

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

L'ÉVALUATION DU PROGRAMME SENTINELLE QUÉBÉCOIS EN PRÉVENTION DU
SUICIDE

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

CORENTIN MONTIEL

JANVIER 2024

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.12-2023). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je souhaite tout d'abord remercier toutes les personnes qui ont contribué à ce projet de recherche doctoral, incluant les personnes participantes à l'étude, les acteurs en prévention du suicide et les intervenant-es. Votre contribution à ce projet, et à la prévention du suicide plus largement, est extrêmement importante. Je vous en remercie grandement.

Merci au Dr Brian Mishara de m'avoir donné la chance de poursuivre ce magnifique voyage qu'est le doctorat, son soutien, et sa sagesse. Merci également à la Dre Janie Houle pour toutes les opportunités qu'elle m'a offertes et sans qui je ne pourrais entreprendre les prochaines étapes de mon parcours professionnel. Merci d'avoir cru en moi. Un gros merci à ma superviseuse de stage Dre Cécile Bardon qui m'a accompagné pendant ces deux dernières années, ce fut vraiment un plaisir d'apprendre d'elle. Un grand merci également au Dr Olivier Ferlatte d'avoir accepté d'être sur mon jury de thèse, et pour ses commentaires précieux.

Merci à mes proches qui m'ont toujours soutenu. Christel, Cynthia, Lionel, et bien évidemment Marc-Antoine, qui ont été indispensables tout au long de cette épreuve.

Enfin, merci à mes collègues et amis, sans qui cette expérience n'aurait pas été aussi extraordinaire. Stephanie, Anne-Sophie, Émilie, Frédérique, Kadia, et tous-tes les autres, je suis très reconnaissant d'avoir croisé votre chemin et que vous fassiez maintenant partie de ma vie. Je tiens à mentionner tout spécialement Samantha, une personne extraordinaire qui m'a grandement apporté, tant au niveau professionnel qu'au niveau personnel, et sans qui cette expérience n'aurait pas été la même.

AVANT-PROPOS

Dans cet ouvrage, le générique masculin est utilisé uniquement dans le but d'en alléger la forme et d'en faciliter la lecture.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
AVANT-PROPOS.....	iii
LISTE DES FIGURES	viii
LISTE DES TABLEAUX	ix
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	x
RÉSUMÉ.....	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 ÉTAT DES CONNAISSANCES.....	3
1.1 Le suicide.....	3
1.1.1 Les statistiques sur le suicide	3
1.1.2 Facteurs de risque et de protection du suicide.....	4
1.1.2.1 Individu	5
1.1.2.2 Relations et communauté.....	6
1.1.2.3 Société et système de soins	8
1.1.3 Les groupes et communautés à risque.....	8
1.1.4 La prévention du suicide	11
1.2 Les programmes sentinelles	12
1.2.1 Les assises théoriques des programmes sentinelles.....	12
1.2.2 Les différents types de programmes sentinelles.....	15
1.2.3 Les effets des formations sentinelles.....	21
1.2.3.1 Impacts sur les connaissances.....	21
1.2.3.2 Impacts sur la perception d'efficacité	22
1.2.3.3 Impacts sur les attitudes	23
1.2.3.4 Impacts sur l'intention d'aider	24
1.2.3.5 Impacts sur les habiletés à intervenir	25
1.2.3.6 Impacts sur les comportements d'aide des sentinelles.....	26
1.2.3.7 Formations en ligne.....	29
1.2.4 Relation entre les effets cibles et les comportements d'aide des sentinelles.....	29
1.2.5 Caractéristiques individuelles et capacité d'agir des sentinelles.....	31
1.2.6 Facteurs contextuels et capacité d'agir des sentinelles.....	33
1.2.7 Les devis d'évaluations de programmes sentinelles.....	36
1.3 Le programme sentinelle québécois	40
1.3.1 La formation sentinelle québécoise	40
1.3.2 L'implantation du programme sentinelle au Québec	43
1.3.3 Les évaluations des effets du programme sentinelle québécois	46
1.4 Conclusion.....	51
1.5 Objectifs et questions de recherche	51
CHAPITRE 2 MÉTHODOLOGIE.....	53

