



Rapport de Stage

ÉVALUATION DU PROGRAMME DE PRÉVENTION DU SUICIDE DU CIUSSS DE L'EST  
DE L'ÎLE DE MONTRÉAL

**Effectué**

EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLÔME DE MAÎTRISE  
EN ADMINISTRATION PUBLIQUE  
CONCENTRATION « ÉVALUATION DE PROGRAMME »

**Par**

Roberto **GELIN**

Juin 2024

## Table des matières

Remerciements .....	5
Résumé .....	6
Liste des tableaux .....	7
Liste des figures .....	7
Listes des sigles.....	8
Partie I .....	9
1.1.- Introduction .....	9
1.2.- Description de l'organisation .....	10
1.2.1.- Contexte de l'étude.....	10
1.2.2.- Description de la DSM .....	10
1.3.- Description du mandat d'évaluation .....	12
1.3.1.- Objectifs d'évaluation.....	12
1.3.2.- Les utilisateurs et leurs besoins d'informations .....	14
1.3.3.- Questions évaluatives .....	14
1.3.4.- Considérations éthiques .....	14
1.3.5.- Matrice d'évaluation et indicateurs clés .....	15
1.3.6.- Cadre théorique et approche évaluative.....	18
Partie II.....	19
2.- Contexte du programme prévention du suicide .....	19
2.1.- Modèle d'intervention mise en place dans le programme.....	19
2.2.- Problématiques ciblées par le programme .....	20
2.3.- Modèle logique.....	23
Partie III.....	25

3.- Récension des écrits .....	25
3.1.- Compréhension du problème du suicide .....	25
3.1.1.- Statistiques et tendances du suicide au Québec .....	25
3.1.2.- Impact du suicide sur la société et la santé publique .....	26
3.2.- Approches et méthodes de prévention du suicide .....	27
3.2.1.- Approches de prévention .....	27
3.2.2.- Modèles théoriques de prévention du suicide.....	28
3.2.3.- Stratégies de prévention du suicide : éducation, intervention, sensibilisation .....	30
3.3.- Évaluation de l'efficacité des programmes de prévention du suicide.....	31
3.3.1.- Travaux sur l'évaluation de l'efficacité des programmes de prévention du suicide....	31
3.3.2.- Rapports gouvernementaux sur l'évaluation de l'efficacité des programmes de prévention du suicide .....	32
3.4.- Méthodologies d'évaluation de l'efficacité des programmes de formation en prévention du suicide .....	33
3.4.1.- Approches économiques pour évaluer l'efficacité .....	33
3.4.2.- Critères d'évaluation de l'efficacité des programmes de formation en prévention du suicide .....	34
Partie IV .....	35
4.- Méthodologie de recherche et d'intervention .....	35
4.1.- Enquête exploratoire .....	35
4.2.- Population et typologie.....	35
4.3.- Échantillonnage .....	36
4.4.- Procédures de collecte de données .....	37
4.5.- Stratégies d'analyse.....	37
5.- Résultats et analyses .....	39
5.1.- Nombre de personnes formées pour la catégorie 4 par direction et par année.....	39

5.1.1.- Taux d'évolution du nombre d'employés (catégorie 4) .....	40
5.1.2.- Comparaison du nombre d'employés et nombre de personnes formées .....	41
5.2.- Profil des personnes formées : Ratio par titre d'emploi.....	42
5.3.- Montant dépensé en moyenne par personne formé.....	43
5.4.- Évaluation de la formation par les intervenants .....	44
5.4.1.- Organisation des activités de formation .....	45
5.4.2.- Contenus de la formation.....	46
5.4.3.- Évaluation des formateurs .....	48
5.5.- Discussion des résultats et recommandations .....	49
5.6.- Forces et limites de l'études .....	50
7.- Conclusion .....	52
6.- Références bibliographiques .....	53
Annexes.....	57

## Remerciements

Je voudrais exprimer ma profonde gratitude envers DIEU pour tous ses bienfaits envers moi, et à tous ceux et toutes celles qui ont contribué directement ou indirectement à la réalisation de ce stage.

J'adresse mes sincères remerciements :

- ✓ À Isabelle BRUNET, professeur à l'École Nationale d'Administration Publique (ENAP) et conseillère académique de ce stage. Ses judicieux conseils, ses suggestions, ses commentaires et sa patience, m'ont aidé à trouver des solutions pour avancer.
- ✓ À Luc LEGRIS et Ève BÉRUBÉ pour m'avoir accueilli au sein du CIUSSS de l'Est précisément au sein de la DSM-PP et pour m'avoir offert cette précieuse opportunité d'apprentissage. Vos conseils éclairés, votre patience et votre soutien constant ont grandement contribué à enrichir mon expérience professionnelle.
- ✓ Au comité de gestion du programme prévention du suicide au sein de la DSM-PP, pour vos précieux conseils et votre suivi attentif tout au long de mon stage. Vos remarques constructives ont grandement contribué à l'enrichissement de mes compétences.
- ✓ À toute l'équipe de la DSM-PP pour votre accueil chaleureux et votre collaboration tout au long de mon stage. Sachez que votre expertise, votre disponibilité et votre bienveillance m'ont permis de m'intégrer rapidement et de me sentir pleinement impliqué dans les activités de mon stage.
- ✓ Au corps professoral de l'ENAP pour les connaissances qu'ils m'ont transmises durant ma formation.
- ✓ À tous ceux et celles qui, de près ou de loin, ont contribué au bon déroulement de mon stage. Leur appui et leur encouragement ont été d'une valeur inestimable tout au long de cette expérience enrichissante. Qu'ils trouvent ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

## Résumé

Cette étude vise à déterminer dans quelle mesure le volet formation du programme prévention du suicide a-t-il réussi à atteindre un large public cible et à maximiser sa portée à un meilleur coût. Plus spécifiquement, il s'agissait de présenter le niveau de déploiement des formations pour les cinq dernières années et développer des indicateurs permettant de mettre en œuvre un modèle de projection budgétaire pour appuyer la demande de budget. Pour réaliser notre mandat, après avoir passé en revue la littérature disponible et cerné le travail à faire, nous avons procédé à l'analyse et au traitement des données recueillies. Les directions ciblées par notre travail ont été sélectionnées à l'aide de la cartographie du volet formation en prévention de suicide. Ainsi, six (6) directions ont été visées par notre analyse.

Ce travail a été mené en collaboration avec les cadres de la DSM-PP, spécifiquement avec l'équipe qui porte le programme. Cette collaboration a permis de garantir une approche intégrée et itérative de l'étude. Cette étude a permis de voir que le nombre de personnes formées varie suivant la direction et suivant l'année. Toutefois, la direction programme santé mentale et de dépendance est la direction qui possède le plus grand nombre de personnes formées pour les cinq dernières années, en l'occurrence 289. De plus, les agents de relations humaines, les travailleurs sociaux professionnels, les techniciens en travail social ainsi que les psychologues représentent les titres d'emploi les plus visés dans les activités de formations. Le niveau de déploiement au sein des directions était fonction des offres de formation, et des priorités des directions au cours de l'année. Le montant dépensé par personne formée dépend principalement du taux horaire et des frais pédagogiques associés à la formation, ce qui explique la différence entre les dépenses effectuées par direction. La majorité des participants sont satisfaits de la qualité et du contenu des formations, et une appréciation significative est observée pour le niveau d'expertise des formateurs.

L'étude recommande de fixer des objectifs de déploiement par année en fonction du taux d'évolution moyen du nombre d'employés au sein des directions, qui prendra en compte les objectifs de formations et les priorités des directions. Et aussi, il est important de réaliser des évaluations des impacts réels de la formation sur les participants, en termes de développement de compétences et d'amélioration des pratiques.

Mots clés : suicide, prévention de suicide, formation, évaluation et niveau de déploiement.

## Liste des tableaux

Tableau 1: Tableau présentant les différentes rencontres de la DSM-PP .....	13
Tableau 2: Tableau présentant la matrice d'évaluation et les indicateurs .....	16
Tableau 3: Tableau de la typologie de la population.....	36
Tableau 4: Nombre de personnes formées (catégorie 4) par direction et par année .....	39
Tableau 5: Taux d'évolution du nombre d'employés par direction .....	41
Tableau 6: Profil des personnes formées: Ratio par titre d'emploi .....	43
Tableau 7 : Cout moyen dépensé par personnes formées par année .....	44

## Liste des figures

Figure 1: Taux ajusté de suicide selon le sexe de 1981 à 2019.....	21
Figure 2: Modèle logique du volet formation .....	23
Figure 3: Répartition des suicides selon les âges pour 2019 et 2020 .....	25
Figure 4 : Résultats du sondage sur l'organisation de la formation,.....	45
Figure 5: Appréciation des participants sur le contenu des formations .....	47
Figure 6: Appréciation des participants sur l'expertise des formateurs.....	48

## Listes des sigles

AQPS	: Association québécoise de prévention de suicide
CIUSSS	: Centre Intégré universitaire de santé et des services sociaux
CPSQ	: Centre de prévention du suicide au Québec
CSMC	: Commission de la santé mentale du Canada
CQPCI	: Comité de la qualité des pratiques cliniques interdisciplinaires
DHSLD	: Direction de l'hébergement et des soins de longues durées
DPJASP	: Direction Programmes jeunesse et activités de santé publique
DPSMDI	: Direction des programmes de santé mentale, dépendance et itinérance
D-SAD	: Direction SAD et réadaptation des programmes SAPA et DI-TSA-DP
DSM	: Direction des services multidisciplinaires
DSP	: Direction des soins professionnels
INPES	: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSPQ	: Institut National de santé publique au Québec
MSSS	: Ministère de Santé et des services sociaux
OMS	: Organisation Mondiale de santé
SAM	: Suicide Action Montréal

## Partie I

### 1.1.- Introduction

Le suicide représente l'une des tragédies humaines les plus dévastatrices, il est au 10<sup>e</sup> rang des causes de décès dans la province de Québec et représente 1,6% de tous les décès pour les années 2018-2020 (INSPQ, 2023). Trois personnes, en moyenne, meurent par suicide chaque jour au Québec, ce qui inflige une grande souffrance pour les proches de la personne qui s'enlève la vie, ainsi que pour son milieu professionnel ou tout autre milieu où elle retentit inévitablement (MSSS, 2022). En outre, la prévention du suicide représente un enjeu majeur de santé publique, nécessitant des interventions ciblées et efficaces pour diminuer le taux de mortalité par suicide, mais également les tentatives de suicide et les idées suicidaires (MSSS, 2022). Au sein des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), ces interventions revêtent une importance particulière, s'inscrivant dans une approche globale de la santé mentale et du bien-être des populations sous leur responsabilité.

Dans cette optique, le présent travail s'attache à présenter le niveau de déploiement du programme prévention de suicide et développer des indicateurs permettant de mettre en œuvre un modèle de projection budgétaire pour appuyer la demande de budget attribué au programme en lien avec les besoins de formations par directions au sein du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Ce travail adopte une approche multidimensionnelle, en tenant compte à la fois des aspects économiques, organisationnels, cliniques et sociaux du programme de prévention du suicide. Il mobilise une combinaison de méthodes quantitatives et qualitatives, incluant des analyses de coûts, des évaluations des processus et des résultats, ainsi que des entretiens avec les personnes-ressources concernées. Au travers de ce travail, nous avons fourni des recommandations fondées sur des données probantes pour renforcer le niveau de déploiement et l'ajuster, si nécessaire, contribuant ainsi à diminuer le taux de mortalité par suicide, ultimement.

Concrètement, ce travail permet d'aider le comité de gestion du programme au niveau du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal à avoir, en un temps réel, des données comparatives, pour le déploiement à venir dans le cadre de la formation provinciale en prévention du suicide. De plus, il permet d'avoir des données probantes afin d'influencer les budgets alloués à la formation en prévention du suicide.

## 1.2.- Description de l'organisation

### 1.2.1.- Contexte de l'étude

Le CIUSSS de l'Est -de -l'Île -de -Montréal (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux) est un établissement de santé et de services sociaux qui dessert une population diversifiée dans l'est de l'île de Montréal, au Québec (Site Web du CIUSSS-EMTL). Fort de son engagement envers l'excellence des soins, de l'enseignement et de la recherche, le CIUSSS de l'Est-de -l'île- de Montréal s'efforce de répondre aux besoins complexes et en constante évolution de sa communauté en offrant une gamme complète de services, grâce à ses 17 500 employés. Ayant pris naissance à partir du projet de loi 10 (février 2015), il comporte: deux (2) hôpitaux (Hôpital Santa Cabrini et Hôpital Maisonneuve-Rosemont), huit (8) CLSC, quinze (15) CHSLD, un (1) institut en santé mentale (IUSMM), un (1) institut d'hémato-oncologie et thérapie cellulaire (site web du CIUSSS-EST). Les missions du CIUSSS de l'Est-de-l 'Île-de-Montréal sont les suivantes :

- Être au cœur d'un réseau territorial de services (RTS);
- Assurer la prestation de soins et de services à la population de son territoire socio sanitaire, incluant le volet santé publique; assumer une responsabilité populationnelle envers la population de son territoire socio sanitaire;
- Veiller à l'organisation des services et à leur complémentarité sur son territoire dans le cadre de ses multiples missions (CH, CLSC, CHSLD, CPEJ, CR), et ce, en fonction des besoins de sa population et de ses réalités territoriales;
- Conclure des ententes avec les autres installations et les organisations partenaires de son RTS.

Les continuums intégrés de soins et services mis de l'avant dans chacun des programmes-clientèles au sein du CIUSSS exigent une meilleure coordination des rôles et des expertises cliniques détenues par différents professionnels relevant soit des Directions des services multidisciplinaires (DSM), des Directions des soins infirmiers (DSI) ou des Directions des services professionnels (DSP) (MSSS, 2017).

### 1.2.2.- Description de la DSM

La DSM, au niveau national, possède trois grandes visées dans son offre de service (MSSS, DSM, 2017). Lesquelles visées sont la pertinence clinique, le développement des trajectoires de soins et

de services intégrés, le soutien à la collaboration interprofessionnelle et aux pratiques collaboratives. Les projets et activités au sein de la DSM touchent différents volets et, via son volet pratique professionnelle, la DSM traite aussi des dossiers transversaux qui découlent de priorités ministérielles. Le programme prévention du suicide en fait partie. Ce programme vise ultimement à diminuer le taux de suicide au niveau du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

#### *1.2.2.1.- Organigramme et axes d'interventions de la DSM*

La DSM est organisée en deux sous directions, la sous-direction volet opération et la sous-direction volet pratique professionnelle. Les axes d'interventions de la DSM sont au nombre de cinq déclinés chacun en sous-axes :

- Développement de la pratique professionnelle.
- Pratiques d'excellence et innovation.
- Maintien et développement des compétences.
- Sécurité et qualité de l'acte professionnel.
- Processus de dotation

#### *1.2.2.2.- Mission de la DSM*

La Direction des services multidisciplinaires dessert près de 2800 professionnels et techniciens de 70 titres d'emploi différents répartis dans les différentes installations du CIUSSS de L'Est-de-l'Île-de-Montréal ainsi que dans les ressources non-institutionnelles. Les professionnels et techniciens se retrouvent dans les cinq directions programme et les directions de soutien.

