AQPS veille à la transparence et la responsabilité du processus et des produits et services qui en découlent; favorise la participation des parties prenantes de la SNPS; structure et gère les phases du processus, les stratégies et les actions propres à sa mise en œuvre; initie, implante et monitore un système de régulation; assure l'adaptabilité de la SNPS et tient compte des nouvelles connaissances et de l'expérience de la SNPS. Les sous-fonctions opérationnalisées correspondent à celles les plus communément citées dans les écrits sur la gouvernance en santé (Barbazza & Tello, 2014). Elles constituent les balises selon lesquelles la SNPS s'opérationnalise et supportent la structure en place dans son rôle; ce qui caractérise aussi un leadership de qualité (Barbazza & Tello, 2014). **Pour la suite des travaux**, ce leadership pourrait permettre aux acteurs de la SNPS de se positionner encore plus stratégiquement dans l'univers l'utilisation du numérique en santé mentale au Québec et dans le monde.

C'est la collaboration entre l'AQPS, les CPS prestataires du SIN et les nombreuses autres organisations ou personnes qui sont engagées dans le financement, la conception, le déploiement et le suivi/l'évaluation de la SNPS qui a été citée le plus fréquemment parmi les clés du succès de la SNPS.

Les dynamiques collaboratives vécues dans le cadre de la SNPS reposent d'abord sur la façon dont les parties prenantes ont su, jusqu'à ce jour, travailler avec leurs différences dans la résolution de problèmes et de conflits et dans la création et l'action. Ceci a nécessité : d'ouvrir la discussion autour de la position de chacun (ex. : besoins, attentes, apports, préoccupations) et des défis anticipés; de reconnaître les points de rencontre entre les parties (ex. : valeurs partagées, pratiques en prévention du suicide reconnues au Québec, contexte d'apprentissage pour tous); de formaliser la posture de collaboration

(ex. : mandat et contributions de chacune des parties, culture de travail dans les comités et groupes); de préciser les modes de collaboration (ex. : structure de gouverne, scission des travaux d'ordres administratifs et cliniques). Ces actions rejoignent le processus lié à l'engagement de principe tel que défini par les travaux d'Emerson et al. (2012), soit la découverte (explorer le positionnement), la définition (créer une compréhension commune), la délibération (convenir de la façon d'aborder et gérer les enjeux) et la détermination (consolider l'engagement). S'engager dans ce processus a notamment permis de développer une compréhension commune du but de la SNPS et des moyens pour l'atteindre qui intègre les préoccupations des parties prenantes. **Pour la suite des travaux**, il importera de poursuivre les efforts visant à conjuguer les divers horizons; ceci permettra de réactiver le processus de l'engagement de principes. Les fondements de la SNPS (ou les modèles d'action et de changement) auront avantage à être connus et acceptés par chacune des personnes impliquées (qu'elles soient nouvellement arrivées ou non). Cela pourrait influencer favorablement la motivation à poursuivre la collaboration malgré les écarts et les divergences et de contribuer à ce que la structure de gouverne de la SNPS soit en capacité d'agir collectivement (Emerson et al., 2012).

La présente évaluation n'inclut malheureusement pas de résultats à l'égard du cycle de renforcement de la motivation partagée par les parties prenantes tel que défini par Emerson et al. (2012) (confiance, compréhension mutuelle, légitimité et engagement). Il apparaît toutefois que les liens créés entre les personnes impliquées permettront à chacune d'aller au-delà de ses propres frontières et de s'engager dans l'action **pour la suite des travaux** d'implantation de la SNPS (Emerson et al., 2012).

Dans le cadre de la SNPS, de nombreuses stratégies et actions structurantes formelles (ex. : ententes et contrats, plans de conception et de déploiement, mandats des comités et groupes de travail, rôles et responsabilités de chacun, pratiques et procédures à respecter en matière d'intervention clinique) ou informelles (ex. : valeurs partagées autour la prévention du suicide, la protection et la sécurité des renseignements personnels et la collaboration, ententes de groupe) ont été mises en place. Ceci a contribué à encadrer les interactions entre les parties prenantes (Emerson et al., 2012).

Les informations et les données mises à contribution dans le cadre de la SNPS sont issues de la littérature grise et scientifique, de la consultation des parties concernées et d'experts d'ici ou d'ailleurs et du vécu de la SNPS et de ses parties prenantes. Selon Emerson et al. (2012), la collaboration nécessite d'agréger et de réassembler ces dernières pour générer de la connaissance qui reflète les valeurs et les points de vue de personnes impliquées. **Pour la suite des travaux**, en ce sens, une attention particulière doit être portée à la façon de partager et traiter celles-ci. Bien que les informations et les données apparaissent avoir été conjuguées efficacement en cours de processus, créer davantage de ponts entre les comités et groupes de travail et miser sur des moyens de communication formels permettrait de décloisonner la connaissance (p. ex. pour une meilleure compréhension de l'impact du stratégique et tactique sur l'opérationnel, pour une plus grande sensibilité et compréhension des besoins du clinique par l'administratif, etc.). Miser sur le secteur d'analyse de la performance et réactiver les rencontres de cette équipe autour de la gestion de la connaissance pourrait guider l'action (Groff & Jones, 2012).

Les ressources financières, temporelles, techniques et humaines dédiées à la SNPS sont nombreuses. Elles sont issues de la collaboration entre les parties prenantes (Emerson et al., 2012). À cet égard, il semble que ce soit principalement la grande qualité des personnes impliquées (tant sur le plan individuel que professionnel) et la complémentarité de leurs expertises qui a permis « d'aller plus loin avec la SNPS ». **Pour la suite des travaux**, outre le défi de conjuguer les divers horizons, mobiliser les ressources humaines nécessaires en temps opportun constitue également un défi qui devrait être adressé (ex. : poste vacant

de chef numérique, roulement des personnes chargées des communications, entrée en poste de personne intervenante numérique formée).

4.3 Une mise en œuvre de la SNPS à la fine pointe des connaissances

Le processus de mise en œuvre de la SNPS rejoint le cadre KTA (Straus et al., 2011) dont le cycle proposé permet de favoriser l'application des connaissances. Ce constat avait déjà été émis par Lane et ses collaborateurs (2021) dans l'article intitulé *Processus d'élaboration de la nouvelle Stratégie québécoise numérique en prévention du suicide : suicide.ca*.

Les phases du processus, les stratégies et les actions mises de l'avant dans le cadre de la SNPS font directement échos aux meilleures pratiques issues des écrits sur l'implantation d'innovation en santé. En se référant à l'*Aide-mémoire des stratégies et des actions pour chaque phase d'implantation* de Massuard et Lane (2022), les stratégies et les actions mises en place dans le cadre de la SNPS et pour lesquelles un rehaussement est parfois envisageable sont identifiées ici-bas.

Planifier la mise en œuvre. Dès la conception de la SNPS, les objectifs visés et les ressources à mettre à contribution pour les atteindre ont été identifiés. Beaucoup d'efforts ont été déployés afin de s'assurer du potentiel de mise en œuvre, de planifier le changement souhaité et de communiquer en début de démarche. Au cours de cette phase, il importe de s'assurer de la capacité de l'organisation mandataire et ses partenaires à poursuivre les efforts déployés dans le temps. Ceci signifie de considérer les coûts estimés et les ressources humaines nécessaires à tous les niveaux tant pour l'implantation que le maintien de la SNPS (Ben Charif et al., 2018; Leng et al., 2014; Milat et al., 2014). Cette préoccupation a d'ailleurs été nommée par quelques personnes répondantes et gagnerait à être adressée, et ce, particulièrement puisque la SNPS repose sur les technologies numériques qui évoluent rapidement et sur la contribution de ressources spécialisées dans la prestation de services d'intervention numérique en prévention du suicide.

De plus, au-delà de la création de nouveaux lieux de discussion et de prise de décision (par le biais de la structure de gouverne de la SNPS), la gouvernance suppose de mobiliser les instances qui sont déjà en place et de coordonner le changement souhaité avec d'autres en cours et à venir dans le RSSS (Excellence for Child and Youth Mental Health, 2013). **Pour la suite des travaux**, il serait pertinent que la SNPS soit positionnée plus clairement dans l'éventail de l'offre de services en santé mentale et prévention du suicide au Québec (ex. : par des stratégies de communication pour la faire connaître, démontrer sa complémentarité avec les autres services).

Déterminer l'écart entre les connaissances et la pratique. En cours de conception, la « situation idéale de soins et de services » selon les données scientifiques disponibles et l'écart entre cette « situation idéale » et les applications réelles sur le terrain ont été définis. L'utilité de susciter un changement de pratique clinique a alors été confirmée. On a veillé à cerner les besoins et les lacunes en matière de connaissances et raffiner la planification de la démarche d'implantation (Lane et al., 2021). Pour ces deux stratégies, l'implication des personnes visées par le changement est essentielle (Côté-Boileau et al., 2019). Les parties concernées ont été consultées au regard de la reconnaissance du besoin de changement et de la perception d'enjeux potentiels et en vue de légitimer le changement souhaité (May & Finch, 2009). L'engagement des personnes ciblées par le changement souhaité demeure essentiel tout au long du processus de mise en œuvre (Colquhoun et al., 2017; Mathieson et al., 2019). Ceci signifie que ces personnes sont informées le plus tôt possible de l'intention de changement et que leur point de vue est

considéré pour déterminer la faisabilité et l'acceptabilité du changement (Colquhoun et al., 2017; Mathieson et al., 2019).

La plupart des parties concernées se sont jointes à la structure de gouverne et y sont demeurées au fil du temps. La participation de personnes utilisatrices des services numériques (suicide.ca) tout au long du processus, au même titre que les autres parties, aurait permis de joindre leur voix dans la décision; un constat confirmé par l'une des personnes répondantes. **Pour la suite des travaux**, la participation de ce groupe pourrait s'actualiser soit par la nomination de représentants au sein de la structure de gouverne de la SNPS ou par la détermination d'autres moyens de les impliquer dans le développement ou l'évaluation des certaines composantes de la SNPS.

Adapter les connaissances au contexte. Au cours de processus de mise en œuvre, les produits de connaissances permettant de favoriser le changement souhaité en tenant compte des meilleures données disponibles et du contexte ont été conçus ou adaptés (Straus et al., 2013). Une démarche rigoureuse fondée sur les savoirs et portée par les parties concernées par le changement a permis de choisir et adapter ou de concevoir les produits de connaissances (Lane et al., 2021). Dans le contexte de la SNPS, ces produits ont pris différentes formes, par exemple celles de recensions des écrits, d'un cadre et de politiques éthiques, d'un site Web de psychoéducation, de questionnaires d'autoévaluation et d'outils d'autogestion en ligne, de procédures ou de protocoles et de guides de pratiques cliniques d'intervention numérique en prévention du suicide.

Déterminer les facteurs d'influence. En cours de conception de la SNPS (incluant suicide.ca), le potentiel d'utilisation des services numériques des personnes suicidaires, des proches de personnes suicidaires et de personnes endeuillées ainsi que d'application des apprentissages dans la pratique clinique des personnes intervenantes ont été estimés (Straus et al., 2013). Dès la phase exploratoire et tout au long du processus, l'équipe dédiée à la SNPS de l'AQPS et les comités ou groupes en place ont veillé à déterminer les facteurs d'influence et à établir des stratégies pour optimiser les facteurs favorables et surmonter les barrières (Lane et al., 2021). Ces stratégies se déploient en continu au sein de chacun des secteurs (performance Web, qualité clinique, gestion des opérations, gouvernance, communication et promotion, analyse de la performance). **Pour la suite des travaux**, afin d'aller plus loin, les facteurs d'influence liés aux caractéristiques et aux besoins/attentes des personnes utilisatrices des services numériques et des personnes intervenantes concernées par la SNPS (œuvrant au SIN ou plus largement dans le RSSS) (ex. : connaissances, croyances et confiance, sentiment de capacité et de compétence, motivation) pourraient être explorés davantage (Damschroder et al., 2009). Ceci permettrait par exemple de renforcer les actions pouvant favoriser leur adhésion par exemple en démontrant en quoi la SNPS permet de répondre à leurs besoins/attentes, en adressant leurs préoccupations pour insuffler la crédibilité et la confiance en la SNPS et son concepteur, en utilisant leur langage pour promouvoir la SNPS (King et al., 2020; May & Finch, 2009). Cette réflexion pourrait se joindre à celle entourant le suivi et l'ajustement du plan de communication élaboré (contenus, formats, modalités), notamment au regard de l'enjeu de la promotion des services numériques auprès des différents publics soulevé par les personnes répondantes.

Sélectionner, adapter et mettre en œuvre les stratégies. Qu'elles visent à soutenir l'amélioration des connaissances et le changement d'attitude ou de comportement (ex. : modèles de changement de la théorie de programme) ou le développement des compétences (ex. : parcours de développement des compétences en intervention numérique), des stratégies ont été ciblées en vue de favoriser l'utilisation des produits de connaissances de la SNPS. Ces stratégies misent à la fois sur des méthodes structurées et sur l'approche d'accompagnement (Lane et al., 2021). Elles sont appuyées par des connaissances actuelles

et adaptées au contexte de mise en œuvre ainsi qu'aux personnes visées par le changement (Lane et al., 2021). Elles prévoient des activités qui agissent sur différents plans (ex. : mobilisation, compréhension de la pratique, accessibilité de l'information).

Surveiller l'utilisation des connaissances et évaluer les retombées. Les différents secteurs prévoient des activités de suivi et d'analyse de la performance. Ces activités permettent de mettre en évidence les avancées et les défis en cours de mise en œuvre et identifier les ajustements nécessaires, particulièrement pour les secteurs de la performance Web, de la communication et la promotion et de la gestion des opérations (Lane et al., 2021). D'autres actions, réalisées en collaboration avec l'équipe de la présente évaluation, permettent également d'approfondir la réflexion autour de la mise en œuvre et des effets à court terme de la SNPS.

Généralement, les défis liés à la mesure sont importants (Damschroder et al., 2009; Powell et al., 2019). C'est pourquoi il importe de concentrer les efforts autour des besoins et des enjeux auxquelles il est prioritaire de répondre (Bowen, 2012; Patton, 2012). Dans le contexte de la SNPS, cela permettrait de guider le choix des moyens et des indicateurs de suivi/d'évaluation à conserver dans le temps ainsi que de structurer/d'arrimer les démarches de suivi/d'évaluation. Planifier l'utilisation des données colligées en amont permettrait d'en confirmer le lien avec les besoins et enjeux et de déterminer les conditions selon lesquelles elles pourraient, par exemple, favoriser la compréhension, veiller à l'intégrité des pratiques telles qu'elles ont été réfléchies ou soutenir la décision (Bowen, 2012; May & Finch, 2009; Patton, 2012). Partager davantage les résultats du suivi avec les parties concernées et reconnaître leur contribution au quotidien et dans les communications et la promotion de la SNPS permettrait d'apporter du sens dans leurs réalités et de mettre en valeur les réussites attribuables à leurs efforts dans le cadre de la SNPS (Amadou et al., 2014; Bowen, 2012; Patton, 2012; Powell et al., 2015). **Pour la suite des travaux**, certains apprentissages pourraient également bénéficier d'être diffusés plus largement afin de contribuer à l'amélioration des connaissances en intervention en prévention du suicide dans l'utilisation des technologies numériques en santé mentale.

Favoriser la pérennisation de l'utilisation des pratiques liées au changement souhaité. La planification de la pérennisation de la SNPS a été amorcée au début du processus de mise en œuvre (ex. : inclusion du suivi/de l'évaluation, engagement des parties prenantes) (Lane et al., 2021). Des actions favorisant le soutien de la routinisation et l'institutionnalisation du changement souhaité ont été réalisées en cours de processus (ex. : arrimage de la SNPS aux besoins et contextes locaux) (Lane et al., 2021). **Pour la suite des travaux**, l'identification d'une structure financière de la SNPS à plus long terme serait nécessaire afin d'assurer la pérennisation.