2.1	Positionnement évaluatif.....	53
2.1.1	Type d'évaluation.....	53
2.1.2	Paradigme.....	55
2.1.3	Devis de recherche	56
2.1.4	Positionnement et réflexivité de l'étudiant-chercheur.....	59
2.2	Phase 1 (QUAN)	60
2.2.1	Participants	60
2.2.2	Recrutement et procédure.....	61
2.2.3	Instruments	61
2.2.3.1	Développement du modèle logique et des instruments.....	61
2.2.3.2	Caractéristiques sociodémographiques	63
2.2.3.3	Perception d'efficacité	63
2.2.3.4	Reconnaissance des attitudes	63
2.2.3.5	Connaissance des services d'aide	64
2.2.3.6	Intention d'aider.....	64
2.2.3.7	Connaissances sur la prévention du suicide et le rôle de sentinelle.....	64
2.2.3.8	Identification et référence des personnes suicidaires et caractéristiques des personnes identifiées	65
2.2.4	Plan d'analyses	66
2.2.4.1	Description de l'échantillon.....	66
2.2.4.2	Effets cibles de la formation	66
2.2.4.3	Prédicteurs des comportements d'aide.....	67
2.3	Phase 2 (qual)	67
2.3.1	Participants	68
2.3.2	Recrutement et procédure.....	68
2.3.3	Canevas d'entrevue	68
2.3.4	Analyses	69
2.4	Considérations éthiques.....	70
CHAPITRE 3 EVALUATION OF THE OUTCOMES OF THE QUEBEC PROVINCIAL SUICIDE PREVENTION GATEKEEPER TRAINING ON KNOWLEDGE, RECOGNITION OF ATTITUDES, PERCEIVED SELF-EFFICACY, INTENTION TO HELP, AND HELPING BEHAVIORS		73
3.1	Abstract	74
3.2	Introduction	75
3.2.1	Gatekeeper Programs.....	75
3.2.2	The Quebec Gatekeeper Training Program.....	77
3.3	Methods.....	79
3.3.1	Procedure.....	79
3.3.2	Participants	79
3.3.3	Instruments	80
3.3.4	Analyses	82
3.4	Results	83
3.4.1	Sample.....	83
3.4.2	Effects of Gatekeeper Training on Target Variables.....	84
3.4.3	Predictors of Helping Behaviors	87
3.5	Discussion	88
3.6	Limitations.....	91
3.7	Conclusion.....	92
3.8	Acknowledgment.....	93

3.9	Funding details	93
3.10	References	94
CHAPITRE 4 A QUALITATIVE STUDY OF FACTORS INVOLVED IN THE HELPING BEHAVIORS OF SUICIDE PREVENTION GATEKEEPERS		99
4.1	Abstract	100
4.2	Introduction	101
4.2.1	The Quebec Gatekeeper Program.....	102
4.2.2	Individual Factors Associated with Gatekeeper Skills and Behaviors	103
4.2.3	Contextual Factors Influencing Gatekeeper Experience	103
4.3	Methods.....	104
4.3.1	Design and Paradigm.....	104
4.3.2	Recruitment	105
4.3.3	Data Collection.....	106
4.3.4	Data Analysis	106
4.4	Results	106
4.4.1	Adequacy and Role of Training for Gatekeeper Activities	107
4.4.2	Personal Experiences of Gatekeepers.....	109
4.4.3	Support Available in the Setting.....	111
4.4.4	Interactions with People at Risk of Suicide.....	113
4.5	Discussion	115
4.6	Limitations.....	118
4.7	Conclusion.....	118
4.8	Acknowledgment.....	119
4.9	Funding details	119
4.10	References	120
CHAPITRE 5 DISCUSSION GÉNÉRALE		125
5.1	Retour sur les questions de recherche	125
5.2	Interprétation des principaux résultats de la thèse.....	126
5.2.1	La formation sentinelle comme préparation au rôle de sentinelle.....	126
5.2.1.1	Connaissances sur la prévention du suicide, intention d'aider et perception d'efficacité	126
5.2.1.2	Connaissance des services d'aide et reconnaissance de l'influence des attitudes	127
5.2.2	Les particularités et complexités de chaque sentinelle.....	128
5.2.2.1	Explications méthodologiques	129
5.2.2.2	Explications théoriques des chemins causaux	130
5.2.2.3	Inconfort et intention d'aider	131
5.2.2.4	Établissement du processus d'aide.....	132
5.2.2.5	Personnalité, expérience et motivation	134
5.2.2.6	Relation avec la personne aidée	137
5.2.3	Les sentinelles dans divers contextes	138
5.2.3.1	Présence de personnes à risque	138
5.2.3.2	Soutien du milieu	139
5.3	Proposition d'un modèle théorique adapté du programme sentinelle	141
5.4	Forces et limites de l'étude.....	144
5.5	Implications des résultats présentés.....	148

5.5.1	Implications pour la recherche	149
5.5.2	Implications pour la pratique.....	151
CONCLUSION		155
ANNEXE A QUESTIONNAIRE PHASE 1		157
ANNEXE B CANEVAS D'ENTREVUE PHASE 2		196
ANNEXE C ATTESTATION DE CONFORMITÉ ÉTHIQUE		198
ANNEXE D LETTRES D'AUTORISATION DE RECRUTEMENT		199
BIBLIOGRAPHIE		204

LISTE DES FIGURES

Figure 1.1. Les principaux facteurs de risque du suicide associés aux interventions pertinentes et les stratégies de prévention du suicide associées (Organisation mondiale de la santé, 2014)	5
Figure 1.2. Facteurs affectant les comportements d'aide se basant sur une revue de la littérature scientifique (Burnette <i>et al.</i> , 2015)	15
Figure 1.3 Chaîne causale illustrant la logique sous-jacente à l'évaluation des compétences des sentinelles (tiré de Vachon, 2017).....	39
Figure 1.4 Protocole du processus d'aide et rôle de l'intervenant désigné (Roberge et Bouguezour, 2018 ; tiré de Roy et Beaulieu, 2014)	42
Figure 1.5 Modélisation du fondement et de l'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide (Roy, 2006)	44
Figure 2.1 Plan du devis mixte du projet doctoral (figure adaptée de Ivankova et al., 2006).....	57
Figure 2.2 Modèle logique préliminaire du programme sentinelle adapté de Burnette <i>et al.</i> (2015).....	62
Figure 3.1 Estimated Marginal Mean Scores with 95% CI of Target Outcomes at Pretest, Posttest and Six-Months Follow-Up after GK Training (n = 159)	86
Figure 5.1 Modèle théorique révisé du programme sentinelle adapté de Burnette <i>et al.</i> (2015)	142

