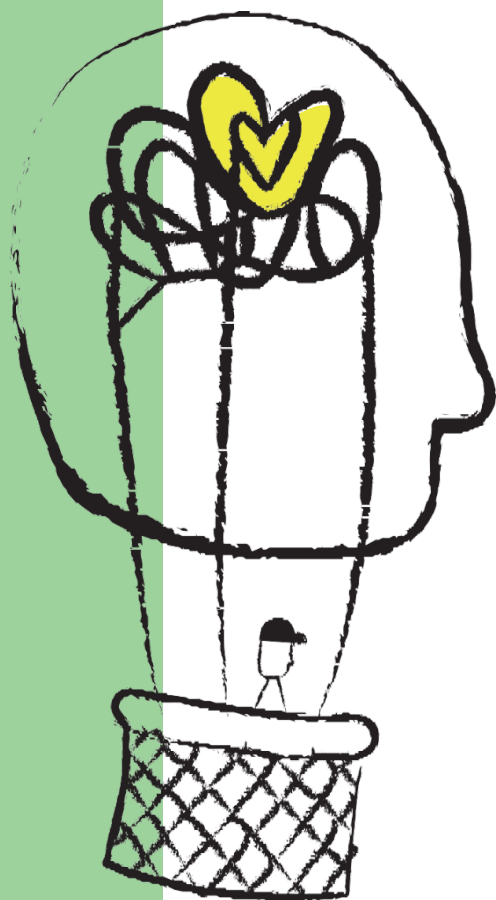




Centre RBC  
d'expertise universitaire  
en santé mentale

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



### RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Du 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



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 résumé exécutif du rapport d'évaluation*

| 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   |
| 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<br>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<br>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 ABRÉVIATIONS .....  | iii       |
| <b>1. LE CONTEXTE DE L'ÉVALUATION .....</b>   | <b>1</b>  |
| <b>2. LA MÉTHODOLOGIE .....</b>   | <b>1</b>  |
| <b>3. QUELQUES FAITS SAILLANTS .....</b>  | <b>2</b>  |
| <b>3.1 Des composantes du modèle d'action confirmées .....</b>  | <b>2</b>  |
| <b>3.2 Une gouvernance et des collaborations de qualité .....</b>   | <b>3</b>  |
| <b>3.3 Une mise en œuvre de la SNPS à la fine pointe des connaissances .....</b>  | <b>4</b>  |
| <b>3.4 Un parcours de développement des compétences en intervention numérique favorisant l'application des apprentissages .....</b> | <b>6</b>  |
| <b>3.5 Un service d'intervention numérique en consolidation .....</b>   | <b>6</b>  |
| <b>3.6 La plateforme suicide.ca jugée utile .....</b>   | <b>7</b>  |
| <b>3.7 Les personnes utilisatrices et l'utilisation de suicide.ca .....</b>   | <b>9</b>  |
| Le service d'intervention numérique .....   | 9         |
| Les données analytiques .....   | 13        |
| <b>3.8 Des outils numériques qui répondent aux besoins initialement documentés .....</b>  | <b>15</b> |
| <b>4. CONCLUSION .....</b>  | <b>16</b> |
| <b>4.1 Les limites et les stratégies d'atténuation .....</b>  | <b>16</b> |
| <b>4.1.1 Le biais de sélection .....</b>  | <b>16</b> |
| <b>4.2.2 Le biais d'acceptabilité sociale .....</b>   | <b>16</b> |
| <b>5. LISTE DES RÉFÉRENCES .....</b>  | <b>18</b> |
| <b>ANNEXE 1 : MODÈLE LOGIQUE GLOBAL DE LA SNPS .....</b>  | <b>21</b> |

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

AQPS : Association québécoise de prévention du suicide

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

CFIR : *Consolidated Framework for Implementation Research*

CPS : Centre de prévention du suicide

KTA : *Knowledge-to-Action*

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

SIN : Service d'intervention numérique

SNPS : Stratégie numérique en prévention du suicide

SIDAS : *Suicidal Ideation Attributes Scale*

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

UDS : Université de Sherbrooke

**Référence suggérée** : Manceau, L.-M., Côté, L.-P., Lane, J. et Verchère, C. sous la direction de Lane, J et Côté, L.-P. (2022). *Résumé exécutif — 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. LE CONTEXTE DE L'ÉVALUATION

Au Québec, encore près de 3 personnes s'enlèvent la vie chaque jour (Levesque et al., 2022). 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 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.