- La DSM – Volet opérations (DSM-OP) à titre de direction hiérarchique a la responsabilité :
  - De planifier, organiser, diriger et contrôler les activités des ressources humaines, financières et matérielles, pour l'ensemble des services sous sa gouverne.
  - De s'assurer de la dispensation de services professionnels sécuritaire et de qualité, et ce, selon les normes et standards de pratique en vigueur pour tous les professionnels.
- La DSM – Volet pratiques professionnelles (DSM-PP) à titre de direction-conseil a la responsabilité transversale :
  - De veiller à ce que les services dispensés par les professionnels et les techniciens membres du conseil multidisciplinaire :
    - Rencontrent les plus hauts standards de qualité ;

- Répondent aux besoins en constante évolution des diverses clientèles tout en visant une utilisation optimale des ressources cliniques.
- D’incarner les pratiques exemplaires en matière de pratiques collaboratives, incluant le concept patient partenaire.
- Elle assume un rôle fonctionnel sur la pratique professionnelle qui s’applique notamment, mais non exclusivement :
  - Au développement de la pratique professionnelle exemplaire dans un contexte de partenariat, de collaboration et de réseau ;
  - À l’amélioration continue de la qualité des pratiques professionnelles ;
  - À la détermination des profils de compétences adaptés aux clientèles desservies ;
  - À l’application et au respect des normes professionnelles ;
  - À l’évaluation de la qualité des actes des professionnels ;
  - Aux questions éthiques et légales reliées aux disciplines professionnelles ;
  - Aux activités d’enseignement et de recherche auprès des professionnels ;

### *1.2.2.3.- Contribution de la DSM*

La DSM contribue :

- À améliorer l’intégration et l’accessibilité des soins et des services en assurant une cohérence transversale au point de vue des pratiques professionnelles.
  - Harmoniser les pratiques professionnelles de façon transversale (entre les programmes ainsi que 1ère, 2e et 3e ligne)
- À la qualité et la sécurité des soins et services
- À améliorer la performance
  - Optimiser la contribution des professionnels dans un contexte d’interdisciplinarité, de collaboration et de partenariat.

## **1.3.- Description du mandat d’évaluation**

### **1.3.1.- Objectifs d’évaluation**

Dans un contexte budgétaire difficile, où l’efficacité et l’efficience dans l’utilisation des ressources sont primordiales pour atteindre les objectifs, le développement d’indicateurs pertinents pour évaluer sa performance actuelle et future s’avère nécessaire. En identifiant les possibles sources d’inefficacité et d’inefficience, un gestionnaire peut réaffecter les ressources pour améliorer le

déploiement ainsi que l'efficience de son organisation. Ce processus cherche, donc, à présenter et justifier le niveau de déploiement, ainsi que les ressources financières qui sont allouées pour réaliser les programmes.

Dans ce contexte, notre mandat consistait à déterminer dans quelle mesure le volet formation du programme a-t-il réussi à atteindre un large public cible et à maximiser sa portée à un meilleur coût. Plus spécifiquement, il était question de présenter le niveau de déploiement du programme pour les cinq dernières années (Avril 2019-Décembre 2023) à l'aide d'indicateurs permettant, ainsi, de mettre en œuvre un modèle de projection budgétaire pour appuyer la demande de budget. De plus, nous avons déterminé les facteurs socioéconomiques qui ont influencé le niveau de déploiement ainsi que l'allocation des ressources financières et par la suite, expliquer dans quelle mesure ces facteurs peuvent être pris en compte dans les futurs déploiements.

Comme rapport d'activité, nous remettons ce document de synthèse, sur le niveau de déploiement réalisée par la DSM-PP. Pour le réaliser on a utilisé des données relatives aux différentes opérations effectuées par le comité de gestion du projet. Bien que ce rapport ait une destination interne pour des fins de connaissance, de pilotage et de management, il pourra être utilisé par plusieurs d'autres acteurs, si nécessaire (Violet, 2016). Parallèlement à notre mandat, nous avons participé à différentes activités réalisées au niveau de la DSM-PP (Rendez-vous scientifiques, Midis à savoir, etc.) et à différentes rencontres listées dans le tableau suivant :

*Tableau 1: Tableau présentant les différentes rencontres de la DSM-PP*

<b>Comité/ Rencontre</b>	<b>Fréquence</b>
Comité de gestion DSM-PP	Mensuelle
Salle de pilotage DSM-PP	Mensuelle
Comité de gestion en prévention du suicide	Mensuelle
Comité CQPCI	Mensuelle
Statutaire	Hebdomadaire
Comité de suivi de prévention du suicide	Mensuelle
Atelier de travail thématique	Mensuelle
Comité CECM	Mensuelle
Regroupement des psychoéducateurs	Annuelle

### 1.3.2.- Les utilisateurs et leurs besoins d'informations

Ce travail sera utilisé principalement par la DSM-PP, responsable de la mise en œuvre du projet au niveau du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. En effet, pour la DSM-PP, plus spécifiquement le comité de gestion du programme, des informations détaillées sur le niveau de déploiement des formations, y compris sur les budgets alloués chaque année par personne formée s'avèrent nécessaire pour aller justifier le financement auprès des décideurs internes et externes. De plus, ils auront besoin de ces informations afin de pouvoir ajuster et apporter des modifications dans le déploiement des formations provinciales à venir. Toutefois, les retours d'information des intervenants ayant suivi les formations, des gestionnaires, sont cruciaux pour que le comité de gestion du programme puisse avoir des données concrètes afin d'influencer les budgets alloués à la formation en prévention du suicide. Par la suite, on pourra réfléchir aux besoins des directions vis-à-vis la formation en prévention du suicide et leurs objectifs souhaités par direction.

### 1.3.3.- Questions évaluatives

Dans le cadre de notre travail, nous avons évalué si le volet formation a réussi à toucher de manière efficiente les différentes directions visées. En ce sens, deux questions évaluatives trouvent toute leur pertinence:

1. Dans quelle mesure les ressources financières allouées au programme de formation en prévention du suicide sont-elles optimisées pour garantir une portée maximale, pour la période de 2019-2023?
2. Pour la même période, dans quelle mesure le volet de formation en prévention du suicide a-t-il réussi à atteindre un large public cible et à maximiser sa portée ?

Les réponses à ces questions vont nous permettre d'obtenir des informations sur le niveau de déploiement et sur l'efficacité opérationnelle du programme.

### 1.3.4.- Considérations éthiques

En tant que stagiaire, il revient important d'adhérer aux lignes directrices d'éthique. Ces lignes directrices vont servir, tout au long du stage, de boussole afin de nous orienter en matière de compétence, d'intégrité et responsabilité (Tougas et al., 2021). En effet, dans le cadre de ce travail au sein de la DSM-PP, plusieurs considérations éthiques sont prises en compte pour garantir une évaluation juste, respectueuse et responsable :

- ✓ Consentement éclairé : il était crucial d'obtenir le consentement éclairé de l'équipe de la DSM-PP, principalement celui qui porte le programme de prévention du suicide.
- ✓ Confidentialité et anonymat : la confidentialité des données sur les personnes formées ainsi que sur les dépenses effectuées dans le cadre du programme est strictement protégée. Nous allons veiller à ce que les informations recueillies ne puissent pas être utilisées pour identifier individuellement les participants aux formations, sauf indication contraire.
- ✓ Équité et diversité : L'étude a été menée de manière équitable et inclusive, en tenant compte des besoins et des perspectives de l'équipe de la DSM-PP. Il était important de veiller à ce que les résultats reflètent fidèlement la diversité de la population concernée.

En intégrant ces considérations éthiques dans le processus d'évaluation du programme de prévention du suicide, on contribue à garantir que les résultats obtenus sont fiables, pertinents.

#### 1.3.5.- Matrice d'évaluation et indicateurs clés

La matrice d'évaluation constitue la composante clé de ce travail. Elle est définie comme un outil permettant de mettre la théorie du programme en lien avec les indicateurs représentant les concepts qui seront évalués et de choisir les méthodes de collecte de données (Tougas et al., 2021). Le tableau (tableau 2) qui suit, résume essentiellement le contenu du travail, à savoir le mandat, les questions évaluatives, les indicateurs pour chaque question, les sources de données pour chaque indicateur, et les considérations éthiques.

Tableau 2: Tableau présentant la matrice d'évaluation et les indicateurs

<b>BESOIN D'INFORMATION</b>	Un modèle de projection budgétaire pour appuyer la demande de budget attribué à la formation d'estimation en prévention du suicide en lien avec les besoins de formations par directions.			
<b>MANDAT</b>	Ce travail consiste à déterminer dans quelle mesure le volet formation du programme a-t-il réussi à atteindre un large public cible et à maximiser sa portée à un meilleur coût.			
<b>UTILISATEURS</b>	La DSM-PP plus précisément l'équipe qui porte le projet Prévention du suicide.			
<b>QUESTIONS</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Technique de collecte</b>	<b>Traitement des données</b>	<b>Utilisation prévue</b>
<b>Question 1 :</b> Dans quelle mesure le volet de formation en prévention du suicide a-t-il réussi à atteindre un large public cible et à maximiser sa portée?	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nombre de personnes formées par direction par année.</li> <li>-Profil des personnes formées : répartition par titre d'emploi et par direction par rapport à la population cible.</li> <li>-Niveau d'appréciation des participants sur la formation</li> </ul>	Données administratives (SIRH, et autres), enquêtes individuelles.	Excel, SPSS	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Attribuer des places par direction en fonction de la projection des objectifs de déploiements.</li> <li>-Permettre la variation des pourcentages de place émis à chaque direction en fonction des priorités.</li> <li>-Ajuster le déploiement en fonction des commentaires des participants.</li> </ul>

<p><b>Question 2 :</b> Dans quelle mesure les ressources financières allouées au programme de formation en prévention du suicide sont-elles optimisées pour garantir une portée maximale, pour la période de 2019-2023?</p>	<p>-Cout moyen par personne formée par direction et par année</p>	<p>Données administratives (SIRH, et autres), enquêtes individuelles.</p>	<p>Excel, SPSS</p>	<p>-Améliorer le modèle de projection budgétaire afin de justifier le maintien ou l'accroissement du financement du volet formation en prévention du suicide auprès des décideurs internes et externes.</p> <p>-Faire une budgétisation par objectifs de déploiements.</p>
<p><b>Éthique</b></p>	<p>Confidentialité des données, équité et diversité, utilisation responsable des données.</p>			

### 1.3.6.- Cadre théorique et approche évaluative

En fonction des objectifs spécifiques du travail, du contexte du programme et de nos valeurs en tant que stagiaire, le paradigme pragmatique a été choisi comme base théorique pour appuyer ce travail. Le paradigme pragmatique met l'accent sur l'utilisation de méthodes mixtes et sur la sélection des approches les plus appropriées en fonction des besoins spécifiques de l'évaluation. Cela a permis, en effet, d'adapter ce travail aux caractéristiques uniques du contexte de la DSM-PP. De plus, le pragmatisme exige que les paramètres de l'évaluation émergent pendant des processus itératifs et évolutifs de discussion et d'analyse entre les parties prenantes (Tougas et al., 2021). En ce sens, ce paradigme a permis d'intégrer les différentes perspectives et prendre en compte les points de vue des différents acteurs impliqués dans le programme de prévention du suicide, tout en tenant compte des facteurs contextuels tels que les ressources disponibles, les politiques de santé publique et les caractéristiques des directions desservies. Cette façon de faire a maximisé la capacité de répondre aux besoins d'informations des parties prenantes et permettre une flexibilité quant aux méthodes (Tougas et al., 2021). Ainsi, nous avons travaillé de près avec l'équipe qui porte le projet afin de décider ensemble quelles données pourraient le mieux informer leur prise de décision.

Afin d'avoir un cadre structuré et méthodologique pour mener ce travail de manière rigoureuse, cohérente et utile, nous avons opté pour l'approche évaluation des programmes de formation comme approche évaluative. Ce qui a garanti que le travail est bien conçu, mis en œuvre et utilisé pour justifier et informer la prise de décision. En effet, cette approche fournit des preuves tangibles sur l'efficacité des formations. Donc, il sera possible au comité de gestion du programme d'apporter des ajustements en temps réel pour mieux répondre aux besoins des participants. En plus de la logique de garantir la rigueur scientifique du travail et de s'assurer que les résultats seront utiles, ce choix est justifié car l'évaluation des programmes de formation comme approche évaluative est étroitement liée au paradigme pragmatique en raison de son orientation vers l'action. Il est important de souligner que dans le cadre du paradigme pragmatique, l'évaluation des programmes de formation est perçue comme un outil essentiel pour déterminer si un programme atteint ses objectifs et produit des effets mesurables dans la réalité.

## Partie II

### 2.- Contexte du programme prévention du suicide

Dans un contexte où les cliniciens, les responsables du champ sanitaire, le grand public, les familles concernées sont durement interpellées par le phénomène suicidaire, la prévention s'inscrit comme une aspiration d'annuler par anticipation tout problème et tout risque, en l'occurrence tout danger de mort volontaire (Batt et al., 2020). Le programme prévention du suicide au niveau du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal s'inscrit, donc, dans un contexte sociétal et de santé publique complexe et en constante évolution. Le ministère de la santé et des services sociaux au Québec a adopté une approche globale en matière de prévention du suicide, qui vise à réduire le taux de suicide, à promouvoir la santé mentale et à renforcer les ressources et les soutiens disponibles pour ceux qui en ont besoin. Cette approche est ancrée dans une vision de la santé publique qui reconnaît l'importance de la prévention primaire, de l'identification précoce et de l'intervention efficace pour réduire le fardeau du suicide (MSSS, 2022). Elle repose sur des principes de collaboration, contribution et de concertation de plusieurs acteurs provenant de plusieurs secteurs, car aucune approche isolée ne peut résoudre à elle seule une question aussi complexe que le suicide (OMS, 2014).

La DSM-PP au niveau du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal coordonne étroitement les efforts de mise en œuvre du programme en collaborant avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, les organismes de santé publique à savoir les autres CISSS et CIUSSS, l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS), le regroupement des centres de prévention du suicide du Québec, le comité régional, etc. En outre, le comité de gestion du programme en prévention du suicide s'efforce de promouvoir une approche holistique de la santé mentale qui reconnaît l'importance de la prévention primaire, de la promotion de la résilience et du bien-être, ainsi que de la réduction de la stigmatisation entourant la santé mentale et le suicide. Dans l'ensemble, le programme prévention du suicide représente un engagement fort en faveur de la santé mentale et du bien-être des citoyens du Québec.