4.4 Un parcours de développement des compétences en intervention numérique favorisant l'application des apprentissages

Dans sa forme actuelle, le parcours de développement des compétences en intervention numérique propose aux personnes apprenantes : de compléter la formation *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques* (si ce n'est pas déjà fait); de participer à la formation à l'intervention numérique et à des activités complémentaires de formation continue offertes par l'équipe dédiée à la SNPS de l'AQPS; de bénéficier d'une supervision et d'un accompagnement individualisé. Les résultats de l'évaluation témoignent de l'excellence de la structure, des activités et du matériel proposés dans le cadre de la formation à l'intervention numérique ainsi que de ses personnes formatrices. Cette formation prend déjà en compte un maximum d'ingrédients favorisant le transfert des apprentissages dans la pratique (Lane & Gagné, 2009) pour lesquelles davantage de coups de cœur que de pistes de rehaussement ont

été présentés précédemment. Qui plus est, cette formation semble également adresser les prédicteurs de l'application des connaissances que sont les connaissances liées aux compétences ciblées, le sentiment d'efficacité personnelle, la motivation à transférer les apprentissages et la perception de l'utilité des apprentissages (Lauzier et al., 2016). Bien que conçue par l'équipe dédiée à la SNPS de l'AQPS, elle met à contribution l'expertise et tient compte l'expérience de l'équipe d'intervention et des CPS prestataires du SIN ainsi que celle des personnes apprenantes; une particularité essentielle à conserver (Excellence for Child and Youth Mental Health, 2013).

Dans le contexte d'adoption ou de changement des pratiques en intervention en prévention du suicide que suppose la SNPS, la supervision et de l'accompagnement proposée constituent un incontournable du parcours de développement. Une formation qui prévoit des moments de rétroaction post-formation et le soutien clinique interactif et régulier seraient efficaces pour améliorer les connaissances et favoriser l'utilisation d'outils/guides cliniques (Chauhan et al., 2017). **Pour la suite des travaux**, le rôle de soutien et d'encadrement joué par les personnes superviseuses-accompagnatrices, coordonnatrices cliniques et intervenantes de soutien du SIN dans le contexte de la SNPS gagneraient à être clarifiées et renforcées. Pour ce faire, les compétences de soutien clinique et d'encadrement cliniques de ces personnes pourraient être évaluées et développées. Les travaux de Gonsalvez (2020), qui proposent notamment un questionnaire *Supervision evaluation and supervisory competence scale*, pourraient guider cette réflexion.

Force est de constater que le contexte d'opérationnalisation du SIN n'est plus le même qu'au moment de son lancement à l'automne 2020. On constate une demande de formation en continu pour répondre au besoin en ressources; un plus petit nombre de personnes intervenantes à former à la fois; un besoin de compléter la formation en temps opportun; un nombre important de personnes formées qui n'interviennent pas au sein du SIN (ex. : attribution à d'autres services, départ du SIN); etc. Face à ces défis, certains changements s'imposent au sein du parcours de développement et l'équipe dédiée à la SNPS de l'AQPS y œuvre déjà.

Pour la suite des travaux, c'est dans cette optique que les pistes de rehaussement suivantes sont émises :

- Élaguer les activités de formation à l'intervention numérique qui se déroule « en présentiel » en groupe en :
 - S'assurant que chacune des activités en présentiel vise spécifiquement le développement des compétences (ex. : préciser les objectifs de chacune des activités, placer les simulations au cœur du présentiel);
 - Transformant les activités qui visent le développement des connaissances (ex. : éviter qu'elles soient en présentiel en les intégrant dans un volet de formation en ligne ou dans un guide de bonnes pratiques virtuel et interactif en préparation du mode en présentiel);
 - Accordant plus de temps aux contenus avec lesquels les personnes intervenantes perçoivent avoir plus de difficultés (ex. : personnes suicidaires de 13 et moins et personnes endeuillées par suicide) ou ont davantage de besoins (ex. : AOS);
 - Misant sur les personnes superviseuses-accompagnatrices cliniques qui peuvent avoir le mandat de couvrir certains contenus de formation en plus de soutenir le transfert des apprentissages de la formation dans la pratique;
 - Optimisant le volet de formation en ligne avec la contribution de technopédagogues (N.B. : explorer avec le MSSS la possibilité que la formation à l'intervention numérique soit soutenue par « La formation continue partagée » - une démarche d'envergure qui vise à offrir un accès gratuit et facile à de la formation en ligne via la plateforme de l'environnement numérique d'apprentissage).

- Créer un guide de bonnes pratiques virtuel et interactif qui :
 - Réunira les pratiques qui se retrouvent dans le document « Structure et pratiques... » et dans le guide d'animation de la formation (ex. : les sections qui exposent « En résumé » ou « Grands messages »);
 - Sera utilisé pour faciliter les lectures préalables au mode en présentiel et comme aide-mémoire dans la pratique, d'où l'importance qu'il soit virtuel et interactif afin de permettre une navigation rapide à partir de la structure d'intervention;
 - Pourra être diffusé par l'AQPS afin de contribuer à son rayonnement et son positionnement en intervention numérique en santé mentale.
- Individualiser le parcours de développement, particulièrement le volet de formation, à partir d'une évaluation initiale des compétences des personnes apprenantes (ex. : reconnaissance des acquis en intervention en prévention du suicide) pour permettre d'accélérer le processus pour certaines personnes exemptées de certains contenus ou d'activités.
- Envisager la signature de contrats entre l'APQS, les CPS prestataires du SIN et les personnes intervenantes formées afin de garantir un retour sur l'investissement dans la formation (ex. : nombre d'heures/semaine en intervention numérique).
- Développer un partenariat avec une université pour développer un microprogramme en intervention en santé mentale numérique en :
 - Favorisant une formation de base de plusieurs personnes intervenantes avant qu'ils arrivent à sur le marché du travail, donc au sein de l'équipe numérique du SIN;
 - Stimulant l'attraction pour ce type d'intervention;
 - Positionnant l'AQPS et les CPS prestataires du SIN qui ont développé une pratique novatrice en prévention du suicide.

4.5 Un service d'intervention numérique en consolidation

Dans le contexte de la SNPS, les attentes liées à la tâche et aux exigences de l'intervention numérique en prévention du suicide sont clairement définies et communiquées (Damschroder et al., 2009). De la formation (incluant du matériel de référence) ainsi que de la supervision et de l'accompagnement sont offerts aux personnes intervenantes afin de veiller au développement de leurs compétences et d'assurer la qualité des interventions (Damschroder et al., 2009). Malgré cela, une certaine variabilité semble être observée entre les personnes intervenantes (ex. : selon l'expérience en prévention du suicide ou le CPS d'appartenance), mais aussi dans le temps pour une même personne (ex. : selon l'état de fatigue ou le niveau de stress en cours de quart de travail). Chaque personne réalise l'activité selon ce qui la caractérise (p. ex. ses connaissances, croyances, son sentiment d'auto-efficacité ou d'appartenance, ses attributs personnels) (Damschroder et al., 2009) et ce qu'elle vit au travail (Carré & Caspar, 2011; St-Vincent et al., 2011a).

Force est de constater que l'approche privilégiée par le SIN laisse peu de place aux ajustements pour faire face à la variabilité des conditions de travail (ex. : niveau de charge variable, tâche ancrée dans l'incertitude, exigences particulières des personnes utilisatrices) et à sa propre variabilité (ex. : état, satisfaction, apprentissages) (St-Vincent et al., 2011b). Lorsque ces ajustements sont insuffisants pour maintenir l'équilibre entre l'atteinte des objectifs tel que prescrits, les relations positives avec le collectif de travail et l'état bien-être et de santé, un compromis est fait (Falzon, 2004; St-Vincent et al., 2011a). Au sein du SIN, ceci peut par exemple se traduire par l'adoption de modes opératoires non-conformes (ex. :

écarts dans la pratique sur le plan clinique, non-respect des règles de fonctionnement du SIN), l'expérience d'un certain inconfort ou mal-être dans la pratique (ex. : incompréhension de certaines exigences, frustration et angoisse face à certaines situations d'intervention, épuisement lors de période où la charge de travail est élevée, etc.) et même parfois, le départ de personnes intervenantes. Dans ce contexte, le défi du SIN est de préciser la marge de manœuvre possible ou à partir de « quand » les ajustements ne sont plus acceptables (St-Vincent et al., 2011b).

Comme déjà amorcée dans le cadre de la SNPS, la marge de manœuvre peut aussi être réfléchi sur le plan des conditions et des moyens offerts par le milieu de travail et de l'environnement social (St-Vincent et al., 2011b). Parmi les pistes de rehaussement, on peut déjà compter les actions mises de l'avant afin d'optimiser l'organisation du travail en ce qui a trait au bon fonctionnement des quarts de travail (ex. : actions visant la cohérence entre les trois CPS prestataires) et au soutien des intervenants pendant ces périodes (ex. : clarification du rôle de la personne intervenante de soutien). Les actions entreprises auront avantagé à s'appuyer sur la philosophie de prestation de service partagée par les membres des équipes d'intervention et à prendre en compte les caractéristiques des organisations qui en font la cogestion (historique, offre de services, culture de travail, climat de travail, leadership en place) (Damschroder et al., 2009; St-Vincent et al., 2011b). Optimiser les communications entre les parties prenantes de la SNPS (ou clarifier les nombreux canaux et outils utilisés à différents niveaux qui « diluent » l'information) permettra aussi de conditionner l'état des relations (St-Vincent et al., 2011b).

Pour la suite des travaux, des actions visant à créer un « collectif » gagneront aussi à se poursuivre; les besoins, les attentes, les apports et les préoccupations de chacun et les interactions pouvant alléger (ex. : concertation autour d'une intervention – un apport positif de l'autre qui diminuent les contraintes dans la réalisation de l'activité) ou alourdir (ex. : contacts répétés d'une personne utilisatrice su SIN – des besoins et des attentes qui augmentent les contraintes) (Carré & Caspar, 2011; St-Vincent et al., 2011a).

Les éléments de transfert d'apprentissages abordés dans les sections précédentes et faisant déjà l'objet de réflexion du côté de la SNPS demeureront centraux (St-Vincent et al., 2011b). En complément des périodes de formation et de supervision-accompagnement, le travail lui-même peut aussi être un facteur de développement de compétences sur le plan individuel et collectif (Falzon, 2004). **Pour la suite des travaux**, il importe donc de définir les conditions de travail, le type d'activité et les outils qui favorisent ce développement, pour que le travail soit en lui-même formateur et ultimement, satisfaisant (Falzon, 2004).

La réflexion autour de ces éléments aura avantage à être réalisée en collaboration avec les membres des équipes d'interventions des CPS prestataires du SIN puisqu'elles recherchent déjà des stratégies pour répondre aux exigences et réduire les contraintes au quotidien (St-Vincent et al., 2011b).

4.6 Le service d'intervention numérique jugé utile

Globalement, suicide.ca est jugée positivement du point de vue de sa conception et des thèmes qui sont proposés. Du côté des pages ou des espaces à améliorer, ce sont la partie « outils », les questionnaires d'autoévaluation et le bottin de ressources qui semblent poser des problèmes (ex. : difficile à retrouver). Le contenu de suicide.ca est très riche, ce qui peut entraver la navigation, surtout face à un public en situation de grande vulnérabilité au moment de la consultation.

En termes de pratiques, les personnes utilisatrices consultent suicide.ca de manière concentrée (focus sur une catégorie, par exemple). On distingue deux types d'usages : les personnes qui souhaitent parler à quelqu'un et qui se dirigent vers le clavardage (ces personnes sont souvent celles qu'on pourrait identifier comme « en crise » ou celles qui cherchent à identifier des ressources); les personnes qui naviguent sur

suicide.ca et qui cherchent à s'informer, comprendre, se comprendre. Il y a peu de création de compte utilisateur ou de téléchargement de l'application. Les raisons mentionnées sont d'ordre technique (difficulté de créer un compte), pratiques (usage de la plateforme considéré comme ponctuel), identitaires (peur d'être tracé ou reconnu) et environnementales (peur d'être jugé ou d'inquiéter). Il y a donc un travail de réflexion à plusieurs facettes à mener si la création d'un compte utilisateur ou l'usage de l'application sont considérés comme importants. La plateforme suicide.ca semble répondre à l'attente d'être écoutée avec bienveillance et sans jugement; elle semble remplir ce rôle. La partie « outils » et les questionnaires d'autoévaluation, du point de vue des pratiques, sont jugés d'intérêt : il y a donc un effort à fournir pour améliorer leur accès sur suicide.ca.

En termes d'identité, le profil des personnes qui consultent suicide.ca est varié, avec un point commun qui est celui d'une vulnérabilité au moment de la consultation. Ce public particulier est sujet à de nombreuses peurs, sur la base des expériences passées, comme celles d'être identifiées, tracées, ou encore celles de déclencher une intervention (envois des services d'urgence, hospitalisation, etc.). Ainsi, l'usage de suicide.ca se fait à partir de ces contraintes (éviter d'être reconnu, etc.), ce qui explique le succès du clavardage qui propose une parfaite flexibilité dans l'usage (parler sans être vu, choisir ce que l'on écrit, terminer la conversation quand cela est souhaité). La plateforme suicide.ca est considérée positivement dans les valeurs qu'elle promeut (écoute, bienveillance, non-jugement). Du fait du caractère varié des profils, les améliorations proposées concernent une meilleure visibilité et représentation de différents groupes définis (jeunes, communautés autochtones, etc.).

Enfin, en termes d'adaptation de suicide.ca à des usages dans différents contextes, il est à noter que le sujet du suicide est perçu comme tabou et difficile à « mettre en mot ». Pour ces raisons, les personnes ont recours à suicide.ca, car elles ne peuvent/souhaitent pas partager leur histoire avec leurs proches. L'usage de suicide.ca doit pouvoir se faire dans un endroit sécuritaire où les questions de confidentialité et d'anonymat peuvent être respectées. À ce sujet, le titre de suicide.ca peut être un frein à son usage dans des contextes publics, car jugé trop explicite. Il serait éventuellement intéressant de considérer de renommer la plateforme (calcul du coût/bénéfices de l'emploi du nom suicide.ca) ou d'enlever le logo de suicide.ca sur l'application *Mes outils*.

L'analyse des entretiens mène à deux réflexions plus globales :

- La première tient au positionnement de la plateforme : celle-ci est perçue par les personnes utilisatrices comme un lieu d'écoute, d'échange « en tout temps ». Est-ce un positionnement qui est voulu par les personnes conceptrices et partagé et « compris » notamment du côté des personnes intervenantes ? Le manque de convergence éventuel sur les attentes respectives pourrait, il nous semble, conduire à des malentendus, voire des difficultés sur le plan des interventions.
- La deuxième tient là encore à cette notion d'écoute qui semble essentielle pour les personnes utilisatrices, à tel point que la plateforme semble venir « combler un vide ». Après analyse, il apparaît que, bien que suivies par des professionnels de la santé, les personnes se sentent seules pour cheminer, avec une difficulté pour être entendue. La plateforme répond donc à cette attente. Ceci pose la question de l'arrimage avec le système de santé, et notamment le suivi de ces personnes *dans une perspective de prévention, dans le temps long*, une fois la consultation du site terminée.