En mai 2017, l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS) a reçu un financement du MSSS pour concevoir une Stratégie numérique en prévention du suicide (SNPS) par l'utilisation des nouvelles technologies pour le Québec. Le mandat de la SNPS est de développer des interventions en ligne et des 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 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 ainsi que plusieurs outils d'autogestion de la santé mentale (Association québécoise de prévention du suicide, 2021).

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. La présente évaluation 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?

## 2. LA MÉTHODOLOGIE

Plusieurs écrits sont au cœur de cette évaluation : les cadres Knowledge-to-Action (KTA) de Straus et al., 2011 et *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) de Damschroder et al., 2009; les travaux de Massuard & Lane, 2022; les écrits sur la gouvernance de Barbazza & Tello, 2014, Smits & Champagne, 2020 et Emerson et al., 2012; le cadre *TransFormation* de Lane & Gagné, 2009; les résultats de recherche sur les prédicteurs du transfert des apprentissages de Lauzier et al., 2016; la méthode *Conception assistée par les usages pour les technologies de l'innovation et du changement* (CAUTIC) Toussaint & Mallein, 1985.

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]);
- Les documents portant sur la SNPS (n=39);
- Les observations d'activités (n=2) et du matériel de formation à l'intervention numérique;
- Les entrevues individuelles semi-dirigées auprès des acteurs de la structure de gouverne et de membres de l'équipe d'intervention numérique (n=13);
- Les entrevues individuelles semi-dirigées auprès des personnes utilisatrices de suicide.ca (n=33);
- Un questionnaire sur les perceptions de suicide.ca des partenaires de la SNPS (n=477).

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 ensuite été effectuées avec les autres données secondaires relatives à suicide.ca. 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 fait l'objet d'une analyse thématique (Paillé & Mucchielli, 2012). 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 (Toussaint & Mallein, 1985).

### 3. QUELQUES FAITS SAILLANTS

Les résultats de la présente évaluation sont exposés dans le rapport complet : Manceau, L.-M., Côté, L.-P., Lane, J. et Verchère, C. sous la direction de Lane, J et Côté, L.-P. (2022). *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.

Les faits saillants présentés ci-bas et les recommandations pour les suites des travaux de la SNPS sont présentés de façon détaillée dans la discussion de ce rapport.

#### 3.1 Des composantes du modèle d'action confirmées

La présente évaluation s'intéressait à la théorie globale du programme de la SNPS. 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 de la SNPS inclut 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 résultats qui sont partagés plus bas sont étroitement liés à ce modèle et 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.

### 3.2 Une gouvernance et des collaborations de qualité

Les résultats permettent de reconnaître la qualité opérationnelle de la structure de gouverne 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 (Barbaza & 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 (Barbaza & 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 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. Les actions posées en ce sens rejoignent le processus lié à l'engagement de principe tel que défini par Emerson et al. (2012). Elles ont permis de développer une compréhension commune du but de la SNPS et des moyens pour l'atteindre qui intègrent les préoccupations des parties prenantes. **Pour la suite des travaux**, il importera de poursuivre les efforts visant à conjuguer les divers horizons autour des fondements de la SNPS (ou les modèles d'action et de changement) en vue de favoriser la motivation à collaborer et la capacité d'agir collectivement (Emerson et al., 2012). Les liens déjà créés entre les personnes impliquées permettront à chacune d'aller au-delà de ses frontières et de s'engager dans l'action (Emerson et al., 2012).

De nombreuses stratégies et actions structurantes formelles (ex. : ententes, 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, etc.) 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**, 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 décroiser 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**, mobiliser les ressources humaines nécessaires en temps opportun constitue 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).

### 3.3 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 *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.

- La mise en œuvre de la SNPS a été planifiée (ex. : objectifs visés et ressources nécessaires identifiés, changement souhaité réfléchi, mise en place d'une structure de gouverne, etc.). **Pour la suite des travaux**, il importe de s'assurer de la capacité à poursuivre l'implantation et assurer le maintien de la SNPS dans le temps (ex. : coûts estimés et ressources humaines nécessaires) (Ben Charif et al., 2018; Leng et al., 2014; Milat et al., 2014). De plus, il serait pertinent que la SNPS soit positionnée plus clairement dans l'offre de services en santé mentale et prévention du suicide au Québec (p. ex. faire connaître la SNPS davantage, démontrer sa complémentarité avec les autres services) (Excellence for Child and Youth Mental Health, 2013).
- L'écart entre les connaissances et la pratique a été déterminé (ex. : données scientifiques disponibles explorées, écart avec les applications réelles sur le terrain défini, utilité de susciter un changement confirmé, etc.). Les parties concernées ont été consultées au regard du besoin de changement et des



enjeux potentiels en vue de légitimer le changement souhaité (May & Finch, 2009). La plupart de celles-ci se sont jointes à la structure de gouverne et y sont demeurées au fil du temps (Colquhoun et al., 2017; Mathieson et al., 2019). **Pour la suite des travaux**, la participation de personnes utilisatrices de suicide.ca pourrait s'actualiser, au même titre que les autres parties, 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.