#### 2.1.- Modèle d'intervention mise en place dans le programme

Le programme de la prévention du suicide au niveau du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal est conçu de manière à intégrer les différentes composantes des services de santé mentale et de soutien social offerts aux individus en situation de crise suicidaire ou à risque de suicide. Toutefois, ce

programme est guidé principalement par la stratégie nationale de prévention du suicide du ministère de la santé et des services sociaux, dans laquelle, le ministère propose des mesures s’inscrivant le plus possible en amont des situations qui nécessitent des soins et services permettant d’accompagner les personnes dans leurs parcours. Ces mesures s’articulent autour de quatre axes (MSSS, 2022). Lesquelles axes sont :

- Promotion de la santé mentale et sensibilisation à la prévention du suicide.
- Prévention des idées suicidaires et des tentatives de suicides.
- Formation et soutien des professionnels et des intervenants.
- Développement et intégration de connaissances et actualisation des pratiques.

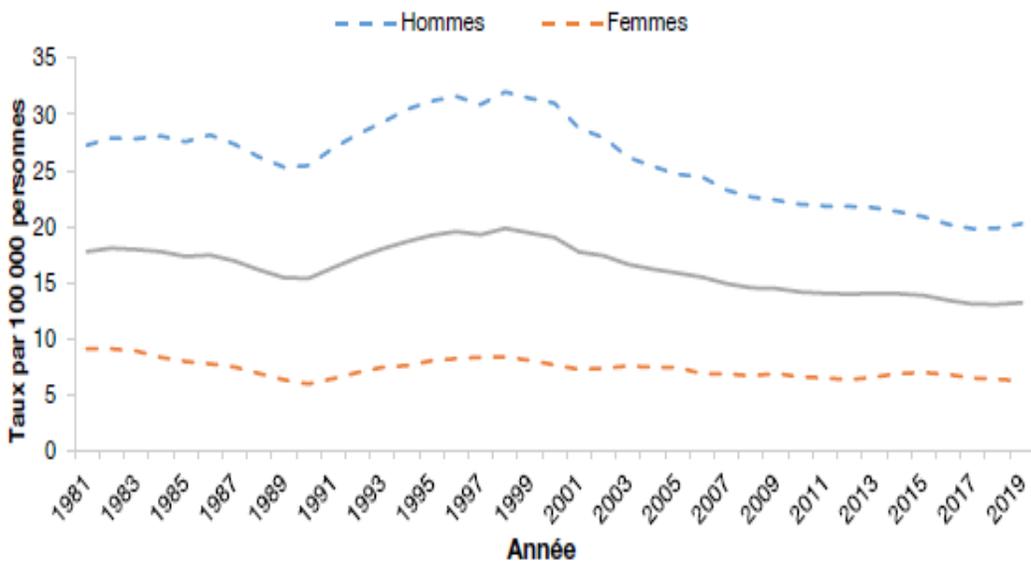
Ensemble, ces mesures visent à créer un environnement de soutien et de compréhension, à renforcer les réseaux de sécurité sociale et à prévenir les tragédies liées au suicide. Elles s'appuient sur une approche collaborative et axée sur la communauté pour promouvoir le bien-être mental et la résilience à travers les organismes de santé. Ainsi, en combinant ces différents axes, le modèle d'intervention du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal vise à fournir des soins complets, accessibles et centrés sur les besoins des individus en situation de crise suicidaire, tout en travaillant à prévenir les suicides et à promouvoir le bien-être mental dans la communauté. Pour ce faire, la DSM-PP utilise différents types de ressources comme des ressources financières, des ressources humaines (psychiatres, psychologues, infirmiers spécialisés en santé mentale, thérapeutes et conseillers-cadres), des ressources cliniques (Centre de santé mentale, unité de soins psychiatriques, etc.), des ressources communautaires (groupe de soutien, lignes d'écoute téléphoniques, etc.), des ressources en lignes (Sites Web d'information, Services de counseling en ligne, ect.) et des ressources éducatives (programmes de formation, matériel éducatif). En intégrant ces différentes ressources de manière coordonnée, le programme de prévention du suicide dans le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal fournit une réponse adaptée aux besoins variés des individus en détresse, tout en promouvant la santé mentale et le bien-être dans la communauté.

## 2.2.- Problématiques ciblées par le programme

Dans de nombreuses sociétés à travers le monde, le suicide constitue un problème majeur de santé publique dont les conséquences sociales, psychologiques et économiques ont une vaste portée. (OMS, 2019). Au Québec, cette réalité n'est pas différente. Les statistiques montrent que le taux de suicide dans la province est préoccupant, avec des milliers de décès par suicide enregistrés chaque

année, soit un taux ajusté de 12,3 par 100 000 personnes, en 2020 (INSPQ, 2022). De plus, pour chaque personne décédée par suicide, on en dénombre environ 30 ayant fait une tentative de suicide et environ 200 ayant eu des idées suicidaires sérieuses en 2021, au Québec (MSSS, 2022). Cette problématique complexe soulève plusieurs questions et défis qui nécessitent une approche multidimensionnelle et coordonnée. Le programme de prévention du suicide au sein des CIUSSS vise à comprendre les facteurs de risque, à promouvoir la sensibilisation et à fournir des ressources et des interventions adaptées pour réduire le taux de suicide. Sachant que le suicide découle d'un ensemble d'enjeux et de contextes individuels, familiaux, communautaires, historiques et sociaux (MSSS, 2022), la compréhension des facteurs de risque est essentielle pour cibler efficacement les interventions de prévention du suicide. Selon Levesque et al. (2021), le taux de suicide augmente progressivement avec l'augmentation des inégalités matérielles et sociales. De plus, les données (figure 1) montrent que les hommes sont trois fois plus susceptibles de mourir par suicide que les femmes, mettant en lumière des disparités de genre importantes dans les taux de suicide (INSPQ, 2022).

Figure 1: Taux ajusté de suicide selon le sexe de 1981 à 2019



Source : INSPQ, 2023

Plusieurs facteurs peuvent contribuer à l'augmentation du risque de suicide. La défavorisation sociale et économique est associée à un risque accru de suicide, particulièrement chez les personnes sans emploi, non mariées ou ayant un faible niveau de scolarité, avec un effet plus marqué chez les hommes (MSSS,2022). Dans de nombreux cas, les individus en situation de détresse émotionnelle

peuvent être confrontés à plusieurs de ces facteurs de risque simultanément, ce qui accroît leur vulnérabilité au suicide. Par conséquent, il est crucial de développer des interventions qui prennent en compte la complexité de ces facteurs et qui visent à aborder les besoins individuels et contextuels des personnes en détresse.

La stigmatisation entourant la santé mentale et le suicide constitue un obstacle majeur à la prévention et à l'intervention précoces (Clément et al., 2015). Il ne fait aucun doute que la stigmatisation déprécie la valeur des personnes souffrant d'une maladie mentale, de même que celle des systèmes de soutien social et professionnel conçus pour leur venir en aide (CSMC,2020). Cette stigmatisation peut également influencer la manière dont les professionnels de la santé et les intervenants sociaux abordent les problèmes de santé mentale, ce qui peut entraîner des répercussions sur la qualité des soins et des services offerts. En outre, les problèmes systématiques d'accès aux services et d'obtention de soins de santé de qualité compromettent gravement la santé et le bien-être des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale (CSMC, 2020).

La prévention primaire du suicide vise à réduire les facteurs de risque à l'échelle de la population en mettant l'accent sur la sensibilisation, l'éducation et la promotion de la santé mentale (Beautrais et Horwood, 2008). Le processus d'élaboration d'une stratégie nationale de prévention du suicide permet déjà d'améliorer la prévention (OMS,2014). Cette approche cherche à prévenir l'apparition des comportements suicidaires en intervenant sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux qui peuvent influencer la santé mentale des individus. Parallèlement, l'intervention précoce consiste à identifier et à traiter les signes précurseurs de suicide chez les individus en détresse avant qu'ils ne passent à l'acte (Franklin et al., 2017). Une étude a montré que les personnes vues à l'urgence pour tentative de suicide présentent un haut risque de récurrence (particulièrement dans les 12 mois suivant leur visite à l'hôpital) et présentent environ 200 fois plus de risque de mourir par suicide que les personnes qui n'ont jamais été vues à l'urgence pour une tentative de suicide (Brian et al., 2019). Cette situation nécessite une sensibilisation accrue des professionnels de la santé, des éducateurs, des travailleurs sociaux et des membres de la communauté pour reconnaître les signes de détresse et fournir un soutien approprié aux personnes en crise.

Sans oublier que le suicide entraîne des répercussions dévastatrices sur les familles et les communautés, laissant derrière lui des cicatrices émotionnelles durables et déstabilisant les réseaux

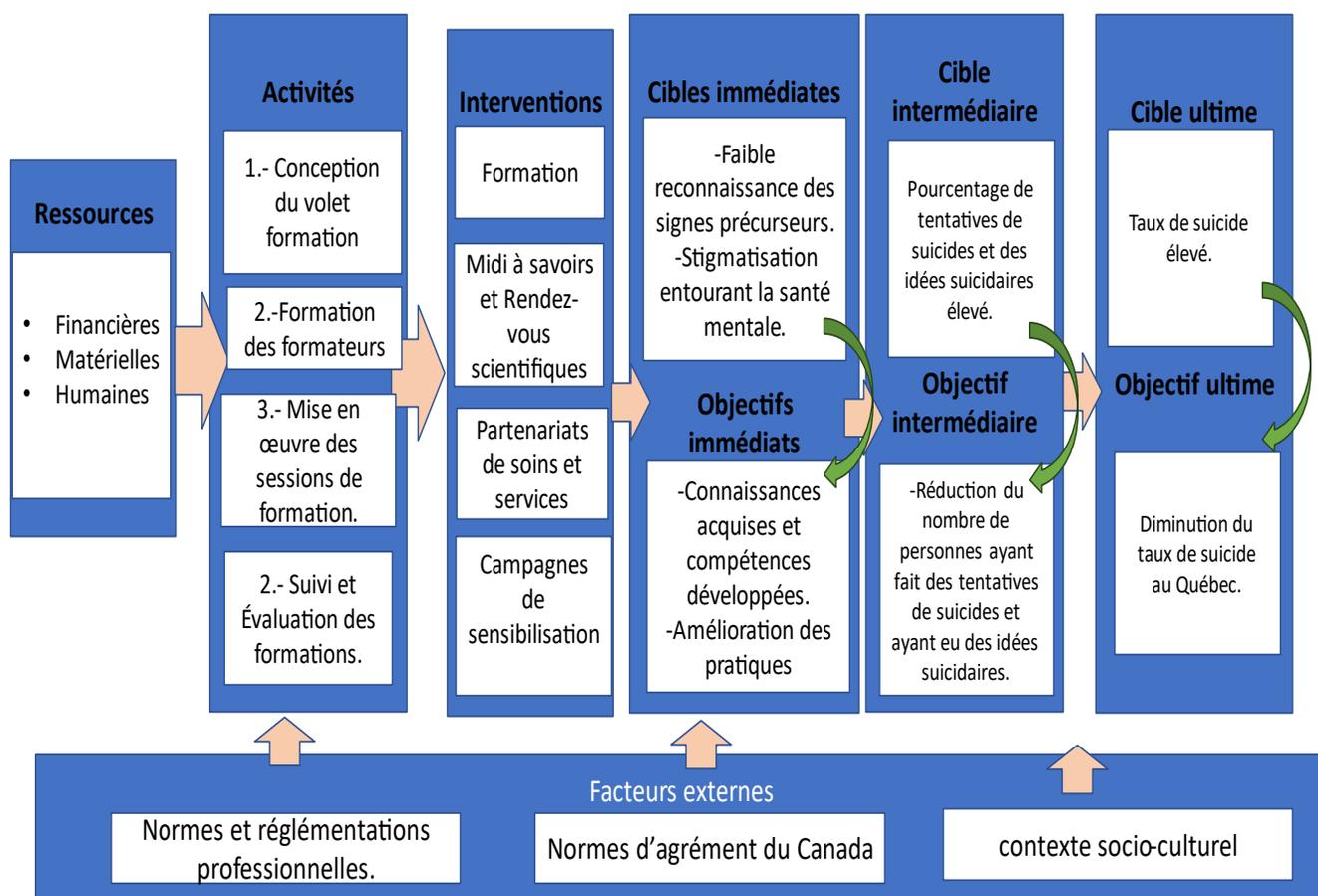
de soutien sociaux. Le retentissement du suicide sera différent selon chacun et sera influencé par divers facteurs : le degré d'intimité avec le défunt, la proximité avec l'événement (avoir été témoin du geste), le niveau de vulnérabilité déjà présent et l'impact du suicide dans le milieu (Séguin et al., 2020). Les familles endeuillées par le suicide d'un être cher peuvent éprouver des sentiments de culpabilité, de honte et d'isolement, ce qui peut compromettre leur propre santé mentale et leur capacité à faire face à la perte. De même, les communautés touchées par le suicide peuvent ressentir un sentiment de choc et de traumatisme collectif, ce qui peut entraîner des tensions sociales et des divisions au sein de la population (Pitman et al., 2016). Par conséquent, la prévention du suicide ne concerne pas seulement les individus en détresse, mais aussi leurs proches et leur environnement social.

Face à cette problématique complexe, il est clair qu'une approche holistique et multidisciplinaire est nécessaire pour prévenir le suicide et fournir un soutien efficace aux usagers en détresse. Cela implique la collaboration entre les professionnels de la santé mentale, les intervenants sociaux, les éducateurs, les travailleurs communautaires et les organisations non gouvernementales pour développer des stratégies intégrées de prévention et d'intervention. La prévention du suicide nécessite un engagement à long terme et des investissements soutenus dans la recherche, l'éducation et la sensibilisation pour mettre en œuvre des solutions efficaces et durables. La collaboration entre les différents acteurs et secteurs de la société est essentielle pour créer un environnement favorable à la santé mentale et pour construire des réseaux de soutien solides qui contribuent à la résilience individuelle et collective.

### 2.3.- Modèle logique

Il faut noter que le programme de prévention du suicide au sein de la DSM-PP ne disposait pas un modèle logique, propre à lui, dans les documents consultés. Alors, une recension des écrits a été faite afin de réaliser un modèle logique pour le programme. Cependant, par contrainte de temps et aussi avec le consentement du comité de gestion du programme au niveau du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, on a décidé de porter le travail seulement sur le volet formation qui constitue, d'ailleurs, la pierre angulaire du programme de prévention du suicide. Ainsi, le modèle logique présenté dans la figure qui suit, se porte essentiellement sur le volet formation.