Pour la suite des travaux,

- Envisager à développer des contenus/outils/références spécifiques pour des jeunes de 25 ans et moins provenant de la diversité sexuelle, car le taux d'envoi de secours pour ce groupe est le double que pour les autres utilisateurs.
- Optimiser l'autoévaluation et développer des fiches thématiques associées à chaque problématique de santé mentale pour répondre aux nombreux utilisateurs qui ont des enjeux de santé mentale. Exemple : sur la page anxiété, en plus d'avoir un vidéo témoignage, on pourrait avoir un psychologue qui présente des trucs pour gérer son anxiété.
- Recalibrer le SIDAS pour le clavardage. Les utilisateurs les plus à risque obtiennent un score avoisinant 33 (écart type de 7). Le recalibrage devrait donc être d'environ 26 pour obtenir une cote de 75.
- Adopter une stratégie proactive de promotion de suicide.ca sur les médias sociaux dont auprès des endeuillés par suicide.. Les articles de blogs sont particulièrement performants. Poursuivre la stratégie de promotion de suicide.ca sur les moteurs de recherche via la publication d'articles de blogs optimisés pour le SEO (search engine optimization).
- Mettre en place une démarche d'investigation ou une nouvelle recherche visant à :
 - Analyser les raisons qui expliquent que les jeunes affichent un risque plus élevé au triage, mais reçoivent une cote de dangerosité moins grave à la fin des interventions.
 - Analyser les raisons qui expliquent que les personnes qui répondent non ou incertain au triage et les gens pour qui ont évalué la dangerosité répondent au sondage.
 - Analyser les critères essentiels pour l'estimation de la dangerosité en ligne versus ceux qui sont jugés facultatifs (ex. : consommation n'est actuellement presque jamais explorée) puisque tous les critères ne sont pas estimés dans les interventions.
 - Analyser les raisons qui expliquent que les intervenants proposent très peu de mesures de sécurité. Vérifier si c'est à cause de la non-complétion de cette section du rapport d'intervention.
 - Analyser les raisons qui expliquent qu'il existe un grand écart entre les perceptions qu'ont les intervenants des impacts de leurs interventions, et les résultats aux sondages post-intervention. Des recherches futures, utilisant l'analyse de contenu comme méthode, investiguent cette différence et évaluent les impacts du service.
 - Analyser de quelle façon les réponses au triage influencent les interventions des intervenants puisque les scores au triage et l'estimation de la dangerosité sont très corrélés.
 - Analyser les impacts de réduire la durée des interventions puisque si on se fie aux perceptions de l'impact des interventions des intervenants et à leurs estimations de la dangerosité, la durée idéale des interventions avoisine 90 minutes.
 - Analyser les critères qui sont utilisés par les intervenants pour envoyer les secours.

4.8 Des outils numériques qui répondent aux besoins initialement documentés

Enfin, les résultats tendent à démontrer que la SNPS est en voie de répondre aux besoins documentés par Bazinet, Diaz et Lortie (2018) au cours de la phase exploratoire.

Globalement, la SNPS rejoint les objectifs priorités par les acteurs clés en prévention du suicide consultés en 2018. Ces objectifs, qui apparaissaient cohérents avec le mandat initial de la SNPS (Bazinet et al., 2018), se sont principalement actualisés par le déploiement de suicide.ca. En 2018, les acteurs consultés étaient déjà favorables (à environ 70%) à l'utilisation des modalités numériques proposés, particulièrement dans la mesure où elles visaient à informer, orienter, offrir un soutien 24 heures/7jours et référer vers les services traditionnels (Bazinet et al., 2018). En 2021-2022, les personnes intervenantes en santé mentale répondantes au récent sondage « Votre opinion sur suicide.ca » qui connaissent suicide.ca semblent généralement satisfaites ou très satisfaites :

- De suicide.ca de façon globale;
- De la complémentarité de suicide.ca avec l'offre de services actuelle en santé et services sociaux ou les services déjà offerts par les professionnels;
- De la convivialité des pages informationnelles, de la page ou de l'application *Mes outils*;
- De la clarté et la fiabilité des informations présentes sur les pages informationnelles;
- De la capacité des pages informationnelles et de la page ou l'application *Mes outils* à répondre aux besoins de la clientèle ciblée;
- De l'aspect sécuritaire de la page ou l'application *Mes outils*;
- De l'utilité de la page ou l'application *Mes outils* dans la pratique professionnelle;
- De la facilité d'accès, de la crédibilité et du potentiel à assurer un filet de sécurité du SIN par clavardage.

Ce sondage confirme que certaines préoccupations rapportées par Bazinet, Diaz et Lortie (2018) persistent toujours, notamment les limites des modalités numériques pour prévenir le suicide (inadaptées à certains sous-groupes comme les personnes âgées et les personnes vivant avec un handicap ou inappropriées dans certaines situations telles qu'en cas de danger grave à court terme) ainsi que le besoin de créer davantage de liens dans l'intervention avec les professionnels qui accompagnent les personnes utilisatrices de suicide.ca.

Il est à noter que les personnes sondées souhaitent éventuellement référer leurs clients ou collègues à suicide.ca En ce sens, faire des actions de promotion auprès des personnes intervenantes en santé mentale devrait être envisagé puisque 55% des professionnels en santé mentale sondés ne connaissaient pas suicide.ca

D'autres préoccupations citées par Bazinet, Diaz et Lortie (2018) semblent avoir été adressées (ex. : présence d'un cadre d'intervention défini, qualité des communications, possibilité de localiser une personne en danger immédiat à court terme, présence des ressources permettant d'offrir le service, etc.); elles rejoignent les efforts déployés en matière de formation et d'accompagnement clinique pour assurer la qualité des interventions par clavardage.

Deux objectifs priorités par les acteurs clés en prévention du suicide en 2018 demeurent à adresser : 1) le repérage des personnes suicidaires et des personnes vulnérables au suicide (ex. : sentinelles sur les médias sociaux) et 2) l'offre de formations et de soutien aux acteurs clés de la prévention du suicide (ex. : personnes intervenantes, bénévoles) dans l'utilisation des technologies numériques (Bazinet et al., 2018). Ils rejoignent les mandats de la SNPS et donc, les travaux à venir.

Du côté de la population québécoise âgée de 15 ans et plus, la section précédente traite de façon détaillée de l'expérience des personnes utilisatrices de suicide.ca. En ce qui a trait aux perceptions de l'échantillon de cette population consulté en 2018, la SNPS semble avoir pris en compte leurs points de vue. En déployant suicide.ca, la SNPS reconnaît l'importance d'offrir de l'information fiable sur le suicide et d'offrir de l'aide par clavardage rapidement 24 h/7 jours et ce, de façon anonyme et confidentielle (Bazinet et al., 2018).

5. CONCLUSION

Cette évaluation a permis de valider plusieurs composantes de la SNPS et d'identifier des pistes de rehaussement pour certaines composantes et des pistes de recherche futures. Nous terminons ce rapport en abordant les limites de cette évaluation et les stratégies mises en place pour les atténuer.

5.1 Les limites et les stratégies d'atténuation

Deux biais potentiels et les stratégies d'atténuation employées sont décrits ci-dessous. Ces stratégies pourraient ne pas pallier entièrement ces derniers; ils ont donc été pris en compte lors de l'interprétation des résultats.

5.1.1 Le biais de sélection

Un des principaux défis sur le plan méthodologique est le recrutement d'un échantillon représentatif de l'ensemble des personnes utilisatrices ciblés par suicide.ca. Sans la participation de personnes utilisatrices ayant différents points de vue et habitudes d'utilisation, les informations recueillies pourraient s'avérer insuffisantes ou incomplètes (p. ex. les barrières à l'utilisation de suicide.ca). Pour faire face à ce biais de sélection qui pourrait affecter la validité externe des résultats, l'invitation à participer au projet de recherche a été diffusée largement via suicide.ca et les plateformes qui y sont associées. En ce qui a trait aux entrevues, le profil des personnes utilisatrices intéressées à participer a également été adressé lors du recrutement afin de constituer un échantillon comparable à celui de la population de personnes utilisatrices (tel que défini à partir des données métriques). La période de recrutement a été également été prolongée afin de mobiliser les différents profils de personnes utilisatrices ciblées.

5.1.2 Le biais d'acceptabilité sociale

Un autre défi concerne le biais d'acceptabilité sociale, notamment pour les réponses aux questionnaires post-intervention et aux entrevues ainsi que les façons de faire lors des séances de formation observées. Ce biais pourrait affecter la validité des conclusions tirées sur la base des données collectées. Pour faire face à ce biais, différentes stratégies ont été mises de l'avant.

Pour les questionnaires post-intervention, ces stratégies sont notamment : l'envoi automatique d'une invitation à participer sous la forme d'un message standardisé au moment où la personne utilisatrice n'est plus en contact avec la personne intervenante; le libellé de l'invitation à répondre au sondage (« Votre participation est confidentielle : les personnes intervenantes du SIN ne sauront pas que vous avez répondu au sondage et ils n'auront pas accès à vos réponses »); le caractère anonyme des questionnaires post-intervention. De plus, les résultats d'évaluations ayant un protocole similaire démontrent qu'une proportion importante des personnes utilisatrices de ce type de service semble être très critique par rapport aux services reçus (Mokkenstorm et al., 2013; Sindahl et al., 2019). Une grande variabilité des réponses au questionnaire post-intervention était donc attendue.

En ce qui a trait aux questionnaires post-intervention et aux entrevues, des questions précises, simples, courtes, neutres et sans ambiguïté ont aussi été privilégiées pour atténuer ce biais potentiel. Pour les entrevues et les séances d'observation, le processus de consentement ainsi que l'accueil des personnes répondantes incluent une mise en contexte du projet (ex. : précisions sur les objectifs et retombées potentielles) et une introduction prônant la liberté d'opinion (ex. : importance de chaque point de vue, principe de respect et de non-jugement); ceci contribuant à instaurer un climat propice aux échanges. La multiplication des points de vue (ou des entrevues) a également contribué à atténuer le biais potentiel d'acceptabilité sociale.

LISTE DES RÉFÉRENCES

- 113 Suicide Prevention. (2022). *Suicide prevention Netherlands | 113 Zelfmoordpreventie*.
<https://www.113.nl/english>
- Amadou, B., Curran, J., Wilson, L., Dagadu, N. A., Jennings, V., Lundgren, R., Kiesel, R., & Hardee, K. (2014). *Guide for Monitoring Scale-up of Health Practices and Interventions*. MEASURE Evaluation PRH, U.S. Agency for International Development.
<https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms13-64.html>
- Association québécoise de prévention du suicide. (2021). *Conditions d'utilisation et confidentialité*.
<https://suicide.ca/fr/conditions-utilisation-et-politique-de-confidentialite>
- Association québécoise de prévention du suicide. (2022). *À propos de la Stratégie numérique*.
<http://www.aqps.info/strategie-numerique/>
- Association québécoise de prévention du suicide. (s.d.). *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques*. <https://www.aqps.info/se-former/formation-intervenir.html>
- Association québécoise de prévention du suicide. (s. d.). *La raison d'être de suicide.ca*.
<https://suicide.ca/fr/a-propos/raison-detre>
- Barbaza, E., & Tello, J. E. (2014). A review of health governance : Definitions, dimensions and tools to govern. *Health Policy*, 116(1), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.01.007>
- Bauer, M. S., Damschroder, L., Hagedorn, H., Smith, J., & Kilbourne, A. M. (2015). An introduction to implementation science for the non-specialist. *BMC Psychology*, 3(1), 32.
<https://doi.org/10.1186/s40359-015-0089-9>
- Bazinet, J. (2014). *Utiliser les nouvelles technologies pour prévenir le suicide : Perspectives d'avenir pour le Québec* (p. 26). Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.
<https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Publications/Rapports/UtiliserNouvellesTechnologiesPreventionSuicide.pdf>
- Bazinet, J., Diaz, L., & Lortie, P. B. (2018). *Stratégie numérique sur la prévention du suicide au Québec – Portrait des pratiques actuelles et des besoins* (p. 116). Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.
https://www.aqps.info/media/documents/VFINALEpourdiffusion_Portraitdespratiquesetbesoins-2018-SNPSQ.pdf
- Ben Charif, A., Hassani, K., Wong, S. T., Zomahoun, H. T. V., Fortin, M., Freitas, A., Katz, A., Kendall, C. E., Liddy, C., Nicholson, K., Petrovic, B., Ploeg, J., & Légaré, F. (2018). Assessment of scalability of evidence-based innovations in community-based primary health care : A cross-sectional study. *CMAJ Open*, 6(4), E520-E527. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20180143>
- Bowen, S. (2012). *Guide d'évaluation dans le domaine de la recherche en santé*. Département des sciences de la santé publique, École de santé publique Université de l'Alberta. <http://www.cih-irsc.gc.ca/f/45336.html>
- Cabinet du ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux. (2020). *Santé mentale—Le ministre Carmant annonce un investissement majeur de 100 M\$*.

<https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/sante-mentale-le-ministre-carmant-annonce-un-investissement-majeur-de-100-m/>