- Les connaissances ont été adaptées au contexte. 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).
- Les facteurs d'influence et les stratégies d'optimisation ont été déterminés. Ces stratégies se déploient en continu. **Pour la suite des travaux**, afin d'aller plus loin, les facteurs d'influence liés aux caractéristiques et aux besoins/attentes des personnes utilisatrices de suicide.ca et des personnes intervenantes concernées par la SNPS (œuvrant au SIN ou plus largement dans le réseau de la santé et des services sociaux) pourraient être explorés davantage (Damschroder et al., 2009). Ceci permettrait par exemple de renforcer les actions pouvant favoriser leur adhésion 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.
- Les stratégies favorisant l'utilisation des connaissances ont été sélectionnées, adaptées et mises en œuvre. 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), 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).
- Le suivi et l'évaluation de la SNPS sont effectués. Des activités de suivi, d'analyse de la performance et d'évaluation permettent de mettre en évidence les avancées et les défis en cours de mise en œuvre et identifier les ajustements nécessaires. **Pour la suite des travaux**, il importera de concentrer les efforts autour des besoins et des enjeux jugés prioritaires et de structurer/d'arrimer les démarches de suivi/d'évaluation autour de ceux-ci (Bowen, 2012; Patton, 2012). Davantage partager les résultats avec les parties concernées tout en reconnaissant leur contribution 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). Certains apprentissages pourraient également bénéficier d'être diffusés plus largement afin de contribuer à l'amélioration des connaissances dans l'utilisation des technologies numériques en santé mentale.
- La pérennité de l'utilisation des pratiques liées au changement souhaité est favorisée. 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.

### 3.4 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 adressée 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 l'accompagnement proposés 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 gagnerait à être clarifié et renforcé. 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 remarque 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.

### 3.5 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). 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., 2011a). Lorsque ces ajustements sont insuffisants pour maintenir l'équilibre entre l'atteinte des objectifs tels 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., 2011b). 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) ou 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.). 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., 2011a).

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., 2011a). 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 et au soutien des intervenants pendant ces périodes. **Pour la suite des travaux**, les actions entreprises auront avantage à : s'appuyer sur la philosophie de prestation de service partagée par les membres des équipes d'intervention, prendre en compte les caractéristiques des organisations qui cogèrent le SIN (historique, offre de services, culture de travail, climat de travail, leadership en place) et viser à créer un « collectif » de travail (Damschroder et al., 2009; 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., 2011a). 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 (St-Vincent et al., 2011a).

### 3.6 La plateforme suicide.ca jugée 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**, des pistes d'amélioration ont été soumises à l'organisation mandataire. Ces pistes concernent par exemple : 1) le développement du contenu/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 personnes utilisatrices et 2) le recalibrage du SIDAS (environ 26 pour obtenir une cote de 75) pour le SIN puisque les personnes utilisatrices les plus à risque obtiennent un score avoisinant 33 (écart type de 7).

## 3.7 Les personnes utilisatrices et l'utilisation de suicide.ca

Le service d'intervention numérique

### *Abandons au triage*

Deux questions semblaient entraîner un nombre significatif d'abandons au triage, soit la première question (Question 1 : *Quel est votre âge ?*) et la dernière question (Question 7 : *Quel est votre nom ou pseudo que l'on peut utiliser durant la conversation ?*). Ainsi, des 25 894 personnes utilisatrices ayant appuyé 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 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 ayant poursuivi le triage au-delà de la première question. Leur taux d'abandon à la question 7 est de 7,6%. Ce taux est faible lorsque l'on prend considération le fait qu'il comprend les personnes qui ont testé le fonctionnement de la plateforme.

Qui plus est, les questions du triage qui portaient explicitement sur le suicide entraînaient très 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 *Suicidal Ideation Attributes (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.

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. Cette question a d'ailleurs été retirée par l'équipe de l'AQPS au cours de l'évaluation d'implantation, à la lumière des résultats préliminaires. Il faudra éventuellement mesurer les impacts du retrait de cette question.