*Figure 2: Modèle logique du volet formation*



La logique du volet formation est de pouvoir améliorer les pratiques des intervenants en passant par le développement de leurs compétences et l'acquisition de nouvelles connaissances de façon qu'ils puissent reconnaître aisément les signes précurseurs de suicide, à intervenir de manière appropriée et à orienter les personnes en situation de crise vers les services de soutien appropriés. Ce qui va aider à diminuer le pourcentage de personnes ayant fait une tentative de suicide et réduire le nombre de personnes ayant des idées suicidaires, ultimement diminuer le taux de suicide. Pour ce faire, le programme utilise différents types de ressources afin d'offrir une formation complète et accessible qui couvre une gamme de sujets essentiels, y compris la reconnaissance des signes de détresse, la gestion des crises, la communication efficace, la gestion du risque suicidaire et la coordination des soins. La réussite ou l'échec du programme est conditionné par plusieurs facteurs externes parmi lesquelles on a le contexte socio-culturel, les normes de réglementations professionnelles, ainsi que les normes de l'agrément du Canada.

## Partie III

### 3.- Récension des écrits

La revue de la littérature constitue une étape cruciale pour la réalisation de ce travail. Cette partie vise à examiner les travaux académiques, les rapports gouvernementaux, les études de cas et d'autres sources pertinentes en lien avec notre sujet d'étude afin de comprendre les approches, les méthodes et les résultats des évaluations de programmes similaires. En résumé, la revue de la littérature met en évidence la diversité des approches et des méthodologies utilisées pour évaluer l'efficacité des programmes de prévention du suicide. En s'appuyant sur les enseignements tirés de ces études antérieures, une méthodologie robuste et contextuellement adaptée sera développée afin de porter un jugement crédible sur le niveau d'efficacité du programme.

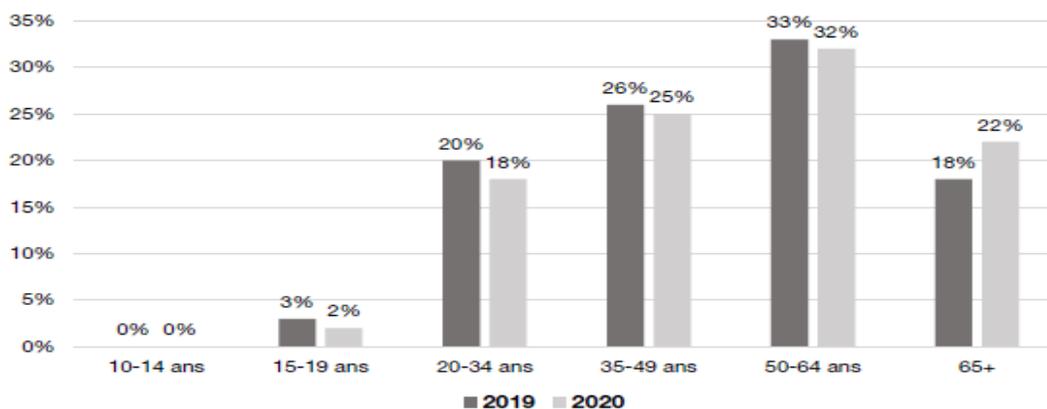
#### 3.1.- Compréhension du problème du suicide

La compréhension du problème du suicide est essentielle pour notre mandat. Il est nécessaire de comprendre les tendances et les statistiques du suicide, tant au niveau national que local. Enfin, la compréhension des impacts du suicide sur les survivants du suicide et les proches des personnes décédées, est essentielle.

##### 3.1.1- Statistiques et tendances du suicide au Québec

Afin de mieux comprendre le phénomène du suicide, nous présentons quelques données sur l'évolution du suicide selon les groupes d'âges et le sexe. Tant chez les hommes que chez les femmes, les taux de mortalité par suicide les plus élevés s'observent chez les 50 à 64 ans, de même que tant chez les hommes que chez les femmes, les taux de mortalité par suicide les plus bas s'observent chez les 10 à 14 ans, suivis des 15 à 19 ans (figure 3) (MSSS, 2022).

Figure 3: Répartition des suicides selon les âges pour 2019 et 2020



Source : INSPQ, 2021.

Le taux ajusté d'hospitalisations pour tentative de suicide n'a cessé d'augmenter, passant de 34,3 à 48,6 par 100 000 personnes, entre 2008 et 2018 (MSSS, 2022). Toutefois, depuis 2018, on observe une légère diminution du taux ajusté d'hospitalisations pour tentative de suicide au Québec. Celui-ci est passé de 48,6 par 100 000 personnes en 2018 à 41,8 par 100 000 personnes en 2020. Les hospitalisations pour tentative de suicide sont généralement plus fréquentes chez les femmes, et les hausses les plus marquées du taux d'hospitalisations pour tentative de suicide depuis 2008 s'observent chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans (MSSS, 2022).

0,4 % de la population québécoise de 15 ans et plus avait fait une tentative de suicide dans les 12 derniers mois (Camirand, Traoré et Baulne, cité par MSSS, 2022). Cela représenterait environ 32 700 personnes. La proportion n'est pas différente selon le sexe, mais a tendance à diminuer à mesure que l'âge augmente (Camirand, Traoré et Baulne, cité par MSSS, 2022). De même qu'environ 2,8 % de la population québécoise de 15 ans et plus, à l'exclusion des personnes ayant fait une tentative de suicide, a eu des idées suicidaires sérieuses au cours des 12 derniers mois, cela représenterait environ 228 900 personnes (Camirand, Traoré et Baulne, cité par MSSS, 2022). En proportion, autant d'hommes que de femmes ont eu des idées suicidaires sérieuses au cours des 12 derniers mois. Ce phénomène varie également très peu en fonction de l'âge (Camirand, Traoré et Baulne, cité par MSSS, 2022).

En conclusion, les statistiques et les tendances du suicide au Québec mettent en lumière un problème de santé publique complexe et urgent. Bien que des progrès aient été réalisés dans la prévention du suicide, il reste encore beaucoup à faire pour réduire le fardeau de cette tragédie sur la population québécoise. Des efforts continus sont nécessaires pour renforcer les interventions de prévention, accroître l'accès aux soins de santé mentale et promouvoir une culture de soutien et de bien-être mental dans la société.

### 3.1.2.- Impact du suicide sur la société et la santé publique

L'impact du suicide sur la société et la santé publique est considérable, influençant de manière significative la vie des individus, des communautés et des systèmes de santé. Sur le plan individuel, le suicide entraîne une perte irréparable de vies humaines, laissant derrière lui des familles et des proches dévastés par le deuil et la douleur (OMS, 2014). Les conséquences émotionnelles et psychologiques de la perte d'un être cher par suicide peuvent être profondes et durables, contribuant

à des niveaux élevés de détresse psychologique et de troubles de santé mentale parmi les survivants (Cerel et al., 2018). Au niveau du milieu, le suicide tend à générer une forme de désorganisation structurelle subite. Afin de minimiser les risques d'entraînement, il est important d'aider le milieu à retrouver un fonctionnement habituel tout en s'assurant que les personnes touchées bénéficient des interventions appropriées (AQPS, 2019). De plus, le suicide peut avoir des effets économiques négatifs sur les communautés, notamment en raison des coûts associés aux services de santé mentale, aux soins médicaux d'urgence et aux pertes de productivité dues à l'absentéisme au travail (Miller et al., 2012). Sur le plan de la santé publique, le suicide constitue un problème de santé majeur avec des implications à la fois individuelles et collectives. En outre, le suicide peut avoir des effets en cascade sur la santé publique, affectant la qualité de vie des individus, la cohésion sociale, la productivité économique et les systèmes de santé (CDC, 2019). Pour répondre à ces défis complexes, des programmes de prévention du suicide sont essentiels pour réduire la prévalence du suicide, atténuer ses conséquences.

### 3.2.- Approches et méthodes de prévention du suicide

La prévention du suicide repose sur une combinaison d'approches complémentaires, visant à réduire les facteurs de risque, à renforcer les facteurs de protection et à fournir un soutien efficace aux personnes en détresse. De même, les approches de prévention du suicide peuvent être fondées sur des données probantes et adaptées aux besoins spécifiques des populations cibles. Dans notre travail, la prise en compte de la diversité des approches et des méthodes de prévention est importante afin d'identifier les meilleures pratiques.

#### 3.2.1- Approches de prévention

Selon la classification présentée par Leguay, trois catégories de prévention sont à considérer à savoir la prévention tertiaire, à l'attention des personnes directement concernées par une problématique suicidaire actuelle, la prévention secondaire visant les personnes présentant des facteurs de risques, sociaux, pathologiques, ou liés à des conduites à risque et la prévention primaire auprès de la population dans son ensemble, dans les caractéristiques sociodémographiques globales d'un corps social géographiquement déterminé (Batt et al. 2020). La prévention primaire s'efforce de déchiffrer l'énigme du suicide dans la population générale. Il s'agit de nommer, pour les transformer, les relations entre les faits sociaux et le suicide. Certes le suicide est un phénomène d'exception provoqué par des forces et des pulsions individuelles, mais à l'aide de ses instruments

statistiques, la sociologie a construit une représentation de facteurs favorisant le suicide (Batt et al. 2020). En fournissant des informations et des ressources sur la santé mentale et le bien-être émotionnel, la prévention primaire vise à renforcer les compétences d'adaptation et à réduire la vulnérabilité au suicide à un stade précoce.

La prévention secondaire vise à identifier et à intervenir auprès des individus présentant des facteurs de risque de suicide ou des comportements suicidaires afin de réduire leur risque de passage à l'acte suicidaire (CPSQ, 2021). Elle concerne la prise en charge des personnes présentant un facteur de risque ou une pathologie exposant clairement au passage à l'acte suicidaire. Elle peut par exemple consister à s'intéresser à une population spécifique (jeunes, adolescents, personnes âgées, militaires, détenus...) pour identifier et contrôler les facteurs de risque, en développant à leur égard des actions de lutte contre leurs effets déstabilisants (Batt et al, 2020). En identifiant précocement les individus à risque et en leur fournissant un soutien adapté, la prévention secondaire vise à réduire la probabilité de passage à l'acte suicidaire et à promouvoir la sécurité et le bien-être des personnes concernées.

La prévention tertiaire ou médicale vise à réduire le risque de récurrence suicidaire chez les individus ayant déjà tenté de mettre fin à leurs jours ou présentant un risque élevé de récurrence (IUSMM, 2020). Elle repose sur le soin à la clientèle suicidaire et le repérage des dimensions clairement pathologiques, et leur prise en charge à un niveau individuel et collectif (Batt et al, 2020). En offrant un soutien continu et en adressant les facteurs de risque sous-jacents, la prévention tertiaire vise à réduire le risque de récurrence suicidaire et à promouvoir la réhabilitation et le rétablissement des personnes ayant vécu une crise suicidaire. En comprenant les forces et les limites de chaque approche, il est possible de concevoir des programmes de prévention plus complets et mieux adaptés aux besoins spécifiques des populations ciblées. En fin de compte, investir dans des stratégies de prévention du suicide fondées sur des preuves contribue à sauver des vies et à promouvoir la santé mentale et le bien-être pour tous.

### 3.2.2.- Modèles théoriques de prévention du suicide

Les modèles théoriques de prévention du suicide offrent des cadres conceptuels pour comprendre les déterminants du suicide et guider le développement d'approches de prévention efficaces. Un modèle théorique largement utilisé en prévention du suicide est le modèle de la crise suicidaire, qui propose une compréhension en trois étapes du processus menant au suicide : la crise, l'escalade de

la crise et le passage à l'acte (Shneidman, 1985). Ce modèle met en évidence l'importance de reconnaître et de traiter les facteurs déclenchants de la crise suicidaire, tels que les événements stressants et les pertes, ainsi que les mécanismes sous-jacents à l'escalade de la crise, tels que la désespérance et la perte de soutien social. En comprenant les différentes phases de la crise suicidaire, les interventions peuvent être ciblées pour interrompre le processus menant au passage à l'acte suicidaire.

Un autre modèle théorique important est le modèle de la théorie de l'attachement, qui met en évidence le rôle des relations interpersonnelles dans le développement et la prévention du suicide (Joiner, 2005). Selon ce modèle, les individus ayant des liens d'attachement faibles ou perturbés sont plus susceptibles de ressentir un isolement social et émotionnel, ce qui peut accroître leur vulnérabilité au suicide. Les interventions basées sur la théorie de l'attachement visent à renforcer les relations positives et sécurisantes avec les autres, à promouvoir un sentiment d'appartenance et de soutien social, et à réduire le risque de suicide en renforçant les capacités d'adaptation et de résilience. Parallèlement, le modèle de la théorie du stress social met en évidence le rôle des facteurs de stress sociaux et environnementaux dans le développement du suicide (Stack, 2000). Ce modèle met en évidence l'importance de prendre en compte les déterminants sociaux de la santé, tels que la pauvreté, la discrimination et les inégalités sociales, dans la conception des interventions de prévention du suicide. Les approches basées sur la théorie du stress social visent à réduire les facteurs de stress sociaux et à renforcer les ressources individuelles et communautaires pour faire face aux défis de la vie quotidienne.

En outre, le modèle de la théorie de la crise écologique souligne l'importance de prendre en compte les facteurs environnementaux et contextuels dans la prévention du suicide (Bronfenbrenner, 1979). Ce modèle met en évidence l'interaction complexe entre les individus, leur famille, leur communauté et leur environnement plus large, et souligne l'importance d'adopter une approche holistique et intégrée de la prévention du suicide. Les interventions basées sur la théorie de la crise écologique visent à identifier et à adresser les facteurs de risque à différents niveaux de l'environnement, en mettant l'accent sur la promotion de la santé mentale et du bien-être à tous les niveaux de la société.

En comprenant les mécanismes sous-jacents aux comportements suicidaires et en identifiant les facteurs de protection et de risque associés, il est possible de concevoir des interventions plus

ciblées et plus efficaces pour réduire le risque de suicide et promouvoir la santé mentale et le bien-être pour tous.

### 3.2.3.- Stratégies de prévention du suicide : éducation, intervention, sensibilisation

Il est important d'examiner les stratégies de prévention du suicide, y compris l'éducation, l'intervention et la sensibilisation. Ces stratégies jouent un rôle essentiel dans la réduction des taux de suicide en fournissant des connaissances, des ressources et des soutiens aux individus en situation de crise ou à risque suicidaire, ainsi qu'à leurs proches et à leur communauté.