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.1 Synthèse des principaux programmes sentinelles.....	17
Tableau 2.1 Instruments utilisés pour la phase 1.....	66
Tableau 3.1 Characteristics of Participants	84
Tableau 3.2 Estimated Marginal Mean Scores for Target Outcomes at Each Time Point (n=159).....	85
Tableau 3.3 Mean Number of Distressed or At-Risk Persons whom Participants (n=78) Helped in the six Months Before and After Training.....	87
Tableau 3.4 Stepwise Logistic Regressions with Helping Behavior as the Dependent Variable at Pretest (n = 158) and Follow-Up (n = 77)	88
Tableau 4.1 Characteristics of Gatekeepers Interviewed	107

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

AQPS	Association québécoise de prévention du suicide
CPS	Centre de prévention du suicide du Québec
CRISE	Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
GK	<i>Gatekeeper</i> (sentinelle)
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
SAMSHA	<i>Substance Abuse and Mental Health Services Administration</i> (Administration des services de santé mentale et d'abus de substances)
TCP	Théorie du comportement planifié

RÉSUMÉ

Contexte. Les programmes sentinelles sont une stratégie de prévention du suicide dans laquelle les membres de la communauté apprennent à identifier les personnes à risque et à les orienter vers l'aide appropriée. Malgré son utilisation répandue, peu d'études ont examiné son impact sur les comportements d'aide et les mécanismes sous-jacents.

Objectifs. Cette recherche poursuit trois objectifs : 1) évaluer l'impact de la formation sentinelle sur les connaissances des participants sur la prévention du suicide et le rôle de sentinelle, les connaissances sur les ressources d'aide, la reconnaissance de l'influence des attitudes, la perception d'efficacité, l'intention d'aider et les comportements d'aide ; 2) déterminer l'association entre les différents effets cibles de la formation et les comportements d'aide des sentinelles ; et 3) explorer les facteurs impliqués dans les comportements d'aide des sentinelles.

Méthodes. Un devis mixte séquentiel explicatif a été employé pour cette étude. Un échantillon de 159 personnes inscrites pour participer à une formation sentinelle offerte par cinq centres de prévention du suicide différents ont été recrutées. Un questionnaire sept jours avant (prétest), sept jours après (posttest) et six mois après la formation (suivi) a été rempli par les participants. Des entrevues semi-structurées ont ensuite été menées avec les 18 sentinelles formées intéressées.

Résultats. *Objectif 1 :* Les connaissances des participants sur la prévention du suicide et le rôle de sentinelle, l'intention d'aider, la perception d'efficacité, les connaissances sur les ressources d'aide, et la reconnaissance de l'influence des attitudes ont augmenté de manière significative après la formation. La plupart des changements ont été maintenus lors du suivi six mois après la formation. *Objectifs 2 :* Un niveau d'éducation plus faible et une intention d'aider plus élevée étaient des prédicteurs significatifs des comportements d'aide au cours des six premiers mois après avoir reçu la formation. *Objectif 3 :* Quatre facteurs clés impliqués dans les comportements d'aide des sentinelles ont été identifiés : l'adéquation et le rôle de la formation pour les activités de sentinelle ; les expériences personnelles des sentinelles ; le soutien disponible dans le milieu ; et les interactions avec les personnes à risque de suicide.

Conclusion. La formation sentinelle québécoise en prévention du suicide semble être efficace pour préparer les participants à leur rôle, mais ne semble pas augmenter les comportements d'aide. Afin de mieux comprendre ce phénomène, il est nécessaire de prendre en considération les facteurs individuels et contextuels impliqués dans les comportements d'aide, comme les opportunités d'interaction dans le milieu et l'expérience personnelle antérieure de la sentinelle.

Mots clés. Sentinelles, prévention, suicide, formation, comportements d'aide, évaluation

ABSTRACT

Context. Gatekeeper programs are a suicide prevention strategy in which community members learn to identify people at risk and refer them to appropriate help. Despite its widespread use, few studies have examined its impact on helping behaviors and the mechanisms involved in such behaviors.

Objectives. This research had three objectives: 1) to assess the impact of gatekeeper training on participants' knowledge of suicide prevention and the gatekeeper role, knowledge of help resources, recognition of the influence of attitudes, perceived self-efficacy, intention to help, and helping behaviors; 2) to determine the association between the different target effects of the training and gatekeepers' helping behaviors; and 3) to explore factors involved in gatekeeper helping behaviors.

Methods. An explanatory sequential mixed-method design was used for this study. A sample of 159 individuals enrolled to participate in gatekeeper training offered by five different suicide prevention centers were recruited. Pretest (seven days before training), posttest (seven days after training), and 6-month follow-up questionnaires were completed by participants. Semi-structured interviews were subsequently conducted with the 18 trained gatekeepers interested in participating.