Concernant les abandons dès la première question du triage, ils peuvent compter des personnes qui ont testé la plateforme, des personnes utilisatrices qui ont refusé de s'engager dans le triage, ou encore être le reflet de problèmes techniques avec la plateforme (ex. : création d'un questionnaire de triage dans la base de données chaque fois qu'une personne va sur la page du SIN). La seule façon de vérifier ces hypothèses serait de retirer le triage pendant un court laps de temps et d'en vérifier l'impact sur l'achalandage du SIN.

### *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.

Les personnes intervenantes 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 réponse de la part des personnes utilisatrices à un moment ou un autre du contact (n=840; 53,4%). Ce chiffre est élevé et potentiellement problématique, car il pourrait contenir des interventions qui ont eu lieu, mais qui ont été jugées incomplètes par les personnes intervenantes. Il se pourrait donc que les statistiques sur l'achalandage du SIN ne reflètent pas le nombre réel d'interventions qui y sont prodiguées.

Il faudrait donc s'assurer que les personnes intervenantes inscrivent la mention *Je n'ai pas pu intervenir* dans les rapports d'intervention seulement dans les situations où ils n'ont pas pu échanger avec la

personne utilisatrice et non dans les situations où elle a quitté la conversation avant que la personne intervenante puisse conclure son intervention.

### *Genre et âge des personnes utilisatrices*

L'information sur l'âge des personnes utilisatrices était disponible pour 4000 interventions. 7,8% étaient âgées de 13 ans ou moins, 8,5% étaient âgées de 14 à 17 ans, 36,6% étaient âgées de 18 à 25 ans, 34,1% étaient âgées de 26 à 40 ans, 12,7% étaient âgées de 41 à 60 ans et 0,3% étaient âgées de 61 ans ou plus. En ce qui a trait à l'identité de genre des personnes utilisatrices, 71,6% se sont identifiées comme femmes, 20,6% comme hommes, 3,3% comme transgenres, 2,7% comme non binaires et 1,8% ont inscrit Autre dans le questionnaire de triage. Ces chiffres sont en cohérence avec ce qui est observé dans les services d'intervention numérique de manière générale.

### *Raisons du contact*

L'information sur la raison du contact était disponible pour 4000 interventions. 84,5% des personnes utilisatrices ont inscrit *Je pense au suicide* dans le questionnaire de triage, 10,1% ont inscrit *Je m'inquiète pour un proche* et 5,4% ont inscrit *Je suis endeuillé par suicide*.

En ce qui a trait aux besoins exprimés par les personnes utilisatrices lors des interventions, 75,2% ont exprimé avoir besoin de ventiler, 33,5% ont demandé du soutien pour une situation de crise, 26,7% ont exprimé avoir besoin d'aide pour assurer leur sécurité, 22,7% ont demandé des conseils à la personne intervenante et 9,7% ont contacté le service pour obtenir des renseignements.

Ces chiffres indiquent que le SIN rejoint majoritairement la population cible du service, soient des personnes utilisatrices vulnérables au suicide. Ils font également échos aux résultats des entretiens qualitatifs qui indiquent que les personnes utilisatrices perçoivent suicide.ca comme un espace de parole et d'écoute où ils peuvent discuter de leurs difficultés.

### *Risque suicidaire et dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire*

3490 des personnes utilisatrices ont répondu à la question à la question du triage *Envisagez-vous poser un geste suicidaire dans les prochaines minutes ou les prochaines heures ?* Parmi elles, 51,6% ont répondu *Non*, 27,9% ont répondu *Incertain* et 20,6% ont répondu *Oui*.

2606 personnes utilisatrices ont répondu à la version française du *Suicidal Ideation Attributes Scales* (SIDAS-FR) au triage. Parmi eux, 10,2% ont indiqué ne pas avoir pensé au suicide au cours des 30 derniers jours, 4,6% ont obtenu un score indiquant une sévérité faible de leurs idéations suicidaires, 9,6% ont obtenu un score indiquant une sévérité moyenne de leurs idéations suicidaires et 75,6% ont obtenu un score indiquant une sévérité élevée de leurs idéations suicidaires.

L'information sur l'estimation finale de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire était disponible pour 1783 interventions. L'estimation finale était Vert (absence de danger) dans 6,9% des interventions, Jaune (danger faible) dans 53,6% des interventions, Orange (danger élevé à court terme) dans 33,8% des interventions et Rouge (danger grave imminent) dans 5,8% des interventions.

Ces chiffres indiquent que, de manière générale, les personnes utilisatrices du SIN présentent un risque suicidaire élevé et qu'une proportion importante d'entre elles envisage un passage à l'acte suicidaire au moment du contact.