L'éducation constitue une stratégie fondamentale de prévention du suicide en fournissant des informations sur les signes précurseurs, les facteurs de risque et les ressources disponibles pour obtenir de l'aide (INPES, 2014). Les programmes de formation en prévention du suicide visent à sensibiliser les individus aux causes du suicide, à réduire la stigmatisation associée aux troubles mentaux et aux comportements suicidaires, et à promouvoir les compétences en matière de gestion du stress, de résolution de problèmes et de soutien social (MSSS, 2017). En renforçant les connaissances et les compétences des individus en matière de santé mentale et de bien-être émotionnel, l'éducation peut contribuer à réduire les comportements suicidaires et à promouvoir des attitudes positives à l'égard de la vie.

L'intervention précoce est une autre composante essentielle de la prévention du suicide, impliquant la détection et la prise en charge rapides des individus en situation de crise suicidaire (CPSQ, 2019). Les programmes d'intervention précoce comprennent le dépistage systématique des facteurs de risque de suicide, l'évaluation des besoins en matière de santé mentale et de sécurité, et la fourniture d'un soutien psychosocial et d'une intervention de crise appropriés (AQPS, 2020). En identifiant rapidement les individus à risque et en leur fournissant un soutien adapté, l'intervention précoce peut contribuer à réduire la gravité et la fréquence des crises suicidaires, ainsi qu'à promouvoir la sécurité et le bien-être des personnes concernées.

La sensibilisation du public constitue également une stratégie clé de prévention du suicide en mobilisant la communauté pour reconnaître et soutenir les individus en situation de détresse psychologique (AQPS, 2020). Les campagnes de sensibilisation visent à réduire la stigmatisation associée aux troubles mentaux et aux comportements suicidaires, à encourager les individus à rechercher de l'aide en cas de détresse émotionnelle et à promouvoir des environnements favorables à la santé mentale (INSPQ, 2018). En sensibilisant le public aux enjeux du suicide et en

encourageant une approche ouverte et compatissante à l'égard de la santé mentale, la sensibilisation peut contribuer à réduire les obstacles à l'accès aux services de soutien et à promouvoir un environnement favorable à la vie.

### 3.3.- Évaluation de l'efficacité des programmes de prévention du suicide

La revue de littérature sur l'évaluation de l'efficacité des programmes de prévention du suicide va nous offrir un aperçu des résultats des évaluations antérieures dans ce domaine crucial de la santé publique. Les études académiques ont examiné divers aspects de l'efficacité des programmes de prévention du suicide, en se concentrant souvent sur l'impact des interventions sur les comportements suicidaires, la réduction des taux de suicide, ainsi que sur les coûts et les bénéfices associés à ces programmes. En outre, les rapports gouvernementaux ont souvent fourni des évaluations détaillées de l'efficacité des programmes de prévention du suicide, en mettant l'accent sur les politiques de santé publique, les stratégies de financement et les meilleures pratiques en matière de prévention.

#### 3.3.1.- Travaux sur l'évaluation de l'efficacité des programmes de prévention du suicide

L'évaluation de l'efficacité des programmes de prévention du suicide constitue un domaine de recherche important visant à déterminer l'impact et l'efficacité des interventions de prévention sur la réduction des comportements suicidaires. Plusieurs études ont abordé cette problématique en examinant différents aspects de l'efficacité des programmes de prévention du suicide, y compris leur coût, leur impact sur les comportements suicidaires, et leur rentabilité par rapport aux autres interventions de santé publique.

Une étude menée par le centre de prévention du suicide (2019) a examiné l'efficacité d'un programme de formation en intervention de crise suicidaire destiné aux professionnels de la santé mentale au Québec. Les résultats ont montré que le programme était associé à une amélioration significative des connaissances, des compétences et de la confiance des participants dans la gestion des situations de crise suicidaire. Cette étude souligne l'importance des programmes de formation spécialisés pour renforcer les capacités des intervenants à identifier et à répondre efficacement aux comportements suicidaires. Par ailleurs, une revue de la littérature menée par Berman et coll. (2016) a examiné l'efficacité des programmes de formation en prévention du suicide dans une perspective internationale. Les auteurs ont identifié plusieurs programmes efficaces pour réduire les comportements suicidaires, y compris ceux axés sur la sensibilisation, les compétences en

matière de gestion du stress et de résolution de problèmes, et les interventions de soutien psychosocial. Cette revue souligne l'importance de diversifier les approches de formation en prévention du suicide pour répondre aux besoins spécifiques des populations ciblées. En conclusion, les travaux sur l'évaluation de l'efficacité des programmes de prévention du suicide fournissent des informations cruciales pour guider le développement et la mise en œuvre de programmes efficaces et rentables dans le domaine de la prévention du suicide.

### 3.3.2.- Rapports gouvernementaux sur l'évaluation de l'efficacité des programmes de prévention du suicide

L'évaluation de l'efficacité des programmes de prévention du suicide est également un sujet abordé dans divers rapports gouvernementaux, qui fournissent des données précieuses sur les politiques, les programmes et les pratiques en matière de prévention du suicide. Ces rapports gouvernementaux sont souvent basés sur des données probantes et des recherches approfondies, et ils jouent un rôle crucial dans l'élaboration de stratégies de prévention du suicide efficaces et fondées sur des preuves. Le rapport de OMS sur la prévention du suicide (2014) examine les stratégies de prévention du suicide à l'échelle mondiale, y compris les approches de formation en prévention du suicide. Ce rapport fournit une analyse approfondie des meilleures pratiques en matière de prévention du suicide, ainsi que des recommandations pour les gouvernements et les organisations internationales afin de renforcer les efforts de prévention du suicide dans le monde entier. Le rapport souligne l'importance d'investir dans des programmes de formation en prévention du suicide pour renforcer les capacités des intervenants et des communautés à prévenir les comportements suicidaires et à promouvoir la santé mentale.

De plus, le rapport de l'INSPQ (2018) examine les tendances et les défis en matière de santé mentale, y compris les enjeux liés à la prévention du suicide. Ce rapport fournit une analyse détaillée des facteurs de risque et de protection du suicide, ainsi que des recommandations pour améliorer la prévention du suicide et la santé mentale des populations québécoises. Le rapport met en évidence l'importance d'investir dans des programmes de formation en prévention du suicide pour renforcer les capacités des intervenants et des communautés à prévenir les comportements suicidaires et à promouvoir la santé mentale.

### 3.4.- Méthodologies d'évaluation de l'efficacité des programmes de formation en prévention du suicide

Dans cette section, nous explorerons les différentes approches économiques utilisées pour évaluer l'efficacité de ces programmes, ainsi que les critères d'évaluation.

#### 3.4.1.- Approches économiques pour évaluer l'efficacité

L'évaluation de l'efficacité des programmes de prévention du suicide peut être abordée à travers différentes approches économiques, qui visent à déterminer si les ressources allouées à ces programmes sont utilisées de manière optimale pour obtenir les meilleurs résultats possibles en termes de réduction des comportements suicidaires.

##### 3.4.1.1- *L'analyse coût-bénéfice*

Une approche économique couramment utilisée pour évaluer l'efficacité des programmes de prévention du suicide est l'analyse coût-bénéfice (ACB), qui compare les coûts des interventions de prévention du suicide avec leurs bénéfices économiques, tels que les économies de coûts associées aux soins de santé et aux pertes de productivité évitées (Barbui et al., 2018). Cette approche permet de quantifier les avantages financiers des programmes de prévention du suicide et de déterminer leur rentabilité par rapport aux autres interventions de santé publique. Par exemple, une étude menée par Crosby et al. (2011) a utilisé une analyse coût-bénéfice pour évaluer l'efficacité d'un programme de prévention du suicide destiné aux adolescents aux États-Unis. Les résultats ont montré que le programme était associé à des économies de coûts importantes en termes de soins de santé et de pertes de productivité évitées, ce qui indique que le programme était rentable par rapport aux ressources investies.

##### 3.4.1.2- *Analyse coût-efficacité*

Une autre approche économique importante est l'analyse coût-efficacité (ACE), qui compare les coûts des interventions de prévention du suicide avec leurs résultats en termes de réduction des comportements suicidaires, tels que le nombre de vies sauvées ou les années de vie ajustées en fonction de la qualité (DALYs) gagnées (Crosby et al., 2011). Cette approche permet de déterminer le coût par unité de résultat obtenu pour chaque intervention de prévention du suicide, ce qui permet de comparer l'efficacité relative des différentes options d'intervention. Par exemple, une étude menée par Koburger et al. (2015) a utilisé une analyse coût-efficacité pour évaluer l'efficacité d'un programme de formation en prévention du suicide destiné aux professionnels de la santé en

Allemagne. Les résultats ont montré que le programme était associé à des coûts relativement faibles par rapport à ses résultats en termes de réduction des taux de suicide, ce qui indique que le programme était efficace sur le plan économique.

#### 3.4.2.- Critères d'évaluation de l'efficacité des programmes de formation en prévention du suicide

L'évaluation de l'efficacité des programmes de formation en prévention du suicide nécessite l'identification de critères pertinents permettant de mesurer si ces programmes atteignent leurs objectifs de manière efficace. Ces critères d'évaluation sont essentiels pour évaluer l'allocation des ressources et maximiser l'impact des efforts de prévention du suicide.

Tout d'abord, les critères liés à la portée et à la qualité du programme sont essentiels pour évaluer son efficacité. Cela comprend la mesure dans laquelle le programme atteint sa population cible, la qualité des interventions proposées et la pertinence des contenus enseignés. Par exemple, une étude menée par Joiner et al. (2017) a examiné l'efficacité d'un programme de formation en prévention du suicide destiné aux professionnels de la santé mentale. Les auteurs ont évalué la qualité du programme en termes de contenu, de méthodes d'enseignement et de retours d'expérience des participants, ce qui leur a permis de déterminer si le programme répondait efficacement aux besoins de sa population cible.

Ensuite, les critères liés à l'efficacité du programme dans la réduction des comportements suicidaires sont également importants pour évaluer son efficacité. Cela comprend la mesure dans laquelle le programme parvient à réduire les tentatives de suicide, les idées suicidaires et les comportements suicidaires dans la population cible. Par exemple, une étude menée par Sinyor et al. (2015) a évalué l'efficacité d'un programme de formation en prévention du suicide destiné aux adolescents. Les auteurs ont mesuré l'efficacité du programme en termes de réduction des comportements suicidaires à travers des indicateurs tels que les taux de tentatives de suicide et les scores de détresse psychologique.

De plus, les critères liés à la rentabilité du programme sont également cruciaux pour évaluer son efficacité. Par exemple, une étude menée par Kryszynska et al. (2018) a examiné la rentabilité d'un programme de formation en prévention du suicide destiné aux intervenants de première ligne. Les auteurs ont évalué la rentabilité du programme en termes de coûts par participant formé

## Partie IV

### 4.- Méthodologie de recherche et d'intervention

Dans cette partie, nous abordons la méthodologie de recherche et d'intervention retenue dans le cadre de ce travail. Cette méthodologie passe par une enquête exploratoire qui nous permet de comprendre le contexte et l'environnement du programme, et ensuite finir avec les stratégies de collecte et d'analyse des données.

#### 4.1.- Enquête exploratoire

L'enquête exploratoire nous a permis, premièrement, de sonder le contexte spécifique dans lequel le programme est mis en œuvre, notamment les défis locaux en matière de santé mentale, les ressources disponibles et les besoins particuliers de la DSM-PP. Cette compréhension approfondie du contexte permet d'adapter ce travail à la réalité. Deuxièmement, elle est utilisée pour identifier les parties prenantes clés impliquées dans la mise en œuvre et aussi de connaître l'environnement du programme. En recueillant leurs perspectives et leurs attentes, on a pu cerner les attentes par rapport à notre travail, identifier les limites potentielles et intégrer ces retours d'information dans la conception de l'évaluation. Troisièmement, cette enquête nous a permis de clarifier les objectifs spécifiques du volet de formation en prévention du suicide, ainsi que les résultats attendus à court et à long terme. Sans oublier, cette enquête a permis d'établir des relations de confiance avec les parties prenantes impliquées dans le programme, ce qui est essentiel pour assurer leur coopération tout au long du processus d'évaluation.

#### 4.2.- Population et typologie

La sélection adéquate de la population étudiée et de l'échantillon est essentielle pour obtenir des résultats fiables et représentatifs. La population ciblée par le volet formation dans le programme prévention du suicide au niveau du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal est d'environ 15 000 employés. Elle est principalement formée des professionnels de la santé mentale, des conseillers cadres, des infirmières, des travailleurs sociaux, etc., et sont répartie dans les quatre catégories syndicales selon la nomenclature des titres d'emploi du réseau de la santé et des services sociaux (MSSS, 2012). Cependant, en raison de contraintes de disponibilités des données pour plusieurs catégories, et du temps imparti pour réaliser le stage, l'étude va se centrer seulement sur la catégorie 4. Selon MSSS, la catégorie 4 inclut tous les titres d'emploi sauf médecins, pharmaciens, dentistes et infirmières.

De manière à bien caractériser la population sous étude, une typologie est réalisée en se basant sur des critères discriminants pour constituer des groupes homogènes. Sachant que les formations concernent principalement les directions qui ont une proximité avec la clientèle suicidaire, le seul critère jugé discriminant est la direction visée dans la cartographie de la formation. En ce sens, on obtient six types décrits dans le tableau qui suit :

*Tableau 3: Tableau de la typologie de la population*

<b>Item</b>	<b>Direction</b>	<b>Population (2019-2023)</b>
<b>Type 1</b>	Direction SAD et réadaptation des programmes SAPA et DI-TSA-DP	2182
<b>Type 2</b>	Direction des programmes de santé mentale, dépendance et itinérance	2634
<b>Type 3</b>	Direction des Services multidisciplinaires	1718
<b>Type 4</b>	Direction Programmes jeunesse et activités de santé publique	1384
<b>Type 5</b>	Direction des services professionnels	2060
<b>Type 6</b>	Direction de l'hébergement et soins de longues durées	481

#### 4.3.- Échantillonnage

Étant donné que les populations sont d'étendue considérable, des échantillons seront choisis suivant les techniques d'échantillonnage probabilistes qui sont les seules qui donnent au chercheur la possibilité d'estimer l'erreur d'échantillonnage (Beaud, 2003). En vertu de cette technique, les unités de la population ont une chance connue et non nulle d'être choisies pour faire partie de l'échantillon. La méthode d'échantillonnage retenue est l'échantillonnage stratifié. C'est la plus raffinée de toutes les techniques d'échantillonnage probabiliste. Elle consiste à diviser la population en un ensemble de strates pour ensuite extraire aléatoirement de chacune de ces strates des échantillons. Les strates sont précédemment formées dans la typologie.

#### 4.4.- Procédures de collecte de données

Les procédures de collecte de données doivent être soigneusement planifiées et mises en œuvre afin de recueillir des informations pertinentes et fiables. Plusieurs méthodes de collecte de données vont être utilisées, et ceci en fonction des objectifs de l'évaluation, des caractéristiques de la population étudiée et des ressources disponibles.