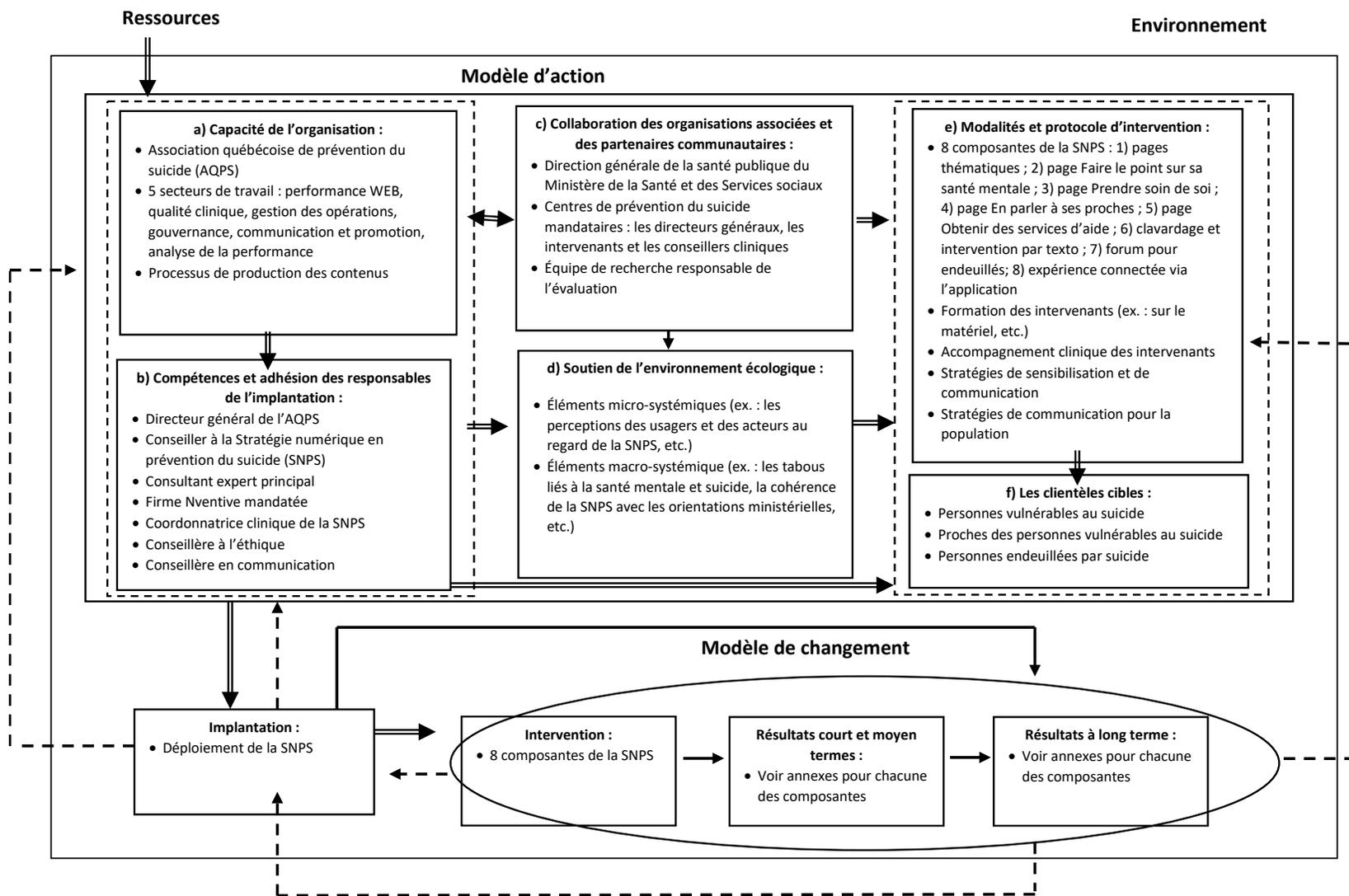
- Carré, P., & Caspar, P. (2011). *Traité des sciences et techniques de la formation* (3e éd. entièrement revue et augmentée). Dunod.
- Certeau, M. de, Giard, L., & Certeau, M. de. (2010). *Arts de faire* (Nouvelle éd). Gallimard.
- Chauhan, B. F., Jeyaraman, M., Mann, A. S., Lys, J., Skidmore, B., Sibley, K. M., Abou-Setta, A., & Zarychanski, R. (2017). Behavior change interventions and policies influencing primary healthcare professionals' practice—An overview of reviews. *Implementation Science*, *12*(1), 3. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0538-8>
- Colquhoun, H. L., Squires, J. E., Kolehmainen, N., Fraser, C., & Grimshaw, J. M. (2017). Methods for designing interventions to change healthcare professionals' behaviour : A systematic review. *Implementation Science*, *12*(1), 30. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0560-5>
- Côté-Boileau, É., Denis, J.-L., Callery, B., & Sabeau, M. (2019). The unpredictable journeys of spreading, sustaining and scaling healthcare innovations : A scoping review. *Health Research Policy and Systems*, *17*(1), 84. <https://doi.org/10.1186/s12961-019-0482-6>
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice : A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, *4*(1), 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Dixon-Woods, M., Amalberti, R., Goodman, S., Bergman, B., & Glasziou, P. (2011). Problems and promises of innovation : Why healthcare needs to rethink its love/hate relationship with the new. *BMJ Quality & Safety*, *20*(Suppl 1), i47-i51. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.046227>
- Dourish, P. (2001). *Where the action is : The foundations of embodied interaction*. MIT Press.
- Emerson, K., Nabatchi, T., & Balogh, S. (2012). An Integrative Framework for Collaborative Governance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, *22*(1), 1-29. <https://doi.org/10.1093/jopart/mur011>
- Excellence for Child and Youth Mental Health. (2013). *Implementing evidence-informed practice : A practical toolkit* (p. 44). Ontario Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health.
- Falzon, P. (Éd.). (2004). *Ergonomie*. Presses universitaires de France.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation Research : A Synthesis of the Literature* (p. 125). Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network. <https://nirn.fpg.unc.edu/sites/nirn.fpg.unc.edu/files/resources/NIRN-MonographFull-01-2005.pdf>
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., & Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation : Time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, *26*(1), 13-24. <https://doi.org/10.1002/chp.47>

- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of Innovations in Service Organizations : Systematic Review and Recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629. <https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x>
- Groff, T., & Jones, T. (2012). *Introduction to Knowledge Management* (0 éd.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780080495781>
- Jouët, J. (2000). Retour critique sur la sociologie des usages. *Réseaux*, 18(100), 487-521. <https://doi.org/10.3406/reso.2000.2235>
- Khalil, H. (2016). Knowledge translation and implementation science : What is the difference? *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 14(2), 39-40. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000086>
- King, D. K., Shoup, J. A., Raebel, M. A., Anderson, C. B., Wagner, N. M., Ritzwoller, D. P., & Bender, B. G. (2020). Planning for Implementation Success Using RE-AIM and CFIR Frameworks : A Qualitative Study. *Frontiers in Public Health*, 8, 59. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00059>
- Labelle, R., Bardon, C., Côté, L.-P., Dargis, L., & Corthésy-Blondin, L. (2018). *Technologies de l'information et des communications en prévention du suicide—Mise à jour des connaissances* (p. 29). Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie de l'Université du Québec à Montréal. https://www.aqps.info/media/documents/RapportFinal_CRISE_TechnoInfo_PrevSuicide_6avril2018.pdf
- Lane, J., Côté, L.-P., Gaudreault, J., Massicote, L., Manceau, L. M., Labelle, R., Bardon, C., Bazinet, J., Rassy, J., & Rembert, M. (2021). Processus d'élaboration de la nouvelle Stratégie québécoise numérique en prévention du suicide : Suicide.ca. *Revue Santé mentale au Québec, Article sous- presse*.
- Lane, J., & Gagné. (2009). *Le cadre de référence « Transformation », version rehaussée*. Service de formation de la Direction de l'indemnisation et de la réadaptation de la Commission de la santé et de la sécurité du travail.
- Lane, J., Michaud, & Lessard, M.-H. (2007). Le cadre de référence « Transformation ». In *Revue de pratiques prometteuses de formation en entreprise* (Service de formation de la Direction de l'indemnisation et de la réadaptation de la Commission de la santé et la sécurité du travail, p. 67-90).
- Lauzier, M., Annabi, D., Mercier, G., & Des Rochers, D. (2016). Mieux prédire le transfert des apprentissages. Mesurer ce qui compte vraiment. In M. Lauzier & D. Denis (Éds.), *Accroître le transfert des apprentissages : Vers de nouvelles connaissances, pratiques et expériences* (p. 341-372). Presses de l'Université du Québec.
- Leng, G., Moore, V., & Abraham, S. (Éds.). (2014). *Achieving High Quality Care : Practical Experience from NICE*. John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118543412>
- Levesque, P., Genest, C., & Rassy, J. (2022). *Le suicide au Québec : 1981 à 2019 - Mise à jour 2022*.
- Levesque, P., Pelletier, É., & Perron, P.-A. (2019). *Le suicide au Québec : 1981 à 2016 - Mise à jour 2019* (p. 25). Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/3617253>

- Mallein, P., & Toussaint, Y. (1994). L'intégration sociale des technologies d'information et de communication. Une sociologie des usages. *Technologies de l'information et société*, 6(4), 315-335.
- Massuard, M., & Lane, J. (2022). *Guide pour accompagner la mise à l'échelle de pratiques prometteuses dans plusieurs établissements* (Soutien à l'implantation de pratiques prometteuse et au transfert de connaissances dans le réseau de la santé et des services sociaux, p. 71). Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Mathieson, A., Grande, G., & Luker, K. (2019). Strategies, facilitators and barriers to implementation of evidence-based practice in community nursing : A systematic mixed-studies review and qualitative synthesis. *Primary Health Care Research & Development*, 20, e6. <https://doi.org/10.1017/S1463423618000488>
- May, C., & Finch, T. (2009). Implementing, Embedding, and Integrating Practices : An Outline of Normalization Process Theory. *Sociology*, 43(3), 535-554. <https://doi.org/10.1177/0038038509103208>
- Milat, Newson, King, & NSW. (2014). *Increasing the scale of population health interventions : A guide*. <https://www.health.nsw.gov.au/research/Publications/scalability-guide.pdf>
- Mokkenstorm, J. K., Eikelenboom, M., Huisman, A., Kerkhof, A. J. F. M., & Smith, J. H. (2013). Results and Experiences of 113Online, a Comprehensive Dutch Online Suicide Prevention Platform. In B. Mishara & A. J. F. M. Kerkhof (Éds.), *Suicide prevention and new technologies evidence based practice* (p. 123-149). Palgrave Macmillan. <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=http://lib.myilibrary.com?ID=526457>
- Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science*, 10(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>
- Organisation de coopération et de développement économiques. (2022). *État de santé—Taux de suicide—OCDE Data*. theOECD. <http://data.oecd.org/fr/healthstat/taux-de-suicide.htm>
- Ouellet, S. (2016). Grandeur et misère du rôle du formateur dans le processus de transfert, le cas d'une formation à la découpe de viande. In M. Lauzier & D. Denis (Éds.), *Accroître le transfert des apprentissages : Vers de nouvelles connaissances, pratiques et expériences* (p. 165-192). Presses de l'Université du Québec. https://www.jstor.org/stable/j.ctv10qqxhg.12?seq=1#metadata_info_tab_contents
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.paill.2012.01>
- Patton, M. Q. (2012). *Essentials of utilization-focused evaluation*. SAGE.
- Pizelle, P., Hoffmann, J., & Verchère, C. (2014). *Innover par les usages : I(nnovation) = [T(echno) + H(umain)²] x M(éthodes)*. Éd. d'Innovation.
- Powell, B. J., Fernandez, M. E., Williams, N. J., Aarons, G. A., Beidas, R. S., Lewis, C. C., McHugh, S. M., & Weiner, B. J. (2019). Enhancing the Impact of Implementation Strategies in Healthcare : A Research Agenda. *Frontiers in Public Health*, 7, 3. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00003>
- Powell, B. J., Waltz, T. J., Chinman, M. J., Damschroder, L. J., Smith, J. L., Matthieu, M. M., Proctor, E. K., & Kirchner, J. E. (2015). A refined compilation of implementation strategies : Results from the

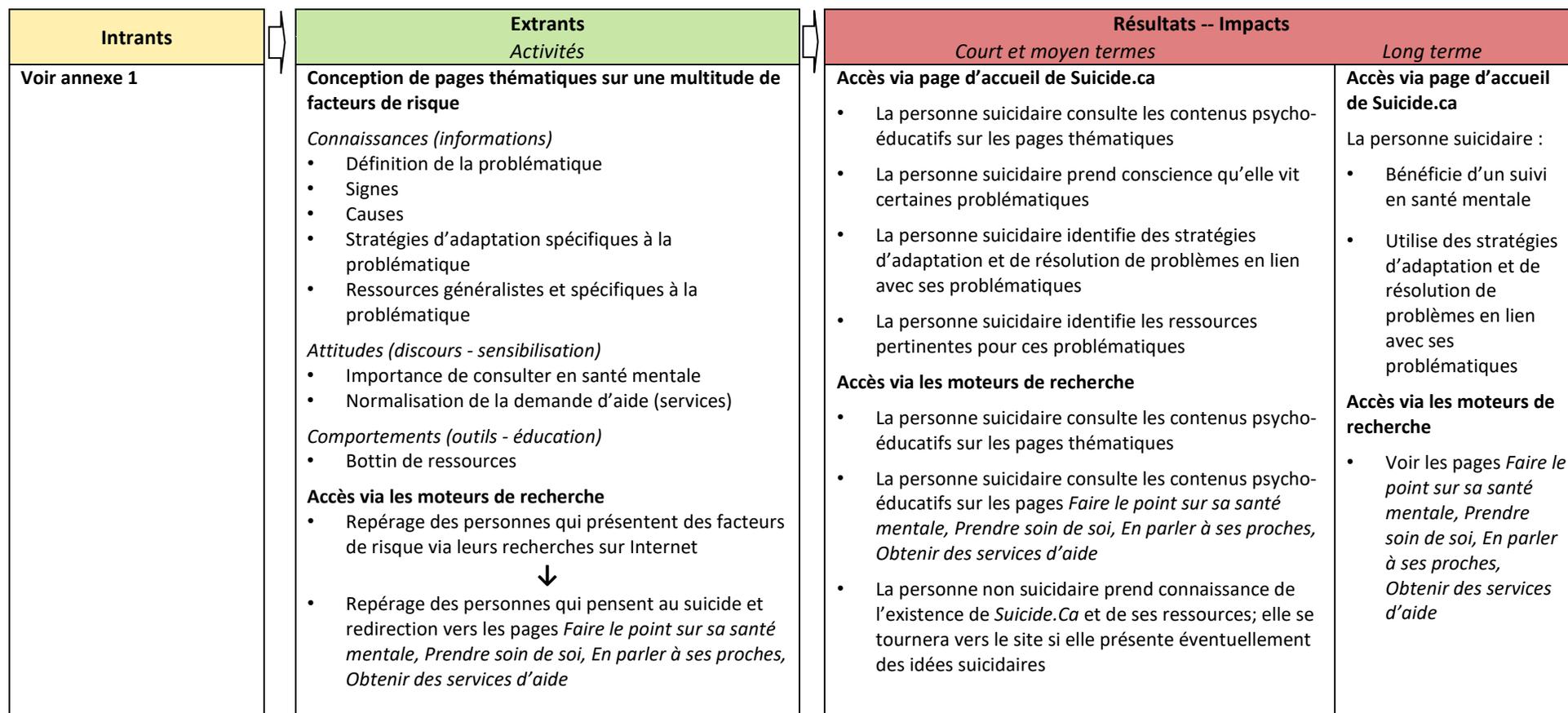
- Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implementation Science*, 10(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0209-1>
- Rassy, J., Bardon, C., Dargis, L., Côté, L.-P., Corthésy-Blondin, L., Mörch, C.-M., & Labelle, R. (2021). Information and Communication Technology Use in Suicide Prevention : Scoping Review. *Journal of Medical Internet Research*, 23(5), e25288. <https://doi.org/10.2196/25288>
- Ross, J., Stevenson, F., Lau, R., & Murray, E. (2016). Factors that influence the implementation of e-health : A systematic review of systematic reviews (an update). *Implementation Science*, 11(1), 146. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0510-7>
- Siddiqi, S., Masud, T. I., Nishtar, S., Peters, D. H., Sabri, B., Bile, K. M., & Jama, M. A. (2009). Framework for assessing governance of the health system in developing countries : Gateway to good governance. *Health Policy*, 90(1), 13-25. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.08.005>
- Sindahl, T. N., Côte, L., Dargis, L., Mishara, B. L., & Bechmann Jensen, T. (2019). Texting for Help : Processes and Impact of Text Counseling with Children and Youth with Suicide Ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(5), 1412-1430. <https://doi.org/10.1111/sltb.12531>
- Smith, J. D., & Polaha, J. (2017). Using implementation science to guide the integration of evidence-based family interventions into primary care. *Families, Systems, & Health*, 35(2), 125-135. <https://doi.org/10.1037/fsh0000252>
- Smits, P., & Champagne, F. (2020). Governance of health research funding institutions : An integrated conceptual framework and actionable functions of governance. *Health Research Policy and Systems*, 18(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-0525-z>
- Straus, S. E., Tetroe, J., & Graham, I. D. (Éds.). (2013). *Knowledge translation in health care : Moving from evidence to practice* (2nd ed) [Electronic resource]. John Wiley & Sons.
- Straus, S. E., Tetroe, J. M., & Graham, I. D. (2011). Knowledge translation is the use of knowledge in health care decision making. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(1), 6-10. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.08.016>
- St-Vincent, M., Vézina, N., Bellemare, M., Denis, D., Ledoux, É., & Imbeau, D. (2011a). *L'intervention en ergonomie*. Éd. Multimondes IRSST [diff. Distribution du Nouveau monde].
- St-Vincent, M., Vézina, N., Bellemare, M., Denis, D., Ledoux, É., & Imbeau, D. (2011b). *L'intervention en ergonomie*. Éd. Multimondes IRSST [diff. Distribution du Nouveau monde].
- Toussaint, Y., & Mallein, P. (1985). La vie quotidienne. In É. Barchechatch (Éd.), *La provocation : Hommes et machines en société* (Centre d'Etudes des Systèmes et des Technologies Avancées, p. 153-161).
- World Health Organization. (2002). *Towards better stewardship : Concepts and critical issues*. 19.
- World Health Organization. (2007). *Everybody's business -- strengthening health systems to improve health outcomes : WHO's framework for action*. 44.
- Wozney, L., McGrath, P., Newton, A., Hartling, L., Curran, J., Huguet, A., & Rao, S. (2017). *Cadre RE-AIM en cybersanté mentale : Un examen rapide des recherches en cours* (p. 17). Commission de la santé mentale du Canada. https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2017-08/eMH%20Literature%20Review_FINAL%20FR.pdf