### *Durée des interventions*

La durée moyenne des interventions était de 77 minutes pour celles effectuées auprès de personnes utilisatrices vulnérables au suicide, de 68 minutes pour les proches inquiets et de 67 minutes pour les personnes endeuillées par suicide.

La durée moyenne des interventions où la personne intervenante a pu compléter l'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire était de 92 minutes. Les scores des personnes utilisatrices au SIDAS-FR n'avaient pas d'influence sur la durée de ces interventions. Les interventions auprès de personnes utilisatrices ayant indiqué qu'elles envisageaient un passage à l'acte étaient cependant significativement moins longues.

La durée des interventions où la personne intervenante n'a pu compléter l'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire était significativement plus courte, soit de 62 minutes en moyenne.

La durée moyenne des interventions était de 72 minutes pour les personnes utilisatrices ayant reçu une cote Verte (absence de danger), de 92 minutes pour les personnes ayant reçu une cote Jaune (danger faible), de 100 minutes pour les personnes ayant reçu une cote Orange (danger grave à court terme) et de 75 minutes pour personnes ayant reçu une cote Rouge (danger grave imminent).

Ces résultats indiquent que la durée requise par les personnes intervenantes 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. Ils indiquent également que plus les personnes utilisatrices présentent des indices de danger, plus les interventions sont longues. Enfin, ils indiquent que plusieurs interventions de courtes durées se font auprès de personnes utilisatrices présentant des indices de danger d'un passage à l'acte imminent.

### *Perception des personnes intervenantes de l'impact de leurs interventions*

Les personnes intervenantes ont indiqué que la personne utilisatrice se sentait mieux après l'intervention dans 56,1% des interventions. Ils n'étaient pas certains qu'elle se sentait mieux dans 33,8% des interventions et pensait qu'elle ne se sentait pas mieux dans 9,8% des interventions.

Dans un même ordre d'idées, les personnes intervenantes ont indiqué que la personne utilisatrice se sentait davantage en mesure de surmonter ses difficultés dans 50,7% des interventions. Ils n'étaient pas certains qu'elle se sentait davantage en mesure de surmonter ses difficultés dans 38,4% des interventions et pensait qu'elle ne se sentait pas davantage en mesure de surmonter ses difficultés dans 10,1% des interventions.

Fait intéressant, les interventions où une estimation n'a pu être effectuée sont perçues comme étant moins efficaces par les personnes intervenantes. Dans la majorité de ces interventions, les personnes intervenantes ne savaient pas si la personne utilisatrice se sentait mieux (57,1%) ou si elle se sentait davantage en mesure de surmonter ses difficultés (64,1%) à la suite de l'intervention. Il semble également que plus les interventions durent longtemps, plus les personnes intervenantes 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.

La perception qu'ont les personnes intervenantes de l'impact de leurs interventions est également corrélée au degré de dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire des personnes utilisatrices. Plus le degré de dangerosité estimé est élevé, moins la personne intervenante 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.

Ces résultats reflètent probablement trois phénomènes distincts, mais corrélés. Le premier a trait à la nature des interventions en ligne : les interventions numériques prennent beaucoup plus de temps à réaliser que les interventions téléphoniques, et il est plus difficile d'y effectuer des interventions qui se concluent par un plan d'action et un plan de sécurité. Le second phénomène a trait à l'adhésion des personnes intervenantes à leur modèle d'intervention : le fait de pouvoir réaliser des interventions complètes semble les rassurer quant aux impacts de leurs interventions. Le troisième a trait au sentiment d'impuissance que ressentent souvent les personnes intervenantes face aux personnes utilisatrices qui présentent, ou semble présenter, un degré élevé de dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire dans les interventions numériques.

### *Impact des interventions selon les personnes utilisatrices*

259 personnes répondantes suicidaires et 91 personnes proches ou endeuillées ont répondu au sondage post-intervention.

Les scores sur les différents indicateurs de satisfaction et d'efficacité étaient tous élevés. À titre indicatif, 91,5% des personnes répondantes suicidaires ont indiqué que la personne intervenante semblait chaleureuse et bienveillante, 89,5% ont indiqué qu'elles se sont senties écoutées, comprises et respectées, 82,6% 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, 54,8% ont indiqué que leur situation s'était améliorée, 61,5% ont indiqué se sentir mieux outillé pour faire face à leur situation, et 48,3% ont indiqué penser moins au suicide. Fait intéressant, 75,8% des personnes répondantes ont indiqué avoir essayé les pistes de solution discutées avec la personne intervenante et 95,7% d'entre eux ont indiqué que cela a été aidant.