- ✓ Des entretiens individuels ont été menés avec des personnes-ressources dans le programme afin d'appréhender leur expérience et leur perception du volet formation. On aura recours à des entretiens semi-structurés afin de permettre à ces personnes-ressources de s'exprimer librement sur leurs impressions, leurs réactions et leurs suggestions d'amélioration du programme.
- ✓ Des observations directes vont être effectuées pendant les différentes comités afin de comprendre mieux le contexte dans lequel le programme est mis en œuvre. De ce fait, on notera les interactions entre les équipes de gestion et aussi bien l'équipe qui porte le projet, ainsi que les éléments de programme qui semblent les plus efficaces ou les moins efficaces.
- ✓ Une revue des documents pertinents, tels que les rapports d'évaluation interne, les évaluations précédentes du programme, les documents de formation et les matériaux pédagogiques, va être fait de manière qu'on puisse avoir des informations supplémentaires sur le volet formation et son contexte. Cette analyse documentaire va aussi nous aider à contextualiser les résultats de l'évaluation et à identifier les bonnes pratiques ou les défis potentiels dans la mise en œuvre du programme.
- ✓ De plus, au sein de la DSM-PP, certaines données nécessaires pour notre travail sont déjà disponibles. Ce faisant, pour notre mandat, nous aurons principalement à utiliser des données déjà existantes, telles que les données relatives au volet formation, et les données provenant des compilations d'évaluation. Nous avons sélectionné les variables à analyser, et puis poursuivre par la validation de la qualité des données. Cette approche nous a fait gagner du temps car elle nous évite la collecte sur le terrain. Cependant, les limitations liées à la qualité des données, comme les données manquantes, ont posé de grands défis.

#### 4.5.- Stratégies d'analyse

Dans le cadre de ce travail, il était nécessaire d'effectuer des analyses descriptives de manière à faire une description détaillée du niveau de déploiement déjà réalisé dans le cadre du programme

prévention du suicide. Ainsi, le tableur Excel ainsi que logiciel SPSS 27.0 ont été utilisés pour réaliser les analyses sur les données.

- On a eu recours à l'analyse qualitative qui consistait à examiner les données textuelles, telles que les réponses au sondage sur Survey Monkey réalisé par SAM en 2023, pour présenter le niveau d'appréciation des participants par rapport à la formation. On a réalisé l'analyse des contenus des réponses liées au sondage.
- Ensuite, une analyse quantitative a été fait. Ce qui a impliqué l'examen des données numériques, telles que les montants dépensés par direction, le nombre de personnes formées, les titres d'emploi formés. Comme techniques d'analyse quantitative, on a fait des analyses descriptives (moyenne, ratio, taux d'évolution). Les formules arithmétiques utilisées sont :

- Dépenses moyennes par personnes formées=  $\frac{\Sigma \text{Dépenses}}{\text{nombre de personnes formées}}$

- Ratio par titre d'emploi=  $\frac{\text{Nombre de personnes formées}}{\text{nombre total d'employés}}$

- Taux d'évolution par direction=  $\frac{\text{Nombre d'employés (année 2)} - \text{Nombre d'employés (année 1)}}{\text{Nombre d'employés (année 1)}}$

- Le taux d'évolution moyen a été calculé à partir du taux d'évolution de chaque direction pendant les cinq dernières années. Ce taux  $t_m$  des 5 évolutions successives de taux  $t_1, t_2, t_3, t_4$  et  $t_5$ , est le taux qui appliqué 5 fois de suite donnerait le même résultat que les 5 taux  $t_1, t_2, t_3, t_4$  et  $t_5$ .
- Étant donné que les données recueillies sont étalées sur une période de cinq ans, on a réalisé une analyse longitudinale de manière à évaluer les changements et les tendances au fil du temps. Cette analyse longitudinale a permis de mieux comprendre l'évolution des résultats du programme de formation en prévention du suicide et d'identifier les interventions nécessaires pour maintenir les gains réalisés.

## 5.- Résultats et analyses

Dans ce chapitre, les résultats obtenus sont présentés et discutés. La présentation se fait suivant les différents indicateurs présents dans la matrice d'évaluation.

### 5.1.- Nombre de personnes formées pour la catégorie 4 par direction et par année

Le tableau ci-dessous (tableau 4) nous a permis de comprendre comment l'engagement dans la formation varie d'une direction à l'autre et d'une année à l'autre, offrant ainsi des indications sur les priorités et les besoins spécifiques de chaque direction. La variation entre les années s'explique par le fait que les objectifs de déploiement et aussi les offres de formation évoluent d'une année à l'autre, et aussi la période de la pandémie COVID-19 a eu un impact considérable sur la formation en termes de nombre de personnes formées d'où cette différence entre les années. En réponse aux restrictions de déplacement et aux directives de distanciation sociale, de nombreuses séances de formations ont été repensées pour être dispensées en ligne, ce qui a pu influencer le nombre de personnes formées au cours de cette période. De plus, la disponibilité des ressources et des formateurs, ainsi que les changements dans les politiques organisationnelles et les priorités stratégiques, contribuent également aux variations observées d'une année à l'autre.

Cependant, la différence de nombre de personnes formées entre les directions s'explique par la prévalence ou encore la proximité des directions par rapport à la clientèle à risque. Mais aussi, le nombre de personnes formées par direction dépend du nombre d'employés au niveau de chaque direction et de la priorité des directions au cours de l'année budgétaire. En effet, les directions les plus directement impliqués dans la prévention du suicide peuvent accorder une plus grande importance à la formation en raison de leur exposition accrue aux situations de crise et de leur responsabilité dans la prise en charge des personnes à risque. De plus, la disponibilité des ressources financières et humaines influence la capacité de chaque direction à former son personnel, ce qui peut expliquer les variations dans le nombre de personnes formées d'une direction à l'autre. Ainsi, on peut conclure que la direction de programme santé mentale et de la dépendance, avec le plus grand nombre de personnes formées (284) pour les cinq dernières années, possède une grande prévalence par rapport à la clientèle suicidaire et accorde une grande importance aux séances de formation-prévention de suicide, étant donné leur grande responsabilité dans la prise en charge des personnes à risque.

*Tableau 4: Nombre de personnes formées (catégorie 4) par direction et par année*

<b>Directions   Année</b>	<b>2023- 2024</b>	<b>2022- 2023</b>	<b>2021- 2022</b>	<b>2020- 2021</b>	<b>2019- 2020</b>	<b>Total</b>
<b>DPSMDI</b>	43	109	66	43	23	<b><u>284</u></b>
<b>DSM</b>	18	19	28	4	14	<b>83</b>
<b>DSP</b>	4	28	3	0	0	<b>35</b>
<b>D-SAD</b>	36	41	28	6	14	<b>125</b>
<b>DPJASP</b>	26	66	40	13	20	<b><u>165</u></b>
<b>DHSLD</b>	1	6	0	0	0	<b>7</b>
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b><u>269</u></b>	<b>165</b>	<b>66</b>	<b>71</b>	

#### 5.1.1.- Taux d'évolution du nombre d'employés (catégorie 4)

En termes de déploiement, le comité de gestion du programme prévention du suicide vise à former la totalité des intervenants au sein des directions visées par la formation au fil des années. En ce sens, il faut tenir compte des mouvements inter et intra directions des employés. Étant donné qu'il est difficile de quantifier ces variations au niveau du CIUSSS, on a calculé le taux moyen d'évolution des employés au sein de chaque direction pour les cinq dernières années. Lequel taux va permettre à l'équipe de fixer des objectifs de déploiements en fonction de l'évolution des employés afin de s'assurer que les intervenants sont tous formés au fil des années.

Ceci est particulièrement important étant donné que les mouvements des employés peuvent avoir un impact significatif sur les besoins en formation dans chaque direction. Une direction qui connaît un taux élevé de rotation d'employé nécessite un objectif de déploiement plus élevé pour s'assurer que les nouveaux employés sont rapidement formés. De même, les mouvements intra-directions, tels que les promotions ou les transferts de personnel entre directions, peuvent également influencer les besoins en formation et ou sur les objectifs de déploiement.

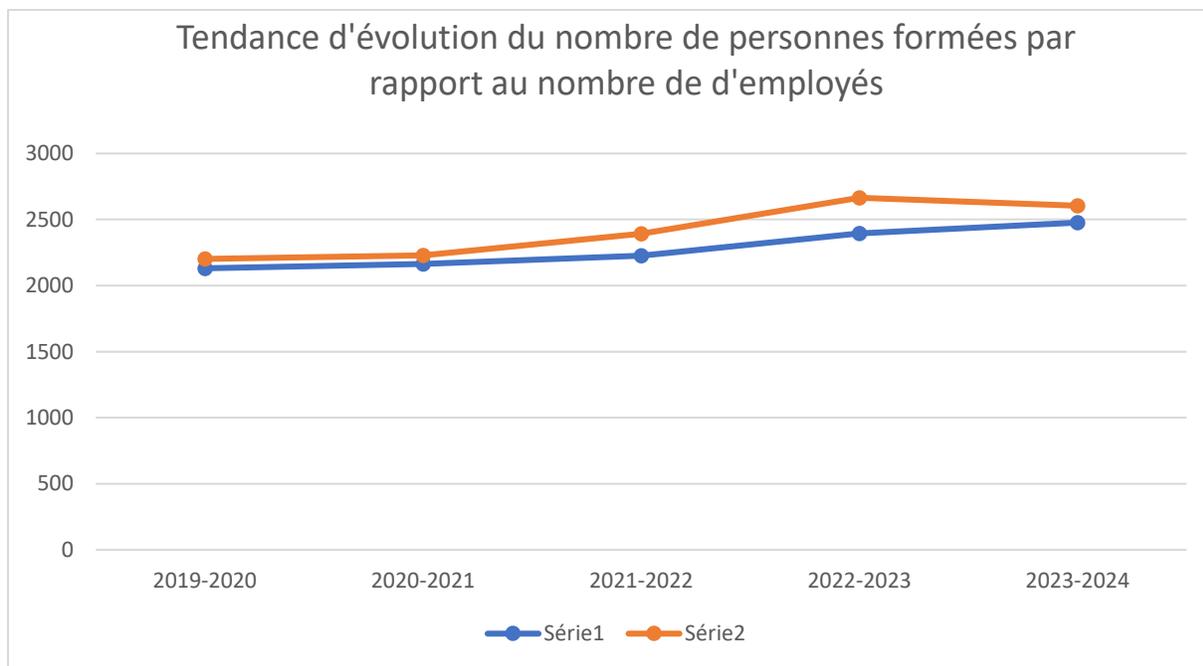
Tableau 5: Taux d'évolution du nombre d'employés par direction

	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	Taux moyen
<b>DPSMDI</b>	-1,92	1,17	4,06	1,67	2, 223
<b>DSM</b>	2,25	-3,02	-8,22	-0,93	N.A
<b>DSP</b>	1,03	3,58	5,68	4,91	3,78
<b>D-SAD</b>	4,21	-5,23	13,03	12,42	12,72
<b>DPJASP</b>	4,27	11,48	14,71	3,21	8,31
<b>DHSLD</b>	0	9,30	6,38	15	10,16

Cette différence dans les taux d'évolution entre les différentes directions souligne l'importance de prendre en compte les tendances spécifiques à chaque direction lors de la planification des objectifs de déploiement de la formation en prévention du suicide. Le tableau 5 nous montre que la direction SAD et réadaptation est la direction qui évolue beaucoup plus rapidement avec un taux moyen de 12,72%, contrairement à la direction programme santé mentale qui a un taux égal à environ 2,25%. Par ailleurs, on n'a pas calculé le taux moyen pour la direction des services multidisciplinaires, car elle connaît une évolution à la baisse au fil des années. Donc, ceteris paribus, les objectifs de déploiements pour chaque direction doivent être supérieur au taux respectif pour pouvoir former, effectivement, la totalité des intervenants au niveau des directions.

#### 5.1.2.- Comparaison du nombre d'employés et nombre de personnes formées

Cette comparaison nous offre des informations précieuses sur l'engagement du CIUSSS dans la prévention du suicide, ainsi que sur l'efficacité des stratégies de formation et de mise en œuvre. De plus, elle permet de comprendre comment la participation à la formation évolue au fil du temps par rapport à la taille de la population ciblée, offrant ainsi des indications sur les tendances de déploiement des formations à venir.



Ce graphe montre une augmentation du nombre de personnes formées par rapport à la croissance du nombre d'employés. Ce qui permet de déduire qu'il y a un engagement accru dans la formation des intervenants sur la prévention du suicide et aussi une utilisation efficace des ressources disponibles pour la formation. Effectivement, l'équipe qui porte le projet met en place des stratégies pour optimiser l'accessibilité et l'efficacité de la formation, telles que des programmes en ligne, des sessions de formation en groupe ou des partenariats avec des fournisseurs de formation externes. Sans oublier qu'il existe une stratégie de ciblage précis dans la sélection des directions et des titres d'emploi à former. Cette stratégie consiste à identifier les besoins spécifiques en matière de priorité au sein de son effectif et adapté ses programmes de formation en conséquence pour maximiser l'impact.

### 5.2.- Profil des personnes formées : Ratio par titre d'emploi

Dans l'analyse du profil des personnes formées, le ratio par titre d'emploi constitue un aspect crucial pour évaluer l'efficacité du programme de formation. Ce ratio nous a permis de comprendre la répartition des participants à la formation en fonction de leur titre d'emploi, offrant ainsi des indications précieuses sur la stratégie de ciblage, l'adéquation des contenus de formation et les besoins de développement professionnel au sein de l'organisation. Étant donné que le volet formation dans le programme de prévention de suicide vise à développer les compétences des intervenants en contact avec les personnes suicidaires, l'analyse du ratio par titre d'emploi dans ce

contexte permet de déterminer quelle proportion des participants à la formation occupent des postes en proximité avec la clientèle suicidaire.

Tableau 6: Profil des personnes formées: Ratio par titre d'emploi

Titre d'emploi	DPSMDI	DSM	DSP	SAD	DPJASP	DHSLD
Travailleur social professionnel	8,08	10,13	22,50	<b>11,62</b>	14,37	4
Ergothérapeute	11,79	N. A	33,33	N. A	11,54	N. A
Psychoéducateur	13,49	<b>20</b>	0	8,24	16,56	0
Éducateur	12,07	N. A	33,33	5,26	12,90	2,22
Psychologue	4,94	10,12	16,67	0	9,72	N. A
Aide social	N.A	0	33,33	7,69	0	N.A
Criminologue	12,50	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A
Agent des relations humaines	<b>37,29</b>	<b>25</b>	<b>71,43</b>	<b>14,29</b>	<b>20,59</b>	<b>14,29</b>
Spécialiste en activités cliniques	8,33	0	0	10,87	0	0
Technicien en travail social	10,91	16,36	<b>50</b>	7,30	<b>46,67</b>	<b>33,33</b>
Technicien en éducation spécialisée	<b>17,86</b>	N.A	30	1,39	<b>21,05</b>	0

Cette répartition offre des informations sur l'alignement de la formation avec les besoins spécifiques de chaque titre d'emploi et permet d'identifier d'éventuelles lacunes dans la représentation des différents niveaux de responsabilité. Avec une proportion élevée de participants occupant des titres d'emploi tels que psychologues, travailleurs sociaux professionnels, agents de relations humaines, cela indique que la formation atteint efficacement les professionnels directement impliqués dans la prise en charge des personnes suicidaires.