ANNEXE 1 : MODÈLE LOGIQUE GLOBAL DE LA SNPS



ANNEXE 2 : MODÈLE DE CHANGEMENT DU SITE INFORMATIONNEL

2A. Modèle de changement de pages thématiques



Constats :

- Le suicide est une problématique multifactorielle
- Les utilisateurs d'internet trouvent rarement sur un site via sa page d'accueil
- Les personnes suicidaires recherchent des informations sur d'autres problématiques (facteurs de risque)

Objectifs :

- Outils les personnes suicidaires à surmonter leurs difficultés
- Repérer les personnes suicidaires qui font des recherches sur Internet en lien avec d'autres problématiques

2B. Modèle de changement de la page *Faire le point sur sa santé mentale*

Intrants	Extrants Activités	Résultats -- Impacts	
		Court et moyen termes	Long terme
Voir annexe 1	<p>Comité d'experts pour identifier les besoins des personnes suicidaires en termes de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de connaissances • Changements d'attitudes • Changements de comportements <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Développement de contenus psychoéducatifs visant ces connaissances, attitudes et comportements</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Conception de la page <i>Faire le point sur sa santé mentale</i></p> <p><i>Connaissances (informations)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Facteurs de risque • Liens entre santé mentale et idéations suicidaires • Signes avant-coureurs des idées suicidaires, de la détresse psychologique et du désespoir <p><i>Attitudes (discours - sensibilisation)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Discours favorisant une prise de conscience sur état de santé mentale • Discours normalisant les problèmes de santé mentale <p><i>Comportements (outils - éducation)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Outil d'auto-évaluation pour faire le point sur sa santé mentale 	<ul style="list-style-type: none"> • Stade 1 : Je ne reconnais pas que j'ai un problème. <ul style="list-style-type: none"> ○ La personne suicidaire consulte les contenus psycho-éducatifs sur la page <i>Faire le point sur sa santé mentale</i> ○ La personne suicidaire apprend à reconnaître les idéations suicidaires, la détresse psychologique et le désespoir ○ La personne suicidaire fait son auto-évaluation • Stade 2 : Je reconnais que j'ai un problème. Je ne suis pas encore prêt à passer à l'action. <ul style="list-style-type: none"> ○ La personne suicidaire reconnaît ses symptômes d'idéations suicidaires, de détresse psychologique et de désespoir ○ La personne suicidaire prend conscience qu'elle a un problème de santé mentale ○ La personne suicidaire reconnaît que d'autres vivent la même situation et qu'ils ont surmonté leurs difficultés ○ La personne suicidaire prend conscience qu'elle doit se mobiliser pour améliorer sa situation 	<p>Stade 3. La personne suicidaire se mobilise pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre soin d'elle • Parler de sa détresse à ses proches • Entamer une démarche d'utilisation de services

Constats :

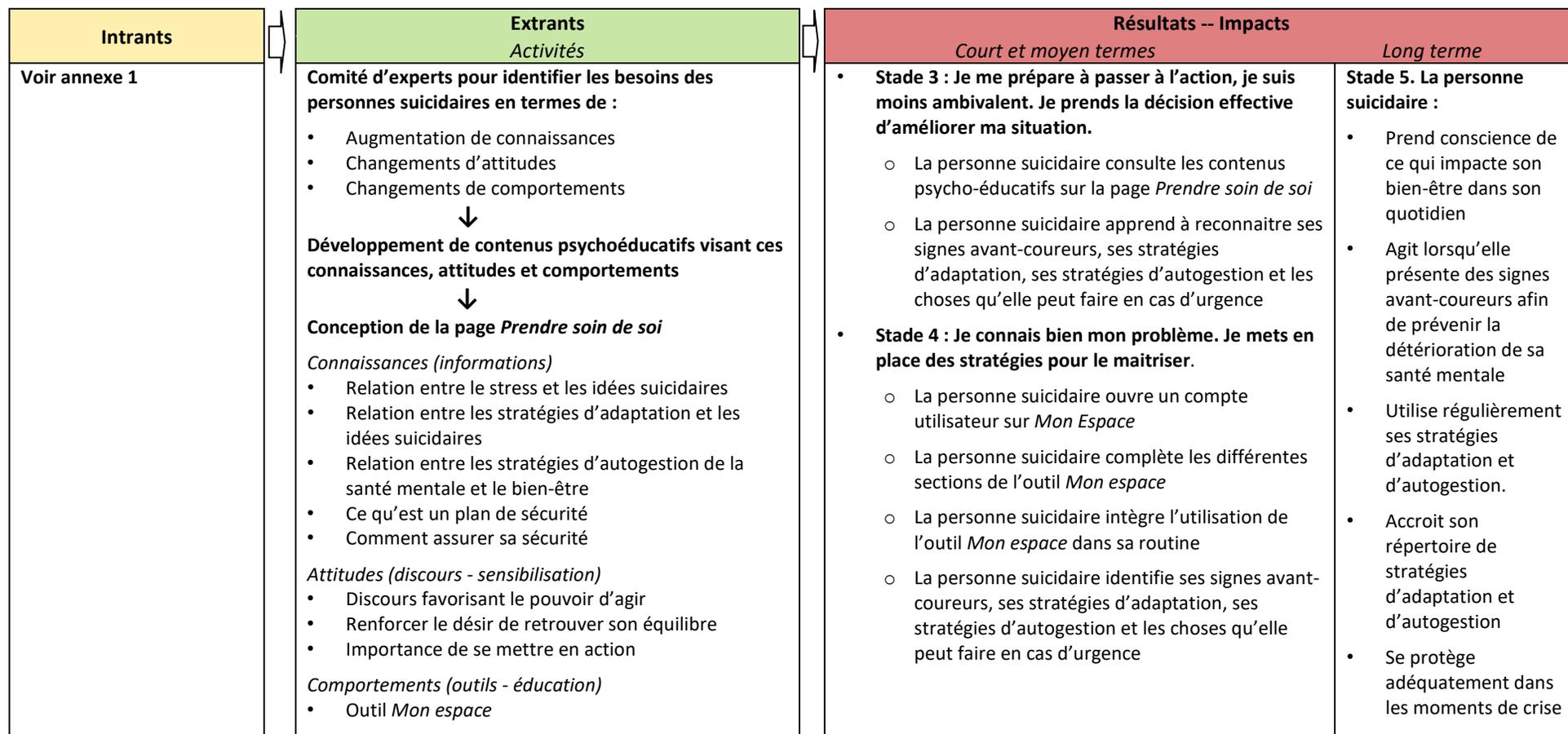
Trop souvent, les personnes suicidaires ne prennent pas soin d'elles-même car :

- Elles vivent une première expérience de détresse psychologique
- Elles pensent que leurs problèmes vont s'arranger avec le temps
- Elles se sentent dépassées
- Elles ne savent pas comment/ inconnu

Objectifs :

- Amener la personne suicidaire à reconnaître ses idées suicidaires et ses signes de détresse et de désespoir
- Amener la personne suicidaire à faire un bilan de sa santé mentale
- Amener la personne suicidaire à prendre conscience qu'elle a un problème de santé mentale et qu'elle doit se mobiliser pour améliorer sa situation

2C. Modèle de changement de la page *Prendre soin de soi*



Constats :

Trop souvent, les personnes suicidaires ne prennent pas soin d'elles-même car :

- Elles ne savent pas comment/ inconnu
- Elles vivent une première expérience de détresse psychologique
- Elles se sentent dépassées
- Elles pensent que leurs problèmes vont s'arranger avec le temps

Objectifs

- Amener la personne suicidaire à identifier ses stratégies d'adaptation
- Amener la personne suicidaire à identifier ses stratégies d'autogestion
- Amener la personne suicidaire à identifier ses signes avant-coureurs de détresse et de pensées suicidaires
- Amener la personne suicidaire à faire un plan de sécurité
- Amener la personne suicidaire à se protéger dans les moments de crise

2D. Modèle de changement de la page *En parler à ses proches*

Intrants	Extrants Activités	Résultats -- Impacts	
		Court et moyen termes	Long terme
Voir annexe 1	<p>Comité d'experts pour identifier les besoins des personnes suicidaires en termes de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de connaissances • Changements d'attitudes • Changements de comportements <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Développement de contenus psychoéducatifs visant ces connaissances, attitudes et comportements</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Conception de la page <i>Faire le point sur sa santé mentale</i></p> <p><i>Connaissances (informations)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Différentes formes d'aide que nos proches peuvent nous apporter • Comment identifier les personnes aidantes dans son entourage • Comment différentes personnes peuvent nous aider à répondre à différents besoins • Comment demander de l'aide à ses proches <p><i>Attitudes (discours - sensibilisation)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Importance de parler à nos proches-pairs • Normaliser la demande d'aide à un proche/pair • Pertinence d'exprimer ses besoins <p><i>Comportements (outils - éducation)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Questions pour aider à identifier les personnes aidantes dans son entourage • Outil <i>Mon espace</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Stade 3 : Je me prépare à passer à l'action, je suis moins ambivalent. Je prends la décision effective d'améliorer ma situation. <ul style="list-style-type: none"> ○ La personne suicidaire consulte les contenus psycho-éducatifs sur la page <i>En parler à ses proches</i> ○ La personne suicidaire apprend à reconnaître les personnes aidantes dans son entourage ○ La personne suicidaire apprend à reconnaître les personnes pouvant répondre à ses besoins dans son entourage ○ La personne suicidaire apprend à exprimer ses besoins et demander de l'aide • Stade 4 : Je connais bien mon problème. Je mets en place des stratégies pour le maîtriser. <ul style="list-style-type: none"> ○ La personne suicidaire identifie les personnes aidantes dans son entourage ○ La personne suicidaire identifie les personnes aidantes pouvant répondre à ses besoins ○ La personne suicidaire demande de l'aide à ses proches ○ La personne suicidaire exprime ses besoins à ses proches 	<p>Stade 5. La personne suicidaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobilise son réseau de soutien • Élargit son réseau de soutien • Améliore la qualité de ses relations avec son réseau de soutien • Expérimente des succès dans ses demandes d'aide

Constats :

Trop souvent, les personnes suicidaires ne demandent pas d'aide à leurs proches car :

- Elles ont honte d'avoir des problèmes de santé mentale
- Elles ont peur de se faire juger
- Elles ne veulent pas être un fardeau
- Elles se sentent isolées

Objectifs

- Amener la personne suicidaire demander de l'aide
- Amener la personne suicidaire à mobiliser son réseau
- Amener la personne suicidaire à exprimer ses besoins

2E. Modèle de changement de la page *Obtenir des services d'aide*

Intrants	Extrants Activités	Résultats -- Impacts	
		Court et moyen termes	Long terme
Voir annexe 1	<p>Comité d'experts pour identifier les besoins des personnes suicidaires en termes de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de connaissances • Changements d'attitudes • Changements de comportements <p>↓</p> <p>Développement de contenus psychoéducatifs visant ces connaissances, attitudes et comportements</p> <p>↓</p> <p>Conception de la page <i>Faire le point sur sa santé mentale</i></p> <p><i>Connaissances (informations)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Informations sur les services abordables ou gratuits offerts par les ressources en santé mentale • Comment trouver la ressource désirée • Comment effectuer une démarche pour obtenir des services en santé mentale <p><i>Attitudes (discours - sensibilisation)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Importance de consulter en santé mentale • Normaliser la demande d'aide (services) <p><i>Comportements (outils - éducation)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bottin de ressources 	<ul style="list-style-type: none"> • Stade 3 : Je me prépare à passer à l'action, je suis moins ambivalent. Je prends la décision effective d'améliorer ma situation. <ul style="list-style-type: none"> ○ La personne suicidaire consulte les contenus psycho-éducatifs sur la page <i>Obtenir des services d'aide</i>. ○ La personne suicidaire apprend à connaître les ressources abordables et gratuites en santé mentale et les services qu'elle offrent • Stade 4 : Je connais bien mon problème. Je mets en place des stratégies pour le maîtriser. <ul style="list-style-type: none"> ○ La personne suicidaire identifie les ressources qui correspondent à ses besoins ○ La personne suicidaire organise sa démarche de demande d'aide ○ La personne suicidaire entre en contact avec les services d'aide 	<p>Stade 5. La personne suicidaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bénéficie d'un suivi en santé mentale • Utilise les bonnes ressources aux bons moments • Expérimente des succès dans ses démarches de demande d'aide • Expérimente des expériences positives avec les services d'aide

Constats :

Amener la personne à entamer une démarche d'utilisation de services car :

- Elles ne connaissent pas bien les services qui sont offerts par ces ressources
- Elles n'ont pas l'énergie requise pour organiser leur demande d'aide
- Elles ne connaissent pas les implications de faire une demande de services/ d'appeler à l'aide
- Ne s'identifient pas aux ressources, ne s'y reconnaissent pas
- Dispo des ressources pendant les heures de travail/école
- Peur de se faire imposer des services d'urgences (police, ambulance)
- Elles ont vécu de mauvaises expériences (refus de services, pas de disponibilité, listes attente)
- Elles manquent de ressources financières; ne connaissent pas les services gratuits
- Elles pensent que les ressources sont inefficaces

Objectifs :

- Amener la personne suicidaire à connaître les ressources et leurs services
- Amener la personne suicidaire à identifier les ressources qui correspondent à ses besoins
- Aider la personne suicidaire à organiser sa demande d'aide
- Amener la personne suicidaire à entrer en contact avec les services d'aide

ANNEXE 3 : GRILLE D'OBSERVATION D'ACTIVITÉS ET DU MATÉRIEL DE FORMATION À L'INTERVENTION NUMÉRIQUE

Titre de l'activité ou matériel observé : _____

Lieu : _____

Date : _____

Animateur : _____

Nombre de personnes : _____

Grille d'observation des 10 ingrédients (Lane et Gagné, 2009)	
Préciser la cible adaptée	
Élaborer les objectifs de formation à partir des savoir-agir à développer par le participant. Privilégier des verbes d'action et éviter les « se familiariser », « prendre conscience », « connaître », etc.	
Estimer le temps à accorder à l'atteinte de chacun des objectifs en priorisant.	
S'assurer que le contenu de formation abordé vise le développement des savoir-agir utiles pour la pratique : « Lorsque les participants retourneront à leur travail, quelles actions professionnelles nouvelles je souhaite qu'ils mettent en œuvre dans leur pratique », « Quelles sont les actions professionnelles qu'induit ce contenu » ?	
S'assurer que le contenu de formation 1) réponde à des besoins réels des futurs participants et 2) puisse être utilisé par les participants dans le cadre de leur travail (adapté à leur réalité).	
Assurer la cohérence	
S'assurer que chacune des activités déployées favorise l'atteinte des objectifs de formation.	
S'assurer du déroulement logique des activités et mettre en lumière le fil conducteur qui relie les éléments de la formation.	
Utiliser un schéma qui intègre l'ensemble du contenu de la formation et qui fait le lien avec les objectifs poursuivis afin de soutenir la cohérence.	
Être vigilant face aux messages contradictoires et aux incohérences que peuvent faire émerger trop d'information, de détails et de nuances.	
Favoriser l'organisation des connaissances et des compétences dans la mémoire à long terme	
Élaborer un schéma de base qui présente l'ensemble des compétences et des connaissances qui sera développé dans la formation.	
Simplifier et synthétiser les messages importants. La mémoire à court terme peut retenir sept grands messages (+ ou - 2) selon le contexte.	
Offrir du matériel pédagogique qui favorise l'organisation des connaissances et l'ancrage des données essentielles dans la mémoire à long terme (tableau, schéma, illustration, aide-mémoire, etc.)	