Il importe cependant de mentionner que les personnes répondantes au sondage envisageaient moins souvent un passage à l'acte suicidaire au moment du triage, et présentaient une dangerosité de passage à l'acte suicidaire moins élevée que l'ensemble des personnes utilisatrices du service. Qui plus est, le taux de réponse de 10% du sondage invite à la prudence quant à la généralisation des résultats du sondage à l'ensemble des personnes utilisatrices du SIN.

En dépit de ces limites méthodologiques, ces résultats tendent à démontrer que les interventions prodiguées au SIN sont généralement efficaces et que les personnes utilisatrices sont hautement satisfaites du service.

### Les données de l'autoévaluation

Les données recueillies par l'outil d'autoévaluation de la plateforme suicide.ca permettent de mieux comprendre le profil des personnes qui ont visité les pages de psychoéducation destinées aux personnes suicidaires.

En tout, 2488 personnes utilisatrices ont complété le SIDAS-FR : 34,9% ont rapporté une absence d'idées suicidaires dans les 30 derniers jours, 19,4% présentaient des idées suicidaires de sévérité faible, 12,6% présentaient des idées suicidaires de sévérité moyenne et 33,2% présentaient des idées suicidaires de sévérité élevée.



Pour ce qui est du K-10, qui mesure la présence probable d'un trouble de santé mentale, 3100 personnes utilisatrices ont complété le questionnaire : 87,8% d'entre elles ont obtenu un score suggérant la présence d'un trouble de santé mentale.

En ce qui a trait au Keyes, qui mesure la santé mentale positive, 2644 personnes utilisatrices ont complété le questionnaire : 9,7% présentaient une santé mentale florissante, 51,6% présentaient une santé mentale modérée et 38,7% présentaient une santé mentale languissante.

Enfin, 1471 personnes utilisatrices ont complété la deuxième partie de l'autoévaluation. Au total, 62,2% ont obtenu un score suggérant la présence d'une dépression, 61,7% ont obtenu un score suggérant la présence d'un trouble d'anxiété généralisée, 53,2% ont obtenu un score suggérant la présence d'un trouble de phobie sociale, 28,1% ont obtenu un score suggérant la présence d'un trouble de stress post-traumatique, 21,7% ont obtenu un score suggérant la présence d'une dépendance aux écrans, et 16,7% ont obtenu un score suggérant la présence d'une dépendance aux drogues.

Ces données sont plus qu'intéressantes, puisqu'elles indiquent que suicide.ca réussit à joindre des personnes présentant différents profils de suicidalité. Lorsqu'on compare les scores au SIDAS-FR des personnes utilisatrices de l'autoévaluation aux scores des personnes utilisatrices du service d'intervention, on observe que les personnes qui utilisent le service d'intervention présentent un risque suicidaire plus élevé. L'on peut donc conclure que la plateforme suicide.ca se positionne à différents endroits sur le continuum de la prévention du suicide : les pages de psychoéducation remplissent une fonction de prévention secondaire auprès de personnes utilisatrices présentant des facteurs de vulnérabilité au suicide, alors que le service d'intervention numérique s'inscrit dans de la prévention indiquée auprès de personne présentant un risque suicidaire élevé.

Les données analytiques

#### *Achalandage de suicide.ca*

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.

Les pointes d'achalandage sur la plateforme étaient corrélées aux actions de promotions de la plateforme dans les médias traditionnels et au partage de contenu de suicide.ca sur les médias sociaux.

Ces résultats soulignent la pertinence d'adopter une stratégie proactive de production de contenu et de promotion de la plateforme sur les médias sociaux.

#### *Visiteurs uniques, occasionnels et fréquents*

Les données Google Analytics indiquent que 100 114 personnes utilisatrices (73%) ont effectué une seule visite sur le site.

Pour ce qui est des personnes utilisatrices occasionnelles ou fréquentes, 15,9% ont visité le site 2 ou 3 fois, 5,2% ont visité entre 4 et 8 fois, et 5,8% ont visités le site plus de 9 fois. Plus les personnes utilisatrices visitent fréquemment le site, plus la durée moyenne de leur session est longue.

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 suivantes sont les plus consultées : 1) *Clavarder avec un intervenant*, 2) *Mes outils : chargement*, 3) *Mes outils : autoévaluation*, 4) *Mes outils : aller mieux à ma façon* et 5) la fiche thématique *Anxiété*

Pour les personnes utilisatrices ayant fait 4 visites et plus, les pages suivantes sont parmi les plus consultées 1) *Clavarder avec un intervenant*, 2) *Mes outils : journal de bord*, 3) *Mes outils : bilan de ma journée*, 4) *Mes outils : aller mieux à ma façon*, 5) *Mes outils : mes phrases inspirantes* et 6) *Mes outils : autoévaluation*.