Results. *Objective 1:* Participants' knowledge of suicide prevention, knowledge of help resources, intentions to help, self-efficacy, knowledge of help resources, and recognition of the influence of attitudes increased significantly after the training. Most changes were maintained at follow-up. *Objective 2:* Lower levels of education and higher intentions to help were significant predictors of helping behaviors in the first six months after receiving the training. *Objective 3:* Four key factors involved in gatekeepers' helping behaviors were identified: adequacy and role of training for gatekeeper activities; personal experiences of gatekeepers; support available in the setting; and interactions with people at risk of suicide.

Conclusions. The Quebec gatekeeper suicide prevention training appears to be effective in preparing participants for their role, but does not appear to increase helping behaviors. In order to better understand this phenomenon, it is necessary to consider the individual and contextual factors involved in helping behavior, such as opportunities for interaction in the setting and the gatekeeper's previous personal experience.

Key words. Gatekeeper, suicide, prevention, training, helping behaviors, evaluation

INTRODUCTION

Les stratégies de prévention du suicide prennent de multiples formes et incluent diverses composantes, dont les programmes sentinelles. Les programmes sentinelles sont des programmes de prévention du suicide dont le but est de former et soutenir des membres de la communauté dans l'identification et la référence d'individus suicidaires. L'implantation de programmes sentinelles est l'une des composantes fortement privilégiées en prévention du suicide (Organisation mondiale de la santé, 2014), et inclus dans la stratégie nationale en prévention du suicide (Gouvernement du Québec, 2022).

Le programme sentinelle québécois comporte ces objectifs, mais se démarque sur plusieurs points importants, comme la formation de réseaux et la présence d'un intervenant désigné. Pourtant, le programme sentinelle québécois n'a fait l'objet d'aucune évaluation auprès de la population générale à ce jour. De plus, dans la littérature scientifique, l'évaluation de ces programmes se limite à l'investigation des effets de la formation sur les compétences et connaissances acquises par les participants sans explorer les effets de la formation sur les changements comportementaux de ceux-ci. Les facteurs contextuels influant sur les comportements d'aide des sentinelles ont également rarement été étudiés, bien que leur impact ait été démontré (Burnette *et al.*, 2015). Les particularités des différents milieux dans lesquels les réseaux sentinelles sont implantés et leurs influences sur la capacité d'agir des sentinelles restent encore inconnues.

Cette thèse par article vise à mieux comprendre les effets des formations sentinelles en prévention du suicide sur les participants. Pour ce faire, trois questions de recherche ont été formulées :

1. Quels sont les effets de la formation sentinelle québécoise sur les connaissances sur la prévention du suicide et le rôle de sentinelle, la reconnaissance de l'influence des attitudes en prévention, l'intention d'aider, la connaissance des services d'aide, et la perception d'efficacité (effets cibles), et les comportements d'aide des sentinelles ?
2. Quels effets cibles de la formation sentinelle sont associés aux comportements d'aide des sentinelles ?

3. Quels sont les différents facteurs qui pourraient avoir un effet sur la capacité des sentinelles à entreprendre des comportements d'aide ?

La présente thèse est composée de cinq chapitres. Le chapitre 1 décrit le sujet par le biais d'un état des connaissances actuelles sur le sujet, expose les limites de la littérature scientifique, et introduit les objectifs de recherche. La recension des écrits est sectionnée selon les champs d'investigation ciblés de l'étude. Le chapitre 2 fait état de la méthodologie employée pour répondre aux objectifs de recherche établis. Nous présentons, dans le chapitre 3, un premier article sur les effets de la formation sentinelle québécoise sur les participants. Le chapitre 4 explore, dans un second article, les facteurs influençant l'expérience des personnes formées en tant que sentinelles. Le chapitre 5 présente une discussion des résultats obtenus dans le cadre de la thèse et une analyse critique des forces et limites du projet de recherche doctoral.

CHAPITRE 1

ÉTAT DES CONNAISSANCES

Le chapitre 1 offre une revue détaillée de la littérature sur le sujet du projet doctoral présenté. Il débute avec une introduction générale sur le suicide, ses facteurs de protection et de risque et les populations à risque. Ensuite, les programmes sentinelles en prévention du suicide, leurs assises théoriques, et les effets des formations sont présentés. Une attention plus particulière est portée sur les caractéristiques individuelles et contextuelles impliquées dans la capacité d’agir des sentinelles avant de présenter le programme sentinelle québécois, son développement et ses particularités. Le chapitre termine avec une brève conclusion, ainsi que les objectifs et questions de recherche du projet doctoral.

1.1 Le suicide

1.1.1 Les statistiques sur le suicide

La suicidalité, terme qui regroupe les pensées suicidaires, les idéations suicidaires, les tentatives de suicide et la mort par suicide, est un phénomène ancien que l’on retrouve encore dans le monde entier. D’après l’Organisation mondiale de la santé (2014), le suicide serait la cause d’approximativement 1,4 % de tous les décès dans le monde, se classant en tant que 15^e cause de mort prématurée. Le suicide est l’une des principales causes de décès dans le monde, avec plus de décès dus au suicide qu’au paludisme, au VIH/sida, au cancer du sein, à la guerre et aux homicides (Organisation mondiale de la santé, 2021).