Grille d'observation des 10 ingrédients (Lane et Gagné, 2009)	
Stimuler la motivation	
Cibler le sens (la pertinence, l'utilité) de la formation pour le participant (pour sa pratique, pour ses clients, pour son organisation, etc.).	
Cibler le sens de chacune des activités et des stratégies d'enseignement pour le participant. Répondre à la question « Qu'est-ce que ça donne de s'impliquer dans cette activité » ?	
Agir sur le sentiment de compétence du participant : <ul style="list-style-type: none"> • Permettre au participant de vivre des réussites en exprimant des attentes réalistes; • Faire des rétroactions positives; • Permettre au participant de constater sa progression par le biais d'un bilan de compétence; • Etc. 	
Expliciter clairement les exigences de la tâche.	
Faire appel aux émotions, au senti pour donner du sens à un contenu.	
Se préoccuper du climat de groupe.	
Contextualiser / décontextualiser / recontextualiser	
Contextualiser : Planifier des activités qui permettent de reproduire, dans la formation, un contexte similaire à l'environnement de travail dans lequel le participant devra éventuellement reproduire l'action apprise. Les activités de contextualisation les plus puissantes permettent d'expérimenter concrètement une nouvelle pratique.	
Décontextualiser : Planifier des moments qui 1) permettent d'envisager d'autres contextes dans lesquels le participant pourra réutiliser la pratique expérimentée, 2) favorisent l'encodage et l'organisation des nouvelles connaissances.	
Recontextualiser : <ul style="list-style-type: none"> • Planifier des moments qui permettent de mobiliser, dans un contexte différent, les compétences construites. Les activités de recontextualisation les plus puissantes correspondent à une situation réelle et complexe du contexte de travail du participant; • Prévoir des activités de recontextualisation à effectuer dans le cadre du travail. 	
Stimuler la métacognition	
Planifier des moments durant lesquels le participant pourra prendre conscience de l'efficacité des nouvelles pratiques expérimentées.	
Planifier des moments de régulation durant lesquels le participant pourra se réajuster.	
Mettre à profit les connaissances antérieures	
Utiliser un vocabulaire accessible et suffisamment large pour que les participants y reconnaissent leur pratique antérieure	
Utiliser des analogies et des techniques d'impact pour établir des liens avec les connaissances antérieures.	

Grille d'observation des 10 ingrédients (Lane et Gagné, 2009)	
Questionner les participants sur leurs expériences et leurs connaissances antérieures afin de 1) valider les connaissances antérieures justes, 2) rectifier les connaissances antérieures erronées, 3) amener le nouveau contenu.	
Selon l'étendue des connaissances antérieures, prévoir des variantes d'activités ou des références théoriques susceptibles de nourrir les participants ayant un niveau de compétence plus élevé.	
Renforcer l'autonomie des participants ayant un niveau de connaissance plus élevé.	
Rendre les participants actifs	
Utiliser une variété de stratégies d'enseignement qui font en sorte que les participants sont actifs pendant la formation.	
Lors des exposés théoriques, rendre les participants actifs en les invitant à 1) donner des exemples, 2) résumer dans leurs mots, 3) formuler des questions au regard de la présentation, 4) etc.	
Être vigilant face aux activités qui rendent les participants actifs, mais qui ne sont pas au service du développement d'un savoir-agir. Ces activités prennent souvent beaucoup	
Favoriser les interactions	
Planifier des activités qui font en sorte que les apprenants vont travailler en équipe.	
Encourager les apprenants à donner de la rétroaction (ou à en recevoir).	
Planifier et évaluer le transfert des apprentissages	
Planification du transfert - Sensibiliser le gestionnaire : la responsabilité des effets d'une formation appartient à l'ensemble des acteurs (intervenant, gestionnaire, formateur). Axer cette sensibilisation sur le rôle du milieu de travail dans le transfert des apprentissages. - Soutenir le participant dans le transfert de ses apprentissages lors du retour au travail. - Amener les participants à faire preuve d'autonomie dans leur processus de transfert : « Quels sont mes objectifs de transfert ? Quels moyens vais-je mettre en place pour réutiliser les apprentissages réalisés ? Comment vais-je savoir que j'utilise ou non les apprentissages réalisés ? »	
Évaluation du transfert - Planifier une modalité visant à avoir accès aux perceptions des participants au regard de l'éventuel transfert des apprentissages. - Planifier une évaluation du transfert qui permet d'évaluer l'atteinte des compétences à la base de la formation et les facteurs ayant contribué au développement de ces compétences.	

ANNEXE 4 : GRILLE D'ENTREVUE INDIVIDUELLE SEMI-DIRIGÉE AUPRÈS DES ACTEURS DE LA STRUCTURE DE GOUVERNE

Consignes générales à présenter au répondant
<p>Nous vous remercions d'accepter de participer à cet entretien. Votre expérience au sein du de la Stratégie numérique en prévention du suicide (SNPS) nous est précieuse.</p> <p>Contexte de l'entretien : Votre entretien se déroule dans le cadre d'un projet qui vise à évaluer l'implantation et les effets premiers effets à court terme de la SNPS.</p> <p><i>Stratégie numérique en prévention du suicide : La Stratégie désigne le service numérique québécois en prévention du suicide (plateforme Suicide.Ca) et tous les autres éléments qui font partie de cette transformation numérique (ex. : formation des intervenants, mise en ligne de matériel à l'intention des professionnels du milieu, etc.).</i></p> <p><i>Service numérique québécois en prévention du suicide : Le Service désigne uniquement la plateforme Suicide.Ca. Il comprend plusieurs volets, soit des informations, un service d'intervention numérique par clavardage et par texto et des outils d'autogestion disponibles par le biais d'un site internet et d'une application mobile.</i></p> <p>L'objectif de cet entretien est de mieux comprendre l'implantation de la SNPS et les facteurs qui l'influencent. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. C'est votre expérience qui nous intéresse.</p> <p>Important : Compléter le formulaire d'information et de consentement et veiller à ce que toutes les signatures aient été obtenues avant de débiter l'entretien.</p> <p>Déroulement et traitement de l'information : L'entretien durera au maximum 60 minutes. Nous avons préparé des questions, mais je pourrai aborder d'autres thèmes de manière à bien comprendre votre point de vue. Vous êtes également invité à aborder des thèmes différents de ceux que je vous proposerai.</p> <p>Avez-vous des questions sur le projet de recherche ou le déroulement de l'entretien ?</p> <p>Début de l'enregistrement.</p>

Regards sur l'implication pour les acteurs de la structure de gouverne et les directeurs des CPS prestataires du SIN

Questions	Sous-Questions
Quel est votre rôle dans la mise en œuvre de la SNPS ?	Activités formelles ou informelles Contribution (exemples)
Comment en êtes-vous venu à vous impliquer le comité X ou à titre de CPS prestataire du SIN ?	Nommé ou volontaire Intérêt/motifs Liens avec mandat et mission de l'individu et l'organisation Avantages perçus

Regards sur la structure de gouverne pour les acteurs de la structure de gouverne

Questions	Sous-Questions
<p>De façon générale, quel jugement portez-vous sur la structure de gouverne de la SNPS ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont ses forces ? • Comment l'améliorer ? 	<p>Clarté des mandats /fonctions/ rôles des comités</p> <p>Représentativité ou Complémentarité des comités</p> <p>Dynamique inter-comités</p> <p>Sollicitation en temps et ressources</p> <p>Avantages/inconvénients</p>
<p>Quelles modalités ont été mises de l'avant pour assurer la coordination de la SNPS ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment ces façons de faire ont influencé (ou n'ont pas influencé) l'implantation de la SNPS ? 	<p>Type de leadership</p> <p>Modalités de planification</p> <p>Modalités d'information et de communication</p> <p>Mode de prise de décision</p> <p>Modalité de suivi/évaluation</p> <p>Effets sur l'implantation</p>
<p>Quel jugement portez-vous sur la mobilisation et l'implication des parties prenantes de la SNPS ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qui explique ces constats ? • Comment l'améliorer ? 	<p>Compréhension de la vision, des objectifs et des valeurs</p> <p>Engagement</p> <p>Cohésion du partenariat, Synergie</p> <p>Allocation des ressources</p>
<p>Quelles modalités ont été mises de l'avant pour assurer la collaboration des parties prenantes ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment ces façons de faire ont influencé (ou n'ont pas influencé) l'implantation de la SNPS ? 	<p>Modalités mises en place</p> <p>Objets de collaboration</p> <p>Niveau d'implication</p> <p>Gestion des divergences</p> <p>Effets sur l'implantation</p>

Regard sur l'implantation de la SNPS pour les acteurs de la structure de gouverne et les directeurs des CPS prestataires du SIN

Questions	Sous-Questions
<p>Pouvez-vous décrire comment a-été conçu :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gestion des opérations, Comité adviseur et gouvernance et Directeurs des CPS</i> – La SNPS dans son ensemble ? • <i>Performance WEB</i> – L'infrastructure technologique permettant le Service numérique ? • <i>Qualité clinique</i> – Les contenus ? Le Service numérique ? La stratégie de formation et la structure de soutien et d'encadrement ? • <i>Communication</i> – Les stratégies de communication ? • <i>Analyse des indicateurs</i> – Le suivi d'indicateurs ? 	<p>Processus de conception (étapes)</p> <p>Fondements théoriques, pratiques et expérimentiels</p>

Questions	Sous-Questions
<p>Quels sont les facteurs qui en ont favorisé/freiné la conception de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gestion des opérations, Comité aviseur et gouvernance et Directeurs des CPS</i> – La SNPS dans son ensemble ? • <i>Performance WEB</i> – L’infrastructure technologique permettant le Service numérique ? • <i>Qualité clinique</i> – Les contenus ? Le Service numérique ? La stratégie de formation et la structure de soutien et d’encadrement ? • <i>Communication</i> – Les stratégies de communication ? • <i>Analyse des indicateurs</i> – Le suivi d’indicateurs ? 	<p>Facteurs liés aux individus, à la technologie, au contexte interne, au contexte externe et au processus d’implantation</p> <p>Solution pour chaque obstacle</p>
<p>Pouvez-vous décrire comment s’est déroulé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Tous</i> – La mise en opération du Service numérique ? • <i>Gestion des opérations, Qualité clinique et Directeurs des CPS</i> – La mise en œuvre de la formation, du soutien et de l’encadrement ? • <i>Gestion des opérations et Communication</i> – Le déploiement de la stratégie de communication ? • <i>Gestion des opérations, Analyse des indicateurs</i> – Le suivi d’indicateurs ? 	<p>Étape du processus d’implantation</p> <p>Organisation du travail spécifique à l’intervention d’aide par clavardage et texto</p>
<p>Quels sont les facteurs qui en ont favorisé/freiné :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Tous</i> – La mise en opération du Service numérique ? • <i>Gestion des opérations, Qualité clinique et Directeurs des CPS</i> – La mise en œuvre de la formation, du soutien et de l’encadrement ? • <i>Gestion des opérations et Communication</i> – Le déploiement de la stratégie de communication ? • <i>Gestion des opérations, Analyse des indicateurs</i> – Le suivi d’indicateurs ? 	<p>Facteurs liés aux individus, à la technologie, au contexte interne, au contexte externe et au processus d’implantation</p> <p>Solution pour chaque obstacle</p>
<p>En cours de processus, quels ont été les principaux changements apportés à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gestion des opérations, Comité aviseur et gouvernance et Directeurs des CPS</i> – La SNPS dans son ensemble ? • <i>Performance WEB</i> – L’infrastructure technologique permettant le Service numérique ? • <i>Qualité clinique</i> – Les contenus ? Les contenus ? Le Service numérique ? La stratégie de formation et la structure de soutien et d’encadrement ? • <i>Communication</i> – Les stratégies de communication ? • <i>Analyse des indicateurs</i> – Le suivi d’indicateurs associé à la SNPS ? <p>Qu’est-ce qui a mené à ces changements ?</p>	<p>Modifications apportées</p> <p>Raisons</p> <p>Facteurs liés aux individus, à la technologie, au contexte interne, au contexte externe et au processus d’implantation</p>

Regard sur le Service numérique (ou la plateforme Suicide.ca) et la stratégie de transfert des connaissances (ou les moyens pour former, soutenir et encadrer les intervenants du volet intervention) pour les directeurs des CPS prestataires du SIN

Questions	Sous-Questions
<p>Que pensez-vous de la façon dont fonctionne l'infrastructure technologique permettant l'intervention numérique, c'est-à-dire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La plateforme Suicide.Ca ? • L'outil THRIO ? <p>En quoi cela a-t-il favorisé ou freiné l'intégration du volet d'intervention numérique au sein de votre équipe ?</p> <p>Comment améliorer ?</p>	<p>Navigation et fonctionnalités</p> <p>Accès, commodité, facilité d'apprentissage et d'utilisation, personnalisation, efficacité, flexibilité, fiabilité, etc.</p> <p>Forces/Faiblesses</p>
<p>Que pensez-vous des contenus/informations qui sont présentés dans :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La plateforme Suicide.Ca ? • L'outil THRIO ? <p>En quoi cela a-t-il favorisé ou freiné l'intégration du volet d'intervention numérique au sein de votre équipe ?</p> <p>Comment améliorer ?</p>	<p>Justesse, adéquation, disponibilité, complétude, concision, format, précision, pertinence, fiabilité, clarté, utilité, etc.</p> <p>Forces/Faiblesses</p>
<p>Que pensez-vous des services qui vous ont été offerts par l'AQPS jusqu'à présent ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le recrutement et la formation des intervenants ? • Le soutien et l'encadrement des intervenants et des superviseurs ? • Les autres services ? <p>En quoi ont-ils favorisé ou freiné l'intégration du volet d'intervention numérique au sein de votre équipe ?</p> <p>Quelles sont les composantes qui ont le plus de retombées selon vous ? Pourquoi ?</p>	<p>Formation et soutien technique</p> <p>Qualité, disponibilité, réactivité, flexibilité, fiabilité, etc.</p> <p>Forces/Faiblesses</p>
<p>En quoi ces activités contribuent-t-elles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au recrutement et à la formation des intervenants • À l'adoption des pratiques souhaitées ? • Au maintien de ces pratiques ? • Au bien-être et la rétention des intervenants ? • À l'élaboration de solutions aux défis en matière d'intervention numériques en prévention du suicide ? 	
<p>Comment améliorer les modes de formation, de soutien et d'encadrement en place ?</p>	

Bilan et perspectives pour les acteurs impliqués au sein de la structure de gouverne et les directeurs des CPS prestataires du SIN

Questions
<p>Dans quelle mesure, êtes-vous satisfait(e) de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La SNPS dans son ensemble ? • Le Service numérique ? • La stratégie de formation et la structure de soutien et d'encadrement ? • Les stratégies de communication ? • Le suivi d'indicateurs ? <p>De façon générale, dans quelle mesure la SNPS a-t-elle atteint les objectifs fixés ?</p>

Questions

Selon vous, quels sont les bénéfices de la SNPS pour :

- La population en générale ?
- Les personnes suicidaires, les proches de personnes suicidaires et les personnes endeuillés par suicide ?
- Les utilisateurs du Service numérique ?
- Les intervenants du Service numérique ?
- Les CPS ?
- Le RSSS ?

De quelle manière la SNPS est-elle perçue/reçue par le RSSS ou les organisations partenaires (en dehors des personnes impliquées) ?

En terminant, si vous aviez à repenser la SNPS :

- Que feriez-vous différemment ?
- Qu'est-ce que vous ne changeriez surtout pas ?

Souhaitez-vous aborder d'autres éléments dont nous n'avons pas discuté ?