La *Salle d'attente* apparaît dans les pages les plus consultées pour les personnes utilisatrices ayant fait 9 visites et plus.

On peut conclure de ces résultats que la grande majorité des visiteurs comptabilisés par Google Analytics ne sont pas des personnes utilisatrices de la plateforme. On peut néanmoins considérer que ces personnes ont été sensibilisées à l'existence de la plateforme et qu'ils pourront y revenir au besoin.

#### *Téléchargement de l'application Mes outils VS nombre de comptes utilisateur créés*

Du 23 novembre 2020 au 17 octobre 2021, il y a eu 5159 téléchargements de l'application Mes outils et 2178 ouvertures d'un compte utilisateur.

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 d'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, ce qui ne nécessite pas l'ouverture d'un compte utilisateur. Or, il semble peu probable que ces personnes 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 exposées au contenu psychoéducatif de l'application lors de son exploration.

#### *Nombre de visites sur les pages des trois sections principales de suicide.ca*

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 la plateforme. La page titre de la section Je pense au suicide a été visité 14 206 fois, celle de la section Je m'inquiète pour un proche a été visité 9155 fois et celle de la section *Je suis endeuillé par suicide* a été visité 3414 fois.

De plus, le nombre de pages consultées chute significativement à la suite de la consultation des pages titres des trois sections. À titre indicatif, la page Faire le point sur sa santé mentale a été visité 5312 fois (section pour les personnes suicidaires), la page Reconnaître les signes de détresse a été visité 5546 fois (section pour les proches) et la page Apprendre le suicide d'une personne a été visité 857 fois (section pour les endeuillés).

Ces résultats mettent en lumière la nécessité de faire davantage connaître le contenu psychoéducatif de suicide.ca, et ce auprès du grand public, mais surtout auprès des professionnels de la santé et des intervenants psychosociaux qui sont susceptibles d'utiliser ces pages dans le cadre de leur pratique.

#### *Portes d'entrée sur le site suicide.ca*

Du 15 octobre 2020 au 17 octobre 2021, 32,53 % des personnes utilisatrices sont arrivées sur suicide.ca en inscrivant directement l'adresse du site dans la barre de recherche, 24,42 % par le biais d'une publicité ciblée sur les moteurs de recherche, 16,22 % par le biais des réseaux sociaux, 11,37 % par le biais d'une recherche sur les moteurs de recherche (excluant les publicités ciblées) et 9,57% par le biais d'un hyperlien sur un autre site Web.

En ce qui a trait à la page de la plateforme sur laquelle ils sont arrivés, 40% sont arrivés sur la page d'accueil, 16% sur une page thématique, 11% sur une page liée à *Mes outils* et 10% sur le blogue *Parlons suicide*. Il est à noter que les pages thématiques figurent parmi les principales pages de destination de suicide.ca 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 valider la stratégie de repérage de suicide.ca qui consiste à utiliser les pages thématiques, les articles de blogs et les publicités ciblées comme outils de repérage des internautes suicidaires sur les moteurs de recherche.

### 3.8 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 priorisés par les acteurs clés en prévention du suicide consultés en 2018; ils se sont principalement actualisés par le biais de suicide.ca. Deux objectifs priorisés 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 dans l'utilisation des technologies numériques (Bazinet et al., 2018). Ils rejoignent les mandats de la SNPS et donc, les travaux à venir.

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 service d'intervention numérique 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 ou dans certaines situations) ainsi que le besoin de créer davantage de liens dans l'intervention avec les professionnels qui accompagnent les personnes utilisatrices de 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.

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.

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 et par message texte rapidement 24 h/7 jours, et ce, de façon anonyme et confidentielle (Bazinet et al., 2018).

## 4. 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.

### 4.1 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.

#### 4.1.1 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 ciblées 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 prolongée afin de mobiliser les différents profils de personnes utilisatrices ciblées.