Au Québec, on aurait enregistré 1 128 suicides en 2019, ce qui représente un taux de 13,3 suicides par 100 000 personnes (Levesque *et al.*, 2022). Pour les années 2017-2019, le suicide représentait 1,7 % de tous les décès ; 2,6 % pour les hommes et 0,8 % pour les femmes (Levesque *et al.*, 2022). De plus, les taux de suicide au Nunavik, en Abitibi-Témiscamingue, en Chaudière-Appalaches et dans la région des Laurentides étaient significativement plus élevés que dans le reste du Québec, alors que ceux de Laval, de Montréal et de la Montérégie étaient significativement inférieurs. Depuis plusieurs années, le taux de suicide pour la région du Nunavik est le plus important de la province, présentant un important écart avec le reste des régions (Levesque *et al.*, 2022). En 2017,

le Québec occupait le cinquième rang des provinces canadiennes ayant le taux de suicide le plus bas, après les provinces de Terre-Neuve-et-Labrador, du Manitoba, de la Saskatchewan, de l'Alberta et de la Nouvelle-Écosse (Levesque *et al.*, 2021). De 2008 à 2018, le taux ajusté d'hospitalisations pour tentative de suicide a augmenté de 34,3 à 48,6 par 100 000 personnes, mais diminue légèrement depuis pour se situer à 41,8 en 2020. L'Institut de la statistique du Québec rapporterait également que 2,8 % de la population québécoise âgée de 15 ans et plus aurait sérieusement songé au suicide au cours des douze derniers mois (Levesque *et al.*, 2019) et que 12 % y auraient songé au moins une fois dans leur vie (Nanhou *et al.*, 2010). De plus, environ 0,4 % de la population âgée de 15 ans et plus aurait tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois (Levesque *et al.*, 2019) et 4,4 % déclarent avoir déjà fait une tentative (Nanhou *et al.*, 2010). Finalement, les données du plus récent cycle de l'Enquête québécoise sur la santé de la population indiquent qu'en 2014-2015, 28 % des Québécois de 15 ans et plus présentaient un niveau élevé de détresse psychologique, une proportion qui diminue avec l'âge (Camirand *et al.*, 2016). Les femmes étaient proportionnellement plus nombreuses que les hommes à présenter au niveau élevé de détresse (33 % des femmes contre 24 % des hommes).

Plus récemment, la pandémie de COVID-19 aurait été associée à une augmentation de la détresse psychologique dans la population générale (Findlay et Arim, 2020 ; Jenkins *et al.*, 2021 ; Zajacova *et al.*, 2020). Néanmoins, le taux de suicide continue de descendre au Québec pendant les années 2020 et 2021 (Levesque *et al.*, 2022), suggérant que la pandémie n'a pas eu d'impact sur le taux de suicide. Le rapport de Levesque *et al.* (2022) à l'INSPQ suggère même que les tendances à la hausse de visite aux urgences pour idéation suicidaires aient été interrompues par la pandémie. Plusieurs auteurs suggèrent que la pandémie, en plus de ses impacts physiques, psychologiques et pratiques, a également été caractérisée par une période de grande solidarité sociale, d'empathie, et de soutien interpersonnel qui aurait pu avoir un effet protecteur (Berardi *et al.*, 2020 ; Igwe *et al.*, 2020 ; Yue et Yang, 2022).

1.1.2 Facteurs de risque et de protection du suicide

De nombreux facteurs de risque et de protection ont été étudiés en suicidologie (voir Figure 1.1). Le modèle écologique du risque de suicide présente une vision globale des différents types de

facteurs qui peuvent contribuer au risque de suicide, incluant les facteurs reliés à l'individu, aux relations, à la communauté, à la société, et au système de santé.

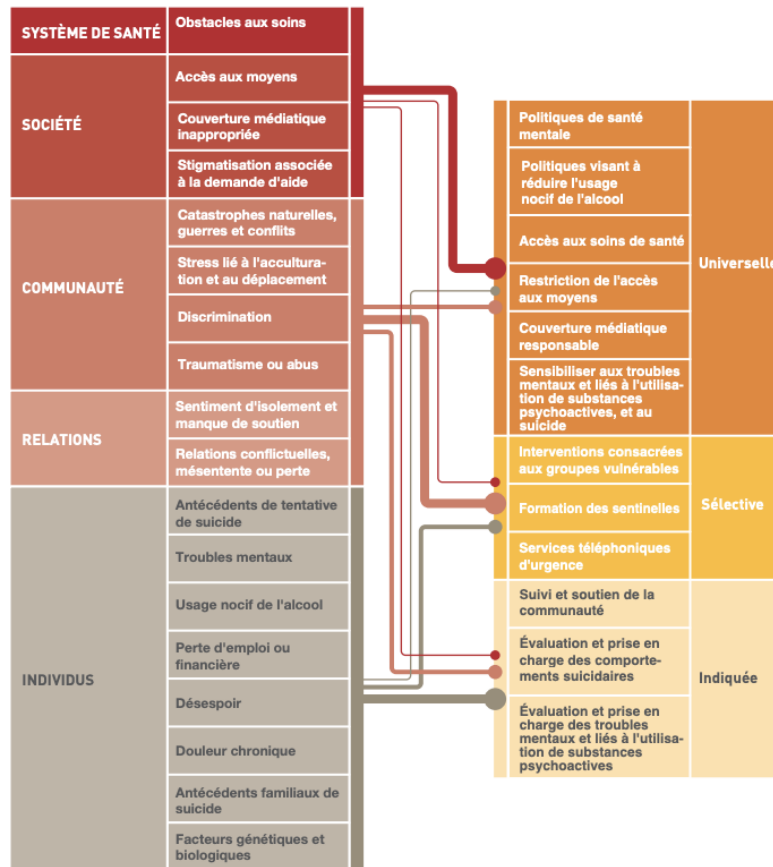


Figure 1.1. Les principaux facteurs de risque du suicide associés aux interventions pertinentes et les stratégies de prévention du suicide associées (Organisation mondiale de la santé, 2014)