### 5.3.- Montant dépensé en moyenne par personne formé

Le montant moyen dépensé par personne formée constitue un indicateur clé pour évaluer l'efficacité de l'investissement dans la formation et le développement professionnel au sein du CIUSSS de

l'Est. Effectivement, ce montant nous a permis de comprendre combien l'organisation investit en moyenne pour chaque individu participant à des séances de formation.

*Tableau 7 : Cout moyen dépensé par personnes formées par année*

<b>Directions   Année</b>	<b>2023-2024</b>	<b>2022-2023</b>	<b>2021-2022</b>	<b>2020-2021</b>	<b>2019-2020</b>
<b>DPSMDI</b>	970,37	1013,23	1002,78	1528,61	1341,35
<b>DSM</b>	1525,91	1572,37	1327,34	1692,76	1202,24
<b>DSP</b>	1204,59	1080,81	946,87	N. A	N. A
<b>D-SAD</b>	1328,94	1475,01	1360,62	1479,40	1556,41
<b>DPJASP</b>	1282,51	1296,97	1322,77	1463,57	1431,02
<b>DHSLD</b>	1261,01	1379,65	N. A	N. A	N. A

Ce tableau présente le montant dépensé par personne formée par direction et par année. On peut voir que le montant varie d'une direction à l'autre et d'année en année. Cette différence entre les montants se justifie par le fait qu'il est fonction du taux horaire associé à chaque titre d'emploi au sein de chaque direction, et des frais pédagogiques liés aux activités de formation. En effet, le coût de la formation varie en fonction de plusieurs facteurs, notamment le titre d'emploi des intervenants, la durée de la formation, ainsi que les ressources nécessaires à sa mise en œuvre. Ainsi, les séances nécessitant l'intervention de formateurs externes ou l'utilisation de matériel spécialisé entraînent des coûts plus élevés par personne formée. De même, les différences de salaires et d'avantages sociaux entre les employés des différentes directions influencent également le coût total de la formation par personne.

Toutefois, au cours des cinq dernières années, la direction des services multidisciplinaires possède le montant moyen le plus élevé. Du coup, les décideurs peuvent prendre des décisions plus éclairées sur l'allocation des ressources et l'optimisation des investissements dans le volet formation. Cela peut inclure l'identification des directions où les frais pédagogiques peuvent être réduits ou redirigés vers d'autres directions.

#### 5.4.- Évaluation de la formation par les intervenants

Cette section concerne les retours d'expérience des participants, qui par leur témoignage, permettent d'obtenir des informations sur la qualité, la pertinence et l'impact de la formation, ainsi que sur les domaines nécessitant des améliorations. A l'aide d'un sondage réalisé en 2023, par l'un

des partenaires dans le cadre de la formation, SAM (Suicide Action Montréal), on a pu mesurer la satisfaction des participants, et évaluer l'efficacité des méthodes pédagogiques et des contenus de formation. Ces retours d'expérience vont permettre de prendre des décisions éclairées pour optimiser la conception et la prestation des activités de formation.

#### 5.4.1.- Organisation des activités de formation

Cette section concerne l'organisation des activités de formation en prévention du suicide, en mettant l'accent sur la qualité des documents, l'appropriation de la durée des formations par rapport aux objectifs à atteindre et l'adéquation des locaux. En effet, la nature sensible et délicate du programme prévention suicide nécessite une approche particulièrement rigoureuse et adaptée afin de garantir l'efficacité des formations et le respect des participants.

	TRÈS EN DÉSACCORD	PLUTÔT EN DÉSACCORD	PLUTÔT EN ACCORD	TRÈS EN ACCORD	TOTAL	MOYENNE PONDÉRÉE
Les documents remis étaient de qualité.	0.00% 0	0.00% 0	8.49% 9	91.51% 97	106	9.75
La durée de la formation était appropriée aux objectifs à atteindre.	0.94% 1	2.83% 3	22.64% 24	73.58% 78	106	9.07
Le local était adéquat.	2.83% 3	8.49% 9	32.08% 34	56.60% 60	106	8.27

Figure 4 : Résultats du sondage sur l'organisation de la formation,

Source : SAM (2023)

Cette figure nous montre que 91% des personnes qui ont répondu au sondage ont affirmé qu'ils sont très en accord du fait que les documents de la formation étaient de bonne qualité au cours de l'année 2023. On peut donc conclure que les documents utilisés étaient non seulement informatifs, mais appropriés. Ce qui implique que la sélection de supports de formation comprend des informations précises sur les signes de détresse, les stratégies d'intervention, les ressources disponibles et les mesures de soutien. De plus, selon les témoignages des participants les documents étaient clairs, accessibles et adaptés au public cible, tenant compte de la diversité des participants et de leurs besoins spécifiques.

Concernant la durée de la formation, plus de 73% des répondants sont très en accord que la durée de la formation était appropriée aux objectifs à atteindre. Ce qui signifie que les sessions de formation étaient suffisamment longues pour couvrir les concepts et les compétences clés de manière approfondie, tout en restant suffisamment courtes pour maintenir l'attention et l'engagement des participants. Selon les réponses des participants au sondage, une approche pratique et interactive, comprenant des exercices, des études de cas et des discussions de groupe a été priorisée pendant les séances. Le choix des locaux pour les séances de formation reste un facteur problématique. Bien que plus de 50% des répondants témoignent que le local était adéquat, mais on retrouve des commentaires qui disent le contraire. Si l'on reprend ce commentaire : « *La formation, le contenu, les documents, l'animation étaient de qualité. Cependant, local beaucoup trop petit, sans aération. Table avec petit cubicule de plastique faisant en sorte qu'on s'entendait très mal.* » On peut donc, voir qu'il y avait un problème avec les salles de formation. Cependant, l'on sait que les locaux devraient être suffisamment spacieuses pour accueillir confortablement tous les participants, tout en offrant une atmosphère calme et respectueuse.

En somme, une approche spécifique a été utilisée lors de l'organisation des séances de formation, tenant compte de la qualité des documents, de l'appropriation de la durée des formations par rapport aux objectifs à atteindre et de l'adéquation des locaux.

#### 5.4.2.- Contenus de la formation

Dans cette section, SAM visait à examiner principalement la clarté des objectifs, la correspondance des contenus de formation aux besoins des participants et la vulgarisation des contenus de formation.

	TRÈS EN DÉSACCORD	PLUTÔT EN DÉSACCORD	PLUTÔT EN ACCORD	TRÈS EN ACCORD	TOTAL	MOYENNE PONDÉRÉE
Les objectifs étaient clairs.	0.00% 0	0.94% 1	10.38% 11	88.68% 94	106	9.63
Les contenus de formation correspondaient à mes besoins.	0.00% 0	1.89% 2	18.87% 20	79.25% 84	106	9.32
Les contenus de formation étaient bien vulgarisés/traités à un niveau convenable.	0.00% 0	0.94% 1	13.21% 14	85.85% 91	106	9.55

Figure 5: Appréciation des participants sur le contenu des formations

Source : SAM (2023)

Cette figure nous montre que plus de 88% des répondants au sondage sont témoins que les objectifs des formations étaient clairs. Donc, on peut déduire que les objectifs étaient clairs, spécifiques, mesurables, réalisables et pertinents (SMART). En d'autres termes, ils indiquaient clairement ce que les participants sont censés apprendre ou accomplir à la fin de la formation. De plus, les commentaires des répondants dans le sondage permettent de déduire que les objectifs étaient alignés sur leurs besoins et les objectifs du CIUSSS de l'Est, garantissant ainsi leur pertinence et leur valeur pour les participants.

Avec 79% de répondants qui sont très en accord dans le sondage, alors on peut affirmer que les contenus de formation étaient directement liés aux besoins des participants et aux défis auxquels ils sont confrontés pour évaluer ou estimer des cas suicidaires. Les répondants du sondage soulignent que les informations sont présentées de manière simple, accessible et compréhensible pour tous les participants, quel que soit leur titre d'emploi, ce qui est confirmé par le pourcentage de répondants (85%) qui sont très en accord. Cela a permis à tous les participants de comprendre facilement les informations présentées et d'améliorer leur pratique. « *J'ai trouvé la formation très inspirante et complète. Je me sens beaucoup plus outillé à présent. Le contenu était très bien*

*vulgarisé et répondait à mes besoins.* » Tel est le commentaire d'un participant par rapport au contenu de la formation.

#### 5.4.3.- Évaluation des formateurs

Dans cette section, SAM, via le sondage, a examiné les rétroactions des répondants sur l'expertise des formateurs dans le domaine, à la capacité des formateurs à maintenir l'intérêt des participants, le climat de l'apprentissage et l'adaptation des formateurs avec les besoins des répondants.

	TRÈS EN DÉSACCORD	PLUTÔT EN DÉSACCORD	PLUTÔT EN ACCORD	TRÈS EN ACCORD	TOTAL	MOYENNE PONDÉRÉE
Le formateur(trice) avait une expertise tangible dans le domaine.	0.00% 0	0.00% 0	8.49% 9	91.51% 97	106	9.75
Le formateur(trice) est parvenu(e) à maintenir mon intérêt.	0.00% 0	0.94% 1	16.04% 17	83.02% 88	106	9.46
Le climat était propice à l'apprentissage.	0.00% 0	1.89% 2	20.75% 22	77.36% 82	106	9.26
Le formateur(trice) a su s'adapter au(x) besoin(s) du groupe.	0.00% 0	1.89% 2	13.21% 14	84.91% 90	106	9.49

Figure 6: Appréciation des participants sur l'expertise des formateurs

Source : SAM (2023)

Dans la figure ci-dessus, on peut voir que plus de 91% des répondants sont très en accord que les formateurs avaient une expertise tangible dans le domaine évaluation et estimation des cas suicidaires, ce qui se justifie par le fait que le choix des formateurs a été fait en fonction de leur niveau de connaissances et d'expérience dans le domaine prévention de suicide ou encore santé mentale, ainsi que de leur capacité à transmettre ces connaissances de manière claire et concise. Ce qui peut être justifié par un commentaire de l'un des répondants : « *La formatrice avait une grande expertise, tout en étant capable de démontrer sa compréhension de notre réalité. Elle était accessible, enjouée et authentique. Son approche a fait en sorte que la formation soit claire et agréable* ». Un autre aspect important dans les séances de formation est la capacité des formateurs à maintenir l'intérêt des participants tout au long de la session. Or, 83 % des répondants affirment que les formateurs étaient capables d'engager les participants de manière dynamique et interactive, en utilisant une variété de techniques pédagogiques pour maintenir leur attention et leur motivation.

Cet aspect peut être bien illustré par ce commentaire : « *Formatrice qui a su garder l'intérêt avec son dynamisme. Il était clair qu'elle avait de l'expérience en la matière* ». Le climat de l'apprentissage fait référence à l'environnement dans lequel les jours de formation ont eu lieu, y compris la qualité des interactions entre les participants et les formateurs, le niveau de soutien et de respect mutuel, et la convivialité globale de l'expérience d'apprentissage. 77% des répondants soutiennent que le climat était propice à l'apprentissage.

De plus, parmi les répondants du sondage, plus de 84% témoignent que les formateurs ont su s'adapter aux besoins du groupe. Ce qui permet de conclure qu'ils étaient sensibles aux besoins et aux préférences des participants en ajustant le contenu et les méthodes pédagogiques en fonction des niveaux de compétence et des titres d'emploi.

#### 5.5.- Discussion des résultats et recommandations

Nous avons examiné plusieurs aspects des formations, y compris le nombre de personnes formées, la répartition des personnes formées par titre d'emploi, le montant moyen dépensé par personne formée, et la satisfaction des participants. Les résultats ont montré que la direction programme santé mentale et de dépendance regroupe des intervenants qui ont une plus forte proximité avec la clientèle suicidaire, ce qui est justifié par leur grand nombre de personnes formées au cours des cinq dernières années. Les travailleurs sociaux professionnels, les agents de relations humaines, et les techniciens en travail social représentent les titres d'emploi les plus visés dans toutes les directions par les activités de formations au cours des cinq dernières années. Toutefois, les agents de relations humaines restent le titre d'emploi qui possède le plus haut ratio dans toutes les directions. La majorité des participants étaient satisfaits de la qualité et du contenu des formations, ce qui suggère une réponse positive globale aux programmes de formation proposés.

Cependant, malgré ces résultats encourageants, notre étude a également révélé certaines lacunes et défis dans la prestation des séances de formation. Par exemple, certains participants ont exprimé des préoccupations concernant l'adéquation des locaux, et aussi il n'y a pas de suivi continue afin de s'assurer qu'il y a une amélioration significative des connaissances et des compétences des participants après la formation, ainsi que des changements de comportement positifs dans la prévention du suicide.

Sur la base de nos résultats, nous formulons plusieurs recommandations pratiques :

- Fixer et adapter le niveau de déploiement des séances de formation en fonction du taux d'évolution du nombre d'employés au niveau de chaque direction, en tenant compte de leurs besoins spécifiques, de leurs priorités au cours de l'année budgétaire. Cela peut impliquer la modification des contenus de formation, l'ajustement de la durée des sessions et l'intégration de méthodes pédagogiques plus interactives et participatives.
- Aligner le modèle de projection budgétaire en fonction des objectifs de déploiements stratégiques pour chaque direction. Cela implique:
  - Identifier les besoins de formation pour chaque direction ou encore les titre d'emploi ciblés par la formation.
  - Définir une méthode budgétaire; déjà en place qui prend en compte le salaire horaire et les frais pédagogiques pour la formation.
- Mettre en place des systèmes de suivi-évaluation via des questionnaires afin de s'assurer qu'il y a des changements de comportements ou encore amélioration des pratiques auprès des personnes qui ont suivi la formation.
- S'assurer que les locaux sont équipés de manière appropriée, notamment en termes de chaises et de tables, et qu'ils offrent des conditions d'éclairage et de ventilation adéquates. De plus, il peut être bénéfique de choisir des locaux situés dans des endroits calmes et isolés, loin de toute distraction ou perturbation potentielle.
- Mettre en place un processus d'évaluation continue des séances de formation, en recueillant des feedbacks des participants et en utilisant ces informations pour apporter des ajustements et des améliorations au programme. Cela peut permettre d'identifier rapidement les problèmes potentiels et de les résoudre de manière proactive.