#### 4.2.2 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.

## 5. LISTE DES RÉFÉRENCES

- 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/>
- 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>
- 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](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>
- 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>
- 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>

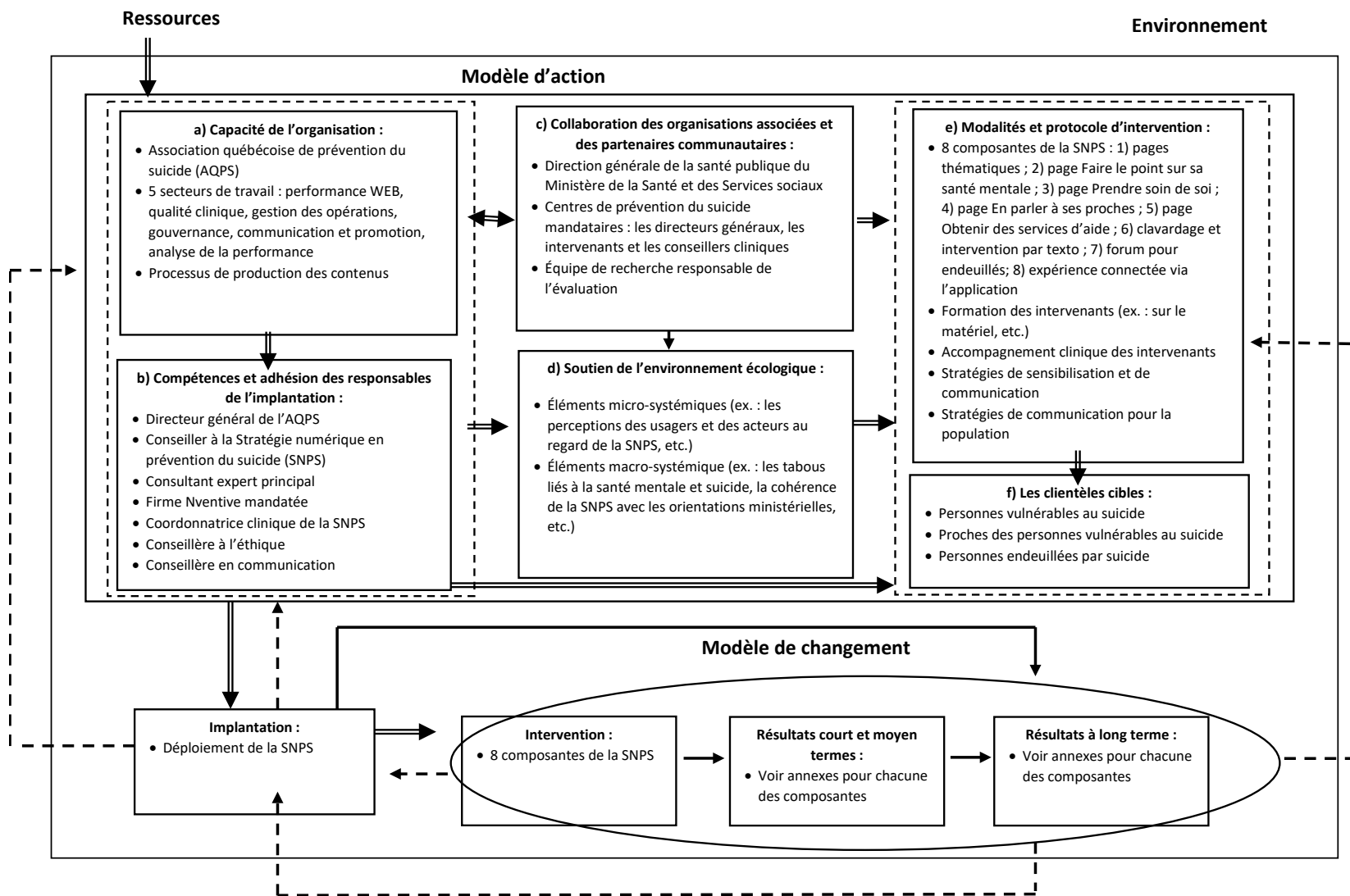
- Emerson, K., Nabatchi, T., & Balogh, S. (2012). An Integrative Framework for Collaborative Governance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 22(1), 1-29. <https://doi.org/10.1093/jopart/mur011>
- Excellence for Child and Youth Mental Health. (2013). *Implementing evidence-informed 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.
- 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>
- 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>
- Lane, J., Côté, L.-P., Gaudreault, J., Massicote, L., Manceau, L. M., Labelle, R., Bardou, 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*.
- 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>
- 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.
- 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>
- 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>
- 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. 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. Barcheatch (Éd.), *La provocation : Hommes et machines en société* (Centre d'Etudes des Systèmes et des Technologies Avancées, p. 153-161).



# ANNEXE 1 : MODÈLE LOGIQUE GLOBAL DE LA SNPS









Centre RBC  
d'expertise universitaire  
en santé mentale