1.1.2.1 Individu

Plusieurs études avec de larges cohortes ont démontré de la composante génétique du suicide, incluant des preuves que les suicides et les tentatives de suicide sont transmis générationnellement indépendamment des psychopathologies (Brent, 1996 ; Brent *et al.*, 2004 ; Kim *et al.*, 2005 ; McGirr *et al.*, 2009). Les études basées sur les registres nationaux ainsi que les études sur les jumeaux et l'adoption suggèrent une héritabilité de 30-50 % (Fu *et al.*, 2002 ; Tidemalm *et al.*,

2011), bien qu'une estimation plus précise de 17-36 % est proposée une fois que l'héritabilité des troubles psychiatriques comorbides est contrôlée (Fu *et al.*, 2002). Bien que plusieurs gènes candidats ont été associés aux tentatives de suicide par le biais d'études d'association pangénomique (Turecki *et al.*, 2019), aucun gène ou groupe de gènes n'a été identifié comme à l'origine de l'idéation suicidaire, des tentatives de suicide ou du suicide (Lutz *et al.*, 2017).

La maladie mentale est un important antécédent du suicide. En effet, il est estimé que presque 90 % des personnes qui se suicident vivent avec un trouble de santé mentale en Amérique du Nord, alors que cette estimation tourne autour de 30-70 % en Asie (Arsenault-Lapierre *et al.*, 2004 ; Lin et Zhang, 2017 ; Phillips *et al.*, 2002 ; Vijayakumar, 2005 ; Zhang *et al.*, 2010). Les diagnostics psychiatriques les plus fréquents chez les personnes qui se suicident sont le trouble dépressif majeur, le trouble bipolaire, les troubles liés à la consommation de substances et la schizophrénie (Arsenault-Lapierre *et al.*, 2004). De plus, une étude transnationale a démontré que les troubles caractérisés par l'anxiété et un mauvais contrôle des impulsions sont fortement associés au passage de l'idéation suicidaire à la tentative de suicide (Nock *et al.*, 2009). L'usage de substances est présent chez une grande partie des personnes qui se suicident, l'abus d'alcool étant observé chez jusqu'à 40 % d'entre elles et l'usage de substances illicites chez jusqu'à 25 % (Dumais *et al.*, 2005). Selon Borges et collègues (2017), les personnes qui ont fait une tentative de suicide ont près de sept fois plus de chance d'avoir consommé de l'alcool comparativement à une population témoin, et la moitié des personnes qui décèdent par suicide au Québec ont consommé de l'alcool (Desjardins, 1996 ; Zouk *et al.*, 2006). Finalement, les personnes ayant déjà fait une tentative de suicide sont à risque élevé de faire une nouvelle tentative de suicide dans l'avenir (Beghi et Rosenbaum, 2010 ; Bostwick *et al.*, 2016). Cela s'explique en partie par le fait que les facteurs de risque et de protection réunis ainsi que les circonstances de la personne à la première tentative sont très probablement encore présents par la suite (Mishara, s. d.).

1.1.2.2 Relations et communauté

Les communautés dans lesquelles les individus évoluent jouent un rôle crucial dans la détermination des facteurs de risque associés au suicide. Divers éléments d'ordre culturel, religieux et historique influencent la perception, le statut et la compréhension du suicide. De plus, les liens étroits d'une personne avec sa famille, ses amis proches et d'autres individus significatifs peuvent

également exercer une influence marquante sur ses tendances suicidaires. La discrimination, par exemple, est associée à différents impacts stressants tels que la perte de liberté, le rejet, la stigmatisation et la violence qui peuvent évoquer un comportement suicidaire. Le lien a été établi entre discrimination et suicidalité dans plusieurs groupes, incluant les personnes issues de la diversité sexuelle et de genre (Haas *et al.*, 2011 ; Sutter et Perrin, 2016), les personnes réfugiées, immigrantes ou demandeuses d’asile (Amiri, 2022 ; Fazel *et al.*, 2011 ; Szaflarski et Bauldry, 2019), et les personnes incarcérées ou détenues (Kalt *et al.*, 2013 ; Smith et Udo, 2022).