#### 5.6.- Forces et limites de l'études

Dans cette section, nous avons examiné à la fois les forces et les limites de l'étude menée sur le volet formation du programme prévention du suicide au sein du CIUSSS de l'EMTL. Reconnaître à la fois les aspects positifs et les défis rencontrés dans la conduite de l'étude est important pour interpréter correctement les résultats et formuler des recommandations appropriées pour l'amélioration future des formations à venir.

L'étude repose sur une méthodologie combinant à la fois des méthodes qualitatives et quantitatives pour traiter et analyser des données diversifiées, ce qui nous a permis de faire une étude plus nuancée. Nous avons bénéficié la participation active du comité de gestion du projet, ce qui garantit

des données fiables et significatives sur leur expérience et leurs perceptions. De plus, l'étude se portait sur des données longitudinales étalées sur une période de cinq ans, ce qui permet de suivre l'évolution de la formation au fil du temps et d'identifier les tendances et les modèles émergents. Toutefois, comme l'étude est menée dans un contexte spécifique, les résultats peuvent ne pas être généralisables à d'autres contextes. Les caractéristiques uniques du CIUSSS de l'EMTL, des directions visées par la formation peuvent limiter la portée des conclusions. De plus, l'étude était confrontée à des contraintes de données et un accès limité aux données, ce qui nous a limité dans la portée et la profondeur de l'analyse, car le temps imparti ne nous a pas permis d'aller collecter d'autres données.

Enfin, bien que l'étude ait permis de dresser un tableau complet du niveau de dépliement de la formation en prévention du suicide au sein du CIUSSS de l'EMTL sur une période de cinq ans, il reste encore des questions à explorer et des domaines à approfondir. Des recherches supplémentaires pourraient se concentrer sur des aspects spécifiques de la formation, tels que l'impact à long terme sur les pratiques cliniques, les facteurs qui influent sur la participation des intervenants ou les meilleures pratiques en matière de développement professionnel dans le domaine de la prévention du suicide. En abordant ces questions, nous pourrions mieux comprendre les défis et les opportunités dans la promotion de la santé mentale et la prévention du suicide.

## 7.- Conclusion

À travers cette étude, nous avons examiné plusieurs aspects de l'axe-formation du programme prévention de suicide, en utilisant une combinaison de méthodes qualitatives et quantitatives pour traiter des données diversifiées sur l'expérience des participants, et sur le niveau de déploiement de la formation pendant les cinq dernières années. Les résultats de notre étude soulignent l'importance du suivi-évaluation des séances de formation pour garantir un changement de comportements et des améliorations des pratiques des intervenants à long terme. De plus, on a souligné l'importance d'avoir des objectifs de déploiements à chaque année, qui prennent en compte les priorités de chaque direction et le taux moyen d'évolution du nombre d'employés au sein des directions.

Il est important de souligner que ce stage revêtait une importance capitale pour mon développement professionnel et personnel. En effet, cette expérience m'a permis de m'immerger dans le monde complexe et dynamique des services de santé et des services sociaux. Tout d'abord, ce stage m'a offert l'opportunité d'appliquer les connaissances théoriques acquises au cours de mes études dans un environnement professionnel réel. En travaillant aux côtés de professionnels expérimentés, nous avons pu consolider nos compétences techniques et développer de nouvelles compétences pratiques indispensables à notre future carrière.

De plus, il m'a permis d'explorer différents aspects des services de santé et des services sociaux, en me donnant accès à une variété de domaines et de disciplines. En outre, cette étude m'a offert l'opportunité de travailler en collaboration avec des équipes multidisciplinaires et de participer à des activités de formation et d'amélioration continue de la qualité. En somme, effectuer ce travail au sein du CIUSSS de l'Est de l'île de Montréal a été une expérience enrichissante et formatrice qui a contribué de manière significative à mon développement professionnel et personnel. Nous sommes reconnaissants d'avoir eu l'opportunité de participer à cette expérience et convaincu qu'elle aura un impact durable sur ma carrière future dans le domaine d'évaluation de programmes.

## 6.- Références bibliographiques

- ✓ Association québécoise de prévention du suicide (AQPS). (2020). Prévention du suicide chez les personnes LGBTQ+.
- ✓ Barbui, C., Purgato, M., Abdulmalik, J., Acarturk, C., Eaton, J., Gastaldon, C., ... & Thornicroft, G. (2018). Efficacy of psychosocial interventions for mental health outcomes in low-income and middle-income countries: an umbrella review. *The Lancet Psychiatry*, 5(4), 258-270.
- ✓ Beaud Jean-Pierre, 2003, L'échantillonnage, Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données, Québec, Canada, PUQ.
- ✓ Beautrais, A. L., & Horwood, L. J. (2008). Postnatal depression and suicidal behavior among women: A review. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 29(4), 209-217.
- ✓ Berman, A. L., Silverman, M. M., De Leo, D. (2016). Prevention of suicide and attempted suicide in adolescents. *Pediatrics*, 138(1), e20161420.
- ✓ Brian et al., 2019. Prévenir la récurrence de tentatives de suicide : vers une compréhension des parcours de soins selon le genre.
- ✓ Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- ✓ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2019). Suicide: Consequences. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/consequences.html>
- ✓ Centre de prévention du suicide de Québec (CPSQ). (2019). Suicide intervention. <https://www.suicideinfo.ca/resource/suicide-intervention/>
- ✓ Centre de prévention du suicide de Québec (CPSQ). (2021). Statistiques sur le suicide. <http://www.cpsquebec.ca/statistiques/>
- ✓ Cerel, J., Maple, M., van de Venne, J., Moore, M. M., & Flaherty, C. (2018). Suicide exposure in the population: Perceptions of impact and closeness. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(1), 51-57.
- ✓ Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., ... & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11-27.

- ✓ Commission de la santé mentale au Canada, 2020. La stigmatisation structurelle des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans les établissements de soins de santé.
- ✓ Crosby, A. E., Ortega, L., & Melanson, C. (2011). Self-directed violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements, version 1.0. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
- ✓ Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., ... & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187-232.
- ✓ <https://fr.wikipedia.org/wiki/>
- ✓ <https://santemontreal.qc.ca/population/ressources/ciuss/>
- ✓ Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). (2014). La prévention du suicide. <https://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1295.pdf>
- ✓ Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2018). Portrait de la santé mentale au Québec: Mieux comprendre pour mieux agir. [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2524\\_PortraitSanteMentale.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2524_PortraitSanteMentale.pdf)
- ✓ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. (2022). Les inégalités sociales de santé au Québec : la mortalité par suicide. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/santescope/syntheses/suicidecomplet.pdf>
- ✓ Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM). (2020). Soins et services. <https://ciuss-centresudmtl.gouv.qc.ca/etablissement/institut-universitaire-en-sante-mentale-de-montreal/soins-et-services>
- ✓ Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- ✓ Joiner, T. E., Ribeiro, J. D., Silva, C., & Cha, C. B. (2017). Nonsuicidal self-injury, suicide ideation, and suicide attempt: making a (difficult) case for difficult cases. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(2), 281-293.
- ✓ Koburger, N., Mergl, R., Rummel-Kluge, C., Ibelshäuser, A., Meise, U., Postuvan, V., ... & Hegerl, U. (2015). Celebrity suicide on the railway network: can one case trigger international effects? *Journal of Affective Disorders*, 185, 38-46.
- ✓ Krysinska, K., & Lester, D. (2018). *Postvention in action: the international handbook of suicide bereavement support*. Hogrefe Publishing.

- ✓ Levesque, P., Bardon, C. et Gariépy, C. (2021). Vigie des idéations suicidaires et des tentatives de suicide en période de COVID-19 à partir du Système d'information de gestion des urgences (publication no 3182). Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3182-vigie-ideations-suicidaires-tentatives-suicidecovid-19>
- ✓ Miller, M., Azrael, D., & Barber, C. (2012). Suicide mortality in the United States: The importance of attending to method in understanding population-level disparities in the burden of suicide. *Annual Review of Public Health*, 33, 393-408.
- ✓ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2022). Stratégie Nationale de prévention du suicide 2022-2026.
- ✓ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2017). Stratégie québécoise de prévention du suicide 2015-2020. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002357/>
- ✓ Ministère de la santé et des services sociaux. (2015). *Programme national de santé publique 2015-2025 : pour améliorer la santé de la population du Québec*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001565/>
- ✓ Organisation mondiale de la santé (OMS). (2014). Prévention du suicide: un guide à l'intention des responsables de programmes.
- ✓ Organisation mondiale de la santé. (2019). *Prévention du suicide : guide à l'usage des réalisateurs et des autres personnes travaillant pour la scène ou l'écran*. <https://www.who.int/fr/publications/i/item/preventing-suicide-a-resource-for-filmmakers-and-others-working-on-stage-and-screen>
- ✓ Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Lang, A., & Olafsdottir, S. (2008). Rethinking theoretical approaches to stigma: A Framework Integrating Normative Influences on Stigma (FINIS). *Social Science & Medicine*, 67(3), 431-440.
- ✓ Pitman, A. L., Osborn, D. P., Rantell, K., & King, M. B. (2016). Bereavement by suicide as a risk factor for suicide attempt: A cross-sectional national UK-wide study of 3432 young bereaved adults. *BMJ Open*, 6(1), e009948.

- ✓ Séguin, M., Roy, F. et Boilar, T. (2020). *Programme de postvention : être prêt à agir à la suite d'un suicide*. Association québécoise de prévention du suicide. <https://www.aqps.info/postvention/documents-et-rapports.html>
- ✓ Shneidman, E. S. (1985). *Definition of suicide*. Wiley.
- ✓ Sinyor, M., Schaffer, A., Streiner, D. L., & Redelmeier, D. A. (2015). Comparing the lethality of attempt methods. *Journal of the American Medical Association*, 173(10), 917-923.
- ✓ Stack, S. (2000). Suicide: A 20-year review of the sociological literature. Part I: Cultural and economic factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(2), 145-162.

# Annexes

## Annexe 1: Cartographie-Volet formation prévention du suicide



### Communications – Formation Prévention du Suicide

DPJASP					DPSMDI					DHSLD	SAD et réadaptation SAPA et DI-TSA-DP	
Jeunes difficulté et santé mentale	Santé publique	Continuum naissance	Clientèles pédiatriques	Services petite enfance et jeunesse	Services portail	Hébergement	Services hospitaliers	Services ambulatoires spécialisés	Services surspécialisés	Hébergement	Déficience et réadaptation	SAPA
SAM		OIQ et SAM			SAM Urgence : OIQ	GERIS (OIQ infirmiers et formation interne psychosociaux )		GERIS (OIQ infirmiers - formation interne psycho- sociaux) SAM Pédo	GERIS (OIQ infirmiers - formation interne psycho- sociaux AUDIS PPNA	OIQ et SAM	SAM, AUDIS et OIQ	OIQ et SAM
Répondante de direction: Catherine Boily + Chef santé publique : Angela Mancini					Chefs: Kim Simard Tremblay, Jonathan Gédéon, Lucie Blanchette Marie Claude Grou, Urgence OIQ : Jean Sébastien Turcotte Coordo France Robert+ Sophie Maheren cc	Chefs: Jessica Ferland, Marie-Eve Lévesque, Lucie Blanchette Fajda denis Alexis Okondahie mo MariePier Jobin Coordo Alberto Calderon, + Sophie Maheren cc	Chefs à valider Annick Gauthier, Christopher Jean, Diane Ngoyi, Maryse Nadeau, Lullie Garinier Angleberthe Ciza Coordo: Jeffrey Charles+ Sophie Maheren cc	Pour GERIS: Chefs: Laurie Mercure, Guy Lagacé MarieJoelle Lacourse, Francoise Bouchard, Patricia Farley Pédo: MarieJoelle Lacourse Coordo: Caroline Paradi+ Sophie Maheren cc	Pour GERIS: Chefs: Jeanne Marie Allard, Myène Lamontagne Maryse Nadeau, Hélène Rochette Coordo: Geneviève Barlow+ Sophie Maheren cc	Caroline Grave(répondante Hébergement PatriciaDécarie, chef psychosociaux pour SAM	Répondantes de direction: Caroline Petitjean	

Prévention du suicide – Communications - Mars 2023



## Communications – Formation Prévention du Suicide

DSP		DSM		DSI	
Services de proximité	Volet opérations	Soins et services de première ligne	Services mult. en milieu hospitalier	Volet première ligne	Volet spécialités
OIIQ (SAM psychosociaux du SRSAD)	OIIQ	OIIQ et SAM	SAM	OIIQ	
Répondant de direction: Yacine Selaimia (DA)  Coords avec infirmiers: Kathryn Melissinos Amel Ionfils Marie-Lucie Pierre Steve Gauthier Dany Fortin Janick Perrier Guendalina matteau Martine Therrien Delphine Alberto Lyne De grasse		Fabiola VancoFable, coordos  Services psychosociaux :  Kimberly Le, FatimaZohra Haloui, François GagnonClouâtre, Rachelle Durand  (MariePier Lehoux etc et Karim Aziz)		Répondantes :  Mélissa Lalonde Aylvide Nathalus Valérie Boucher (2)	

Annexe 2: Fiche indicateur de la DSM-PP

<b>Nom de l'indicateur</b>	<b>Définition</b>
<b>Formation en prévention du suicide</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'intervenants/professionnels formés</li> </ul>
<b>Objectifs</b>	<b>Responsable</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivre l'avancement du nombre de personnes formées en prévention du suicide dans l'ensemble du CIUSSS-EMTL.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• E. Varin</li> </ul>
<b>Formule de calcul</b>	<b>Ventilation</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'intervenants selon les données virtuo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Par année</li> <li>• Par catégories d'emploi</li> <li>• Par direction</li> <li>• Par type/niveau de formation (sensibilisation, détection, dépistage, estimation/évaluation)</li> </ul>
<b>Sources de données</b>	<b>Unité de mesure</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Données virtuo, SAGE et RH</li> </ul>	Nombre de formations complétées (variables en durée selon le type de formation).
<b>Activités requises à la collecte de données</b>	<b>Cible</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collaboration du service de formation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respect du budget PDC niveau 1.</li> <li>• Respect attentes/demandes des directions</li> <li>• Priorisation selon les besoins cliniques</li> </ul>
<b>Base de comparaison ; balises à l'interprétation des résultats</b>	<b>Fréquence de production</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comparaison par années du nombre total de personnes formées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Annuelle</li> </ul>
<b>Contrôle qualité / validité / fiabilité</b>	<b>Commentaires</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marge d'erreur significative dans virtuo, ne permet pas de suivre le mouvement des employés et est tributaire de la saisi réalisée par l'employé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La production d'un bilan des employés formés, globalement et par direction, est produit chaque année est disponible pour consultation et présenté au comité stratégique en prévention du suicide.</li> </ul>