ANNEXE 5 : GRILLE D'ENTREVUE INDIVIDUELLE SEMI-DIRIGÉE AUPRÈS DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE D'INTERVENTION NUMÉRIQUE

Consignes générales à présenter au répondant

Nous vous remercions d'accepter de participer à cet entretien. Votre expérience au sein de la Stratégie numérique en prévention du suicide (SNPS) qui inclut le Service numérique nous est précieuse.

Contexte de l'entretien : Votre entretien se déroule dans le cadre d'un projet qui vise à évaluer l'implantation et les effets premiers effets à court terme de la SNPS.

Stratégie numérique en prévention du suicide : La Stratégie désigne le service numérique québécois en prévention du suicide (plateforme Suicide.Ca) et tous les autres éléments qui font partie de cette transformation numérique (ex. : formation des intervenants, mise en ligne de matériel à l'intention des professionnels du milieu, etc.).

Service numérique québécois en prévention du suicide : Le Service désigne uniquement la plateforme suicide.ca. Il comprend plusieurs volets, soit des informations, un service d'aide par clavardage et texto et des outils d'autogestion disponibles par le biais d'un site internet et d'une application mobile.

L'objectif de cet entretien est de mieux comprendre le point de vue des membres de l'équipe du service d'intervention numérique sur le parcours de formation mis de l'avant dans le cadre de la Stratégie numérique en prévention du suicide, le service numérique et l'organisation de leur travail ainsi que les effets perçus. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. C'est votre expérience qui nous intéresse.

Important : Compléter le formulaire d'information et de consentement et veiller à ce que toutes les signatures aient été obtenues avant de débiter l'entretien.

Déroulement et traitement de l'information : L'entretien durera au maximum 60 minutes. Nous avons préparé des questions, mais je pourrai aborder d'autres thèmes de manière à bien comprendre votre point de vue. Vous êtes également invité à aborder des thèmes différents de ceux que je vous proposerai.

Avez-vous des questions sur le projet de recherche ou le déroulement de l'entretien ?

Début de l'enregistrement.

Regards sur l'intervenant numérique et la plateforme suicide.ca

Questions	Thèmes abordés
Pouvez-vous vous présenter brièvement ?	Rôle au sein de l'organisation Depuis combien de temps
Pouvez-vous me décrire en quoi consiste suicide.ca ? Et le service d'intervention numérique (SIN) ?	Vision de la plateforme suicide.ca Vision du service d'intervention numérique
Quel est votre jugement de cette plateforme ? Et du SIN ?	Qualité (système, informations et soutien aux utilisateurs)
Selon vous, quels sont les bénéfices de la plateforme suicide.ca/du SIN pour : <ul style="list-style-type: none"> • La population en général ? • Les personnes suicidaires, les proches de personnes suicidaires et les personnes endeuillées par suicide ? • Les intervenants du Service numérique ? • Les CPS ? 	Bénéfices encourus s'il y a lieu
En comparant Suicide.Ca et le SIN aux autres services et outils offerts en prévention du suicide, s'agit-il d'une innovation ? Pourquoi ?	

Regards sur le Service numérique et l'organisation du travail

Questions	Thèmes abordés
Pouvez-vous me décrire une semaine de travail ? Un quart de travail ? Une intervention ? OU (superviseurs-accompagnateur) Pouvez-vous me décrire votre approche de soutien/supervision ? Comment cela se déroule-t-il avec les intervenants ? De façon générale, observez-vous des similarités/différences au sein de l'équipe de la SIN ? Quelles sont-elles ?	Organisation du travail en général Divergences inter CPS
Au quotidien, qu'est-ce qui influence votre travail ? <ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il eu des facteurs facilitants ? • Y a-t-il eu des obstacles ? 	Facteurs liés aux individus, à l'intervention numérique/l'accompagnement, au contexte interne, au contexte externe et au processus d'implantation Solution pour chaque obstacle

Regards sur l'utilisation des outils disponibles

Questions	Thèmes abordés
Que pensez-vous des outils mis à votre disposition dans le cadre de votre travail ? <ul style="list-style-type: none"> • Que pensez-vous des outils cliniques (ex. : cadre éthique, protocole et posture) ? • Que pensez-vous des communications dans TEAMS (ex. : rappels, directives) ? OU (superviseurs-accompagnateur) <ul style="list-style-type: none"> • Que pensez-vous des outils mis à votre disposition pour accompagner les intervenants numériques ? Comment les utiliser vous (si tel est le cas) ?	Accès, commodité, facilité d'apprentissage et d'utilisation, personnalisation, efficacité, flexibilité, fiabilité, etc. Informations présentées (justesse, adéquation, disponibilité, complétude, concision, format, précision, pertinence, fiabilité, clarté, utilité, etc.)

Regard sur la formation et le passage vers l'intervention

Questions	Thèmes abordés
<p>Que pensez-vous de la formation qui vous a été offerte jusqu'à présent ?</p> <ul style="list-style-type: none"> À ce jour, en quoi cette formation vous a aidé (ou non) dans votre pratique ? <p>ET (superviseurs-accompagnateur)</p> <p>Que pensez-vous de la formation qui a été offerte aux intervenants de la SIN jusqu'à présent ?</p> <ul style="list-style-type: none"> En quoi cette formation vous semble aidante ou non pour les intervenants dans leur pratique ? Comment l'améliorer ? <p>Que pensez-vous de la formation qui vous a été offerte jusqu'à présent ?</p> <ul style="list-style-type: none"> En quoi cette formation vous a semblé aidante ou non dans votre rôle ? Comment l'améliorer ? 	<p>Parcours de développement et formation continue</p> <p>Modalités (préparation individuelle, journal de bord, formation clinique, observation, simulation, bilan avec superviseur), matériel fourni et contenus abordés</p> <p>Développement de compétences (connaissances, habileté, attitudes acquises) pour intervenir, utiliser les outils cliniques et technologiques et agir professionnellement</p> <p>Bénéfices encourus s'il y a lieu</p> <p>Pistes de rehaussement</p>
<p>Depuis la fin du parcours de formation, qu'est-ce qui a été mis en place pour vous soutenir ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Comment cela se déroule-t-il ? En quoi cela vous aide (ou non) dans votre pratique comme intervenant numérique ? Comment pourrait-on vous soutenir davantage en lien avec le développement de vos compétences ? Et votre vécu émotif ? <p>OU (superviseurs-accompagnateur)</p> <p>Que pensez-vous du soutien qui a été offert aux intervenants de la SIN jusqu'à présent ?</p> <ul style="list-style-type: none"> En quoi ce soutien vous a semblé aidant ou non dans la pratique des intervenants ? Comment l'améliorer ? <p>Que pensez-vous du soutien qui vous a été offert jusqu'à présent (ex. : rencontres) ?</p> <ul style="list-style-type: none"> En quoi ce soutien vous a semblé aidant ou non dans la pratique des intervenants ? Comment l'améliorer ? 	<p>Personnes en soutien, modalités, objets discutés</p> <p>Qualité, disponibilité, réactivité, flexibilité, fiabilité, etc.</p> <p>Développement de compétences (connaissances, habileté, attitudes acquises) pour intervenir, utiliser les outils cliniques et technologiques et agir professionnellement</p> <p>Bénéfices encourus s'il y a lieu</p> <p>Pistes de rehaussement</p>

Bilan et perspectives

Questions	Thèmes abordés
Globalement, quel est votre niveau de satisfaction de votre expérience à titre d'intervenant numérique ou de superviseur en prévention du suicide à ce jour ? Pourquoi ?	1-10 (1 = pas du tout satisfait et 10 = extrêmement satisfait)
Qu'est-ce qui pourrait améliorer cette expérience ? Pourquoi ?	Pistes de rehaussement
Que diriez-vous à un professionnel qui souhaite se joindre à votre équipe d'intervention numérique ?	

J'ai terminé avec les questions que je souhaitais vous poser. Auriez-vous quelque chose à ajouter ?

ANNEXE 6 : GRILLE D'ENTREVUES INDIVIDUELLES SEMI-DIRIGÉES AUPRÈS DES PERSONNES UTILISATRICES DE SUICIDE.CA

Consignes générales à présenter au répondant

Nous vous remercions d'accepter de participer à cette entrevue. Votre expérience de la plateforme suicide.ca nous est précieuse.

Contexte de l'entrevue : L'entrevue se déroule dans le cadre d'un projet qui vise à évaluer l'implantation et les effets à court terme de la plateforme suicide.ca.

La plateforme suicide.ca comprend : des informations sur des pages thématiques, des outils d'autogestion et un service d'aide par clavardage et texto qui sont disponibles par le biais d'un site Internet et d'une application mobile.

L'objectif de cette entrevue est de mieux comprendre les besoins des personnes qui utilisent la plateforme suicide.ca et les effets à court terme pour ces personnes. Cela nous permettra d'identifier les pistes d'amélioration et contribuer à améliorer les connaissances sur les services et outils numériques en prévention du suicide comme ceux offerts sur la plateforme suicide.ca. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. C'est votre expérience qui nous intéresse.

Important : Compléter le formulaire d'information et de consentement et veiller à ce que toutes les signatures aient été obtenues avant de débiter l'entrevue.

Déroulement et traitement de l'information : L'entrevue durera au maximum 45 minutes. Nous avons préparé des questions sur la plateforme suicide.ca. Je parlerai avec vous :

- Des pages thématiques portant sur différents problèmes de santé mentale et situations de vie difficiles;
- Des pages Faire le point sur sa santé mentale, Prendre soins de soi, En parler à ses proches et Obtenir des services d'aide
- De l'espace connecté (ou le compte-utilisateur privé);
- Du bottin de ressources ;
- Des questionnaires d'auto-évaluation pour faire le point sur sa santé mentale;
- Le service d'aide par clavardage et texto.

Nous savons que le sujet peut être difficile. Si vous ressentez un sentiment d'inconfort ou de mal-être au cours de l'entrevue, n'hésitez pas à me le dire. Je pourrai vous diriger vers une personne ou une ressource qui pourra vous aider. Vous pouvez demander d'arrêter l'entrevue à tout moment, de refuser de répondre à une question ou d'arrêter l'enregistrement sans avoir à me dire pourquoi. Quoique vous décidiez, vous aurez toujours accès à la plateforme suicide.ca et au service d'aide par clavardage et texto.

Avez-vous des questions sur le projet de recherche ou le déroulement de l'entrevue ?

Début de l'enregistrement audio.

0. L'usage de la plateforme et d'Internet sur le sujet

Questions	Précisions
Dans votre vie quotidienne, est-ce que vous avez pour habitude d'utiliser Internet ?	Déterminer une fréquence d'usage avec la personne.
Est-ce que vous l'aviez déjà utilisé autour du sujet du suicide/du deuil avant de vous rendre sur suicide.ca ? Pour quels types de recherche d'informations (blogs, sites internet, etc.) ? Pourriez-vous me citer des noms de sites ou de blogs qui vous intéressent ?	
Nous sommes donc là pour parler de la plateforme Suicide.ca. Si cela est correct pour vous, pouvez-vous me raconter ce qui vous a amené à utiliser la plateforme ?	Établir le contexte et les conditions qui ont mené à l'usage de la plateforme, sans approfondir les ressorts d'ordre psychologique
Vous souvenez-vous des pages que vous avez consultées ? Avez-vous créé un compte utilisateur ? Vous rappelez-vous si on vous a posé des questions ? ou si vous appartenez à une catégorie identifiée sur le site ?	
Aller sur ce site vous a-t-il servi ? En quoi ?	

I. Assimilation de la plateforme aux autres outils numériques habituellement utilisés ?

Questions
Est-ce que vous diriez que cette plateforme est facile à utiliser par rapport à ce que vous utilisez habituellement ? Pourquoi ? Et par rapport aux pages que vous avez regardées : est-ce que c'était facile d'aller sur ces pages, de trouver l'information ?
Si vous deviez me dire à quoi sert cette plateforme, vous diriez quoi ? Quels types d'informations on peut trouver selon vous ? Lesquels vous sont utiles ? Pourquoi ? Utilisez-vous cette plateforme en lien avec un suivi par ailleurs en santé mentale ?
Pensez-vous que vous pouvez utiliser cette plateforme en lien avec le sujet du suicide ? Pourquoi ?

II. Intégration de la plateforme dans les pratiques courantes ?

Questions
Mettons-nous dans une situation où - selon personne interrogée : vous êtes en deuil d'une perte liée au suicide / vous êtes inquiet pour un proche / vous avez des idées suicidaires – et que la plateforme n'existe pas encore. Que faites-vous spontanément ?
Est-ce que cette plateforme a changé vos manières de faire ? En quoi ?
Est-ce que cela vous a permis de faciliter la résolution de difficultés rencontrées dans votre quotidien au sujet du suicide ? Lesquelles ?
Est-ce que vous pensez pouvoir intégrer cette plateforme dans vos « réflexes » et pratiques, en cas de situation difficile ? Comment ?

Questions
<p>Que pensez-vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des pages thématiques portant sur différents problèmes de santé mentale et situations de vie difficiles ? • De la page <i>Faire le point sur sa santé mentale</i> ? • Des questionnaires d'auto-évaluation pour faire le point sur sa santé mentale ? • De la page <i>Prendre soins de soi</i> ? • De la page <i>En parler à ses proches</i> ? • De la page <i>Obtenir des services d'aide</i> ? • Du bottin de ressources ? • De l'espace connectée (ou le compte-utilisateur privé) et de l'application mobile ? • Du service d'aide par clavardage et texto ?

III. Appropriation à l'identité de l'utilisateur

Questions
Est-ce que vous pensez que cette plateforme correspond à vos besoins ? En quoi particulièrement ?
Est-ce que vous pensez que cette plateforme repose sur des valeurs qui vous correspondent dans la manière de traiter le sujet ? Lesquelles ?
Est-ce que vous avez des craintes / des réticences par rapport à l'usage de cette plateforme ? Lesquelles ?
Est-ce que vous pensez qu'il manque des informations ou des sections qu'il serait bon d'ajouter ? OU que des sections sont inutiles ou de trop ? Pourquoi ?

IV. Adaptation à l'environnement privé ou professionnel de l'utilisateur

Questions
Est-ce que vous pensez que cette plateforme est adaptée pour un usage à votre domicile ?
Est-ce que cette plateforme peut être consultée n'importe quand / n'importe où ? ou faut-il des conditions particulières ?
Est-ce que vous pensez qu'il y a un enjeu autour du regard de votre entourage sur l'usage de cette plateforme ?
Pour résumer, si vous deviez peut-être donner une note sur l'intérêt de cette plateforme, entre 1 et 10 (1 = inutile ; 10 = très utile), quelle serait la note ?

Récapitulatif / synthèse de l'entrevue par la personne qui passe l'entrevue.

V. Profil de l'utilisateur

Questions
<p>Pour finir, si vous me permettez, je voudrais revenir vers vous et vous poser quelques brèves questions, juste pour mieux vous comprendre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour revenir sur justement sur le thème du suicide : en quoi il vous concerne directement ? Depuis combien de temps ? • Actuellement, diriez-vous que vous vivez des problèmes de santé mentale ? Une situation de vie difficile ? Depuis combien de temps ? • Vous considérez-vous bien entourés ? (aidés ?) • Êtes-vous suivi par le système de santé ? Que pensez-vous d'ailleurs du système professionnel de la santé ? Quelle expérience en avez-vous eu ? • Est-ce que vous pensez que cette plateforme est adaptée pour un usage à votre domicile ?

Merci beaucoup d'avoir accepté de partager votre expérience de la plateforme Suicide.Ca avec nous.