L’adversité au début de la vie (c.-à-d. ; la négligence, l’abus physique ou sexuel durant l’enfance) a été fortement associée aux comportements suicidaires plus tard dans la vie (Brezo *et al.*, 2010 ; Caspi *et al.*, 2003 ; Mishara et Cardinal, 2015 ; Turecki, 2014). Certains chercheurs proposent que cette association soit expliquée par la plus grande susceptibilité de développer un trouble de santé mentale suite à une adversité à l’enfance (Labonte et Turecki, 2010 ; Wanner *et al.*, 2012). De récentes preuves soutiennent la possibilité que des mécanismes épigénétiques, des altérations des mécanismes épigénétiques contrôlant l’expression des gènes dus à des comportements ou à l’environnement, puissent être impliqués. En effet, l’adversité sévère à l’enfance pourrait modifier l’expression de certains gènes des systèmes sérotonergique et GABAergique (Labonte et Turecki, 2010 ; Melas *et al.*, 2013), également associés à certains troubles de santé mentale et aux comportements suicidaires (Labonte et Turecki, 2010 ; Turecki *et al.*, 2019).

Le soutien social est l’un des plus puissants facteurs de protection contre le suicide (Kleiman et Liu, 2013), particulièrement chez les personnes possédant plusieurs facteurs de risque (Organisation mondiale de la santé, 2014) et chez les hommes (Zadravec Šedivy *et al.*, 2017). Les personnes qui disent avoir un confident ont moins d’idéations suicidaires par rapport à ceux qui n’en ont pas, par exemple. Certaines études (Hirsch et Barton, 2011 ; Hirsch et Ellis, 1995) suggèrent que le soutien social fonctionne comme un tampon contre le suicide puisqu’il offre une protection contre le suicide. Celui-ci inclut le soutien tangible, émotionnel, et informatif qui peut être disponible dans le cadre d’une personne à risque de suicide. Cela peut se traduire de plusieurs façons, par exemple, inviter la personne pour un café, fournir le numéro de téléphone d’un centre de crise lors d’un moment de détresse, ou offrir de l’empathie et de l’affection.

1.1.2.3 Société et système de soins

Le rapport de l'Organisation mondiale de la santé (2014) souligne également l'importance de certains facteurs liés au système de santé, aux sociétés, à la communauté et aux relations interpersonnelles en prévention du suicide. La couverture médiatique sensationnaliste des suicides, par exemple, provoque une hausse immédiate de la suicidalité dans la population (Ju Ji *et al.*, 2014 ; Suh *et al.*, 2015). L'accessibilité des services en santé mentale (Campo, 2009 ; Lang, 2013) est également un facteur de protection assez considérable. Puisque la comorbidité de troubles mentaux accroît de façon significative le risque de suicide, l'accessibilité des soins de santé est primordiale pour réduire ce risque (Cho *et al.*, 2013). De plus, la stigmatisation associée à la demande d'aide a également été relevée comme étant un facteur de risque du suicide, puisqu'elle réduit les chances que les personnes reçoivent l'aide dont elles ont besoin (Reynders *et al.*, 2014). La stigmatisation est également l'une des principales raisons de la résistance au changement et à la mise en œuvre de programmes de prévention du suicide (Organisation mondiale de la santé, 2014), il est donc nécessaire d'y faire face.

1.1.3 Les groupes et communautés à risque

Depuis longtemps, la littérature rapporte que les hommes, peu importe l'âge, sont particulièrement à risque de décéder par suicide. Ils présentent des taux de suicide supérieurs aux femmes dans presque tous les pays du monde (Organisation mondiale de la santé, 2014). Par contre, les femmes présentent un risque plus important de tentative de suicide. Les facteurs de risque de suicide plus spécifiques aux hommes incluent le trouble d'utilisation de substance, les troubles d'extériorisation et l'accès aux moyens (Miranda-Mendizabal *et al.*, 2019). Plusieurs experts proposent que ces facteurs expliquent le paradoxe de genre entre les tentatives de suicide et les décès par suicide. Par exemple, en utilisant des moyens plus létaux que les femmes, les hommes ont moins de chance de pouvoir être secourus à temps ou de souffrir de blessures non mortelles (Callanan et Davis, 2010). De plus, la relation complexe entre la demande d'aide et les normes de genre complique le soutien et la prise en charge des hommes à risque (Oliffe *et al.*, 2020 ; Mahalik *et al.*, 2003). En effet, les normes de genre de masculinité telles que l'indépendance, l'autonomie, la force sont souvent pointées du doigt pour expliquer les différences de genre dans l'utilisation des services de soutien en santé mentale. La littérature scientifique dépeint souvent les hommes comme ne privilégiant pas nécessairement le soutien professionnel et interpersonnel (p. ex. Lynch *et al.*, 2018), alors que

certaines études récentes suggèrent une réalité plus complexe (p. ex. Wilson *et al.*, 2022 ; Montiel *et al.*, 2023). Les experts en santé mentale des hommes s'entendent pour dire que les soins et services offerts aux hommes doivent mieux répondre à leurs particularités, besoins, et préférences spécifiques (Kiselica *et al.*, 2010 ; Mahalik *et al.*, 2003 ; Tremblay *et al.*, 2016 ; Seidler *et al.*, 2017).