Pour obtenir de l'aide, vous pouvez parler à tout moment (24 heures par jour/7 jours sur 7) avec un intervenant spécialisé en prévention du suicide :

- **Accédez au clavardage**

<https://suicide.ca/fr/jai-besoin-daide-maintenant/communiquer-avec-un-intervenant>

- **Textez le XXXXX*** depuis votre téléphone
- **Appelez au 1 866 APPELLE (277-353)**

* Ce service sera disponible à compter de février 2021.

ANNEXE 7 : QUESTIONNAIRE SUR LES PERCEPTIONS DE SUICIDE.CA DES PARTENAIRES DE LA SNPS

ÉNONCÉ DE CONSENTEMENT DE PARTICIPATION À LA RECHERCHE (PAGE D'ACCUEIL)

TITRE DE LA RECHERCHE : *Évaluation de l'implantation et des retombées de la Stratégie numérique en prévention du suicide*

NUMÉRO DU PROJET : 2021-4016

CHERCHEURS PRINCIPAUX : *Julie Lane, Université de Sherbrooke
Louis-Philippe Côté, Université du Québec à Montréal*

CHERCHEURE ASSOCIÉE : *Céline Verchère, Université de Sherbrooke*

FINANCEMENT DU PROJET : *Association québécoise de prévention du suicide*

REMERCIEMENTS :

Nous nous adressons à vous puisque vous comptez parmi les partenaires de la SNPS et de son Service d'intervention numérique.

Votre collaboration est précieuse pour nous permettre de réaliser cette évaluation. Les résultats de cette évaluation sont importants pour l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS) afin d'alimenter les travaux en cours. C'est pourquoi nous tenons à vous remercier pour le temps et l'attention que vous acceptez de consacrer à votre participation.

RENSEIGNEMENTS SUR LA RECHERCHE :

Le présent sondage s'inscrit dans le cadre du projet *Évaluation de l'implantation et des retombées de la Stratégie numérique en prévention du suicide* qui vise à évaluer l'implantation et les effets premiers effets à court terme de la Stratégie numérique en prévention du suicide (SNPS) qui inclut le Service d'intervention numérique. Il permettra de répondre aux questions suivantes :

- De quelle manière la SNPS est-elle mise en œuvre ?
- Est-ce que la SNPS produit les résultats escomptés chez les utilisateurs du service numérique ainsi que les intervenants des centres de prévention du suicide prestataires du SIN à court terme ?

Plus précisément, votre participation à ce sondage nous aidera à mieux comprendre les perceptions des partenaires de l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS) de la qualité et l'utilité de la plateforme, des outils et du service d'intervention numérique de Suicide.ca.

VOTRE PARTICIPATION :

Votre participation à cette recherche, consistera à remplir le présent questionnaire comprenant 21 questions portant sur votre profil ainsi que votre connaissance, votre appréciation de Suicide.ca et votre utilisation de Suicide.ca dans votre pratique.

Bien que les réponses à chacune des questions soient importantes pour la recherche, vous demeurez libre de choisir de ne pas répondre à l'une ou l'autre d'entre elles (à l'exception de la première question portant sur votre profession d'appartenance) ou encore de mettre fin à votre participation à tout moment. Toutefois, si vous choisissez de vous retirer de la recherche, les données que vous aurez fournies ne pourront pas être détruites après avoir soumis votre questionnaire sur la plateforme de vote en ligne puisque votre nom et vos coordonnées ne seront pas recueillis.

ANONYMAT ET CONSERVATION DES DONNÉES :

Le questionnaire est rempli de manière anonyme. Les résultats de cette évaluation pourront être publiés ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier. Un rapport d'évaluation sera transmis à l'AQPS.

Les données de recherche seront conservées pendant 5 ans après la fin de la recherche sur le serveur de l'Université de Sherbrooke par la chercheure principale (Lane).

DÉCLARATION DE CONFLIT D'INTÉRÊT

Le co-chercheur Côté agit comme consultant auprès de l'AQPS le début des travaux pour soutenir le développement de la vision de la Stratégie numérique en prévention du suicide.

ATTESTATION DU CONSENTEMENT :

La soumission du questionnaire sur la plateforme de données en ligne *LimeSurvey* sera considérée comme l'expression anonyme et implicite de votre consentement à participer au présent projet d'évaluation.

IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES :

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec la co-chercheure principale (Lane) ou avec une personne de l'équipe de recherche :

- Julie Lane, Co-chercheure principale - julie.lane@usherbrooke.ca
- Luiza Maria Manceau, Coordinatrice du projet de recherche - 819 674-3841 p. 63118 ou luiza.maria.manceau@usherbrooke.ca

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES

Le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS a approuvé le projet et en assurera le suivi. Si vous désirez rejoindre l'un des membres de ce comité vous pouvez communiquer avec le Bureau d'autorisation des projets de recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS via ethique.recherche.ciusse-chus@ssss.gouv.qc.ca ou au numéro 819-346-1110, poste 12856.

DÉBUTER LE SONDAGE

VOTRE POINT DE VUE SUR SUICIDE.CA

SECTION 1 - Votre profil et votre connaissance de Suicide.ca

1. *À quel ordre professionnel appartenez-vous ?
 - a. Ordre des psychologues du Québec
 - b. Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec
 - c. Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
 - d. Autre groupe professionnel, spécifiez :

2. Au cours des 3 derniers mois, combien de fois avez-vous été confrontés à la problématique du suicide dans le cadre de votre pratique ?
 - a. Aucune fois
 - b. Une seule fois
 - c. Moins d'une fois par mois
 - d. De 1 à 3 fois par mois
 - e. De 1 à 4 fois par semaine
 - f. Tous les jours
 - g. Je ne sais pas

3. Connaissez-vous suicide.ca ?

OUI	NON
Question suivante	➔ Question 21

4. De quelle façon avez-vous entendu parler de suicide.ca ?
 - a. Dans les médias (ex. : reportage à la télévision ou à la radio, article de journal, etc.)
 - b. Sur le site Web de l'AQPS
 - c. Sur le site Web commentparlerdusucide.com
 - d. Par le biais d'une infolettre de l'AQPS
 - e. Par le biais du matériel promotionnel de la Semaine de prévention du suicide
 - f. En faisant une recherche dans les moteurs de recherche
 - g. Par une publicité sur le Web
 - h. Sur les réseaux sociaux (ex. : Facebook)
 - i. Par le biais de mon organisation, spécifiez laquelle :
 - j. Par le biais d'un.e collègue
 - k. Autres, spécifiez :

5. Avez-vous déjà visité suicide.ca ?

OUI	NON
Question suivante	➔ Question 15

6. Au cours des 3 derniers mois, combien de fois avez-vous visité suicide.ca ?
- Aucune fois
 - Une seule fois
 - Moins d'une fois par mois
 - De 1 à 3 fois par mois
 - De 1 à 4 fois par semaine
 - Tous les jours
 - Je ne sais pas
7. Pour quelle(s) raison(s) avez-vous visitez suicide.ca ?
- Pour mieux connaître suicide.ca
 - Pour m'outiller dans ma pratique
 - Pour accompagner un client dans la consultation de suicide.ca
 - Pour des raisons personnelles
 - Autres, spécifiez :

SECTION 2 - Votre appréciation de Suicide.ca

QU'EST-CE QUE SUICIDE.CA ?

Suicide.ca a pour mission de prévenir le suicide au moyen des technologies numériques. Il informe et aide les personnes ayant des pensées et des comportements suicidaires, celles qui s'inquiètent pour un proche ou qui sont endeuillées par suicide ainsi que les intervenants qui travaillent auprès de clientèles vulnérables.

La plateforme suicide.ca offre de l'information sur le suicide et sa prévention, un service d'intervention numérique par clavardage (et prochainement texto) disponible 24/7, et des outils pour prendre soin de sa santé mentale. Ces ressources sont disponibles en ligne et par le biais de l'application mobile Mes outils.

Le service d'intervention numérique par clavardage (et bientôt texto) de suicide.ca est opéré par des intervenants spécialisés en prévention du suicide et formés pour intervenir à l'aide des outils numériques. Ces intervenants travaillent depuis le Centre de prévention du suicide de Québec, Suicide Action Montréal et le Centre de prévention du suicide 02.

Suicide.ca est piloté par l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS), en collaboration avec ses partenaires, dont les centres de prévention du suicide nommés précédemment.

8. Avez-vous déjà visité **les pages informationnelles de suicide.ca** ?

OUI	NON
Question suivante	➔ Question 10

9. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) des éléments suivants **concernant les pages informationnelles de suicide.ca que vous avez visitées ?**

Échelle : Très satisfait, Satisfait, Insatisfait, Très insatisfait, Je ne sais pas

Éléments à évaluer	Personnes ayant des idéations suicidaires	Proches de personnes ayant des idéations suicidaires	Personnes endeuillées par suicide
La convivialité des pages informationnelles (design, facilité d'accès et de navigation et repérage sur le site Web).			
La clarté des informations présentes.			
La fiabilité des informations présentes.			
La facilité à trouver les informations recherchées.			
La capacité des pages informationnelles à répondre aux besoins de la clientèle ciblée.			
La complémentarité des pages informationnelles avec l'offre de services actuelle en santé et services sociaux.			
<p>Le choix des problématiques abordées en lien avec le suicide.</p> <p>Liste des problématiques abordées : anxiété, attaques de panique, automutilation, cyberdépendance, dépendance à la drogue ou à l'alcool, dépendance au jeu, dépression, dépression post-partum, deuil et perte, douleurs chroniques, épuisement professionnel, insomnie, intimidation, perte d'autonomie, problèmes financiers, problèmes légaux, problèmes relationnels, rupture amoureuse, schizophrénie, solitude et isolement, stress post-traumatique, trouble bipolaire, trouble de personnalité limite et troubles alimentaires.</p>			
Le choix des questionnaires d'auto-évaluation proposés pour faire le point sur sa santé mentale.			
La clarté des informations communiquées aux participants à la suite des questionnaires d'auto-évaluation.			
La satisfaction globale des pages informationnelles.			

Qu'est-ce que vous appréciez le plus des pages informationnelles ?

Qu'est-ce qui pourrait être amélioré ?

10. Avez-vous déjà visité la section du site Web ou l'application mobile *Mes outils de suicide.ca* ?

OUI	NON
Question suivante	➔ Question 12

11. De façon plus précise, dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) des éléments suivants concernant la section du site Web ou l'application mobile *Mes outils de suicide.ca* ?

Échelle : Très satisfait, Satisfait, Insatisfait, Très insatisfait, Je ne sais pas

Éléments à évaluer	Échelle
La convivialité des outils (design, facilité d'accès et de navigation et repérage dans l'application ou la section <i>Mes outils</i>).	
La clarté des informations présentes.	
Le choix des outils d'autogestion proposés dans <i>Mes outils</i> .	
La capacité de <i>Mes outils</i> à répondre aux besoins des personnes ayant des idéations suicidaires.	
La complémentarité de <i>Mes outils</i> avec les interventions réalisées par les professionnels en santé et services sociaux.	
L'aspect sécuritaire de <i>Mes outils</i> .	
La satisfaction globale de <i>Mes outils</i> .	

Qu'est-ce que vous appréciez le plus de *Mes outils* ?

Qu'est-ce qui pourrait être amélioré ?

12. Dans quelle mesure trouvez-vous utile d'utiliser *Mes outils* comme outil clinique avec vos clients dans votre pratique ?

Échelle : Très utile, Assez utile, Un peu utile, Pas du tout utile, Je ne sais pas

13. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) des éléments suivants **concernant le service d'intervention par clavardage de suicide.ca ?**

Échelle : Très satisfait, Satisfait, Insatisfait, Très insatisfait, Je ne sais pas

Éléments à évaluer	Échelle
La facilité d'accès au service d'intervention numérique par clavardage.	
La crédibilité du service d'intervention numérique par clavardage.	
La complémentarité du service d'intervention numérique par clavardage avec l'offre de services actuelle en santé et services sociaux.	
Le potentiel du service d'intervention numérique par clavardage à assurer un filet de sécurité pour la clientèle ciblée : a. Personnes ayant des idéations suicidaires b. Proches de personnes ayant des idéations suicidaires c. Personnes endeuillées par suicide	

Qu'est-ce que vous appréciez le plus du service d'intervention numérique par clavardage ?
Qu'est-ce qui pourrait être amélioré ?

14. Dans l'ensemble, quelle est votre niveau de satisfaction vis-à-vis de suicide.ca ?

Échelle : Très satisfait, Satisfait, Insatisfait, Très insatisfait, Je ne sais pas

Qu'est-ce que vous appréciez le plus de suicide.ca ?

Quels outils ou informations supplémentaires suicide.ca pourrait offrir pour mieux vous soutenir ou vous être utile dans votre pratique ?

SECTION 3 - Votre utilisation de Suicide.ca dans votre pratique

COMMENT SUICIDE.CA CRÉER DES LIENS VERS LES AUTRES SERVICES ?

Le site Web suicide.ca réfère ses visiteurs à de nombreux services dont : la ligne québécoise de prévention du suicide 1 866 APPELLE (277-3553), les services de crise, les centres de prévention du suicide, l'Info-Social, les médecins de famille, les médecins des cliniques offrant un service de consultation sans rendez-vous, les CLSC, les organismes communautaires et les psychologues. De plus, les intervenants de suicide.ca peuvent référer les utilisateurs du service d'intervention numérique par clavardage à l'une ou plusieurs de ces ressources selon leurs besoins.

15. Dans le cadre de votre pratique, vos clients vous ont-ils déjà mentionné avoir été référés à vos services par suicide.ca ?

OUI	NON
Question suivante	➔ Question 17

16. Au cours des trois derniers mois, combien de fois vos clients vous ont mentionné avoir été référés à vos services par suicide.ca ?

Échelle : Aucune fois, Une seule fois, Moins d'une fois par mois, De 1 à 3 fois par mois, De 1 à 4 fois par semaine, Tous les jours, Je ne sais pas

Clientèle ciblée par suicide.ca	Échelle
Personnes ayant des idéations suicidaires	
Proches de personnes ayant des idéations suicidaires	
Personnes endeuillées par suicide	

Quel est votre point de vue sur cette référence ?

Qu'est-ce qui pourrait être amélioré ?

17. Dans le cadre de votre pratique, avez-vous déjà référé vos clients à suicide.ca ?

OUI	NON
PASSER à la question suivante.	➔ Question 19b

18. Au cours des 3 derniers mois, combien de fois avez-vous référé chacune des clientèles suivantes à suicide.ca ?

Échelle : Aucune fois, Une seule fois, Moins d'une fois par mois, De 1 à 3 fois par mois, De 1 à 4 fois par semaine, Tous les jours, Je ne sais pas

Composantes de suicide.ca	Personnes ayant des idéations suicidaires	Proches de personnes ayant des idéations suicidaires	Personnes endeuillées par suicide
Pages informationnelles			
<i>Mes outils</i>			
Service d'intervention numérique par clavardage de Suicide.ca			

Dans quel contexte avez-vous référé vos clients à suicide.ca ?

Quelles retombées ont été observées ?

19. a) Quelle est la probabilité que vous y référiez à nouveau des clients à suicide.ca ?

Échelle : Définitivement, Assez probablement, Peut-être, Probablement pas

Pourquoi ? OU b) Quelle est la probabilité que vous référiez des clients à suicide.ca ?

Échelle : Définitivement, Assez probablement, Peut-être, Probablement pas

Pourquoi ?

20. Quelle est la probabilité que vous recommandiez suicide.ca à un collègue ?
Échelle : Définitivement, Assez probablement, Peut-être, Probablement pas
Pourquoi ?

21. Aimerez-vous vous abonner à l'infolettre de suicide.ca pour recevoir plus d'informations ?

OUI	NON MERCI
Merci d'inscrire votre adresse courriel :	

Merci d'avoir partagé votre opinion sur suicide.ca avec nous.





Centre RBC
d'expertise universitaire
en santé mentale