Les personnes issues de la diversité sexuelle et de genre présentent également un risque plus élevé que la population générale. Les personnes s'identifiant comme gais, lesbiennes et bisexuelles sont six fois plus susceptibles de faire une tentative de suicide au cours de leur vie (Haas *et al.*, 2011). De plus, 41 % des personnes qui s'identifient comme transgenres déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie (Haas *et al.*, 2015). Dans une étude récente auprès d'adolescents transgenres, 51,6 % rapportaient un comportement d'automutilation dans la dernière année (Taliaferro *et al.*, 2019). Les personnes issues de la diversité sexuelle et de genre présentent également des symptômes de dépression et d'anxiété particulièrement élevés (Ferlatte *et al.*, 2019 ; Borgogna *et al.*, 2020) et sont surreprésentées au sein de la population des jeunes en situation d'itinérance (Ecker *et al.*, 2017). Les facteurs de risque de suicide qui touchent spécifiquement les personnes issues de la diversité sexuelle et de genre sont le résultat de la discrimination et des préjugés auxquels elles peuvent faire face. Par exemple, 61 % des jeunes de 14 à 22 ans ayant participé à l'enquête sur les Parcours amoureux des jeunes LGBTQ ont déclaré avoir subi au moins une forme d'intimidation hétérocisnormative (Blais *et al.*, 2014). D'autres stressors incluent également les normes anti-LGBTQIA+ intériorisées et la dissimulation de son identité par peur de rejet et de violence (Meyer *et al.*, 2003). Peu de facteurs de protection ont été étudiés auprès de cette population. Par contre, on sait que le soutien social et l'inclusivité du milieu sont des éléments positifs importants (Gorse, 2020), et que les membres de cette communauté sont intéressés à renforcer leurs compétences pour soutenir un pair à risque de suicide (Ferlatte *et al.*, 2020). Cela soutient donc la pertinence, entre autres, de développer des interventions ciblées et spécifiques qui misent sur le soutien des pairs.

Au Canada, les personnes autochtones font partie des communautés les plus touchées par le suicide. Les Premières Nations ont un taux de suicide ajusté pour l'âge de 24,3 pour 100 000 années-personnes à risque, ce qui est trois fois plus que le taux de suicide observé de 8,0 auprès de la population non autochtone (Kumar et Tjepkema, 2019). En fait, le suicide est l'une des principales causes de décès chez les enfants et les jeunes dans les régions comptant un fort pourcentage de

Premières Nations ainsi que dans l'Inuit Nunangat (Peters *et al.*, 2013 ; Oliver *et al.*, 2012). Les impacts historiques et contemporains de la colonisation ont été bien documentés et incluent l'enlèvement des enfants autochtones à leur famille et à leur communauté, le placement forcé des enfants autochtones dans des pensionnats, et la relocalisation forcée des communautés (Kumar et Tjepkema, 2019). Ces événements ont entraîné l'éclatement des familles, des communautés et des structures politiques et économiques, la perte de la langue, de la culture et des traditions, l'exposition aux abus, la transmission intergénérationnelle des traumatismes et la marginalisation, des facteurs associés aux taux élevés de suicide (Elias *et al.*, 2012 ; Inuit Tapiriit Kanatami, 2016). De plus, la discrimination, le racisme et la violence envers ces communautés perdurent dans la société canadienne et ses institutions (Colleen *et al.*, 2020 ; Spence *et al.*, 2016 ; McQuaid *et al.*, 2015). Les Premières Nations du Canada vivent d'importantes iniquités en termes de conditions sociales et économiques, avec une plus faible espérance de vie, un revenu médian et un niveau d'éducation moins élevés, une plus grande insécurité alimentaire, et un accès moindre à un médecin, entre autres (Inuit Tapiriit Kanatami, 2016).

Les personnes occupant certaines professions sont plus à risque de suicide que le reste de la population. Cela comprend par exemple les professions de la santé, incluant la santé vétérinaire. Aux États-Unis, le risque de suicide est notamment plus élevé chez les infirmières, les techniciens de la santé et les aides-soignants que chez les autres travailleurs de la santé (Olfson *et al.*, 2023). Certaines spécialités médicales peuvent également présenter un risque plus élevé, comme les anesthésistes, les psychiatres, les médecins généralistes et les chirurgiens généralistes (Dutheil *et al.*, 2019). Le stress occupationnel et l'accès à des moyens létaux font partie des principaux facteurs associés au suicide dans ces professions (Sullivan et Germain, 2019 ; Fink-Miller et Nestler, 2018). Des taux de suicide élevés sont également retrouvés chez les policiers, bien que cela varie de façon importante entre forces de police, régions et pays (Loo, 2003). Au Québec, le taux de suicide des hommes policiers était équivalent au taux standardisé pour les hommes dans la population générale (Charbonneau, 2000). Par contre, Milner et collègues (2017) rapportaient que les taux de suicide chez les employés des services de protection et d'urgence en Australie, qui comprennent la police, les forces armées et les services d'ambulance et d'incendie, étaient significativement plus élevés que les taux correspondants dans la population générale. Les taux plus élevés auprès de ces professions ont également été expliqués par le stress occupationnel élevé et l'accès à des moyens

létaux (Skegg *et al.*, 2010). Chez les policiers, la présence de stress post-traumatique lié à des situations dangereuses et le décès d'un collègue, l'insatisfaction au travail et l'absence de relations amoureuses stables sont aussi mentionnés comme étant des facteurs de risques importants (Krishnan *et al.*, 2022). Au Québec, la santé mentale des agriculteurs est un enjeu qui est régulièrement discuté dans les médias. Les agriculteurs rapportent plus d'isolement social, de détresse psychologique et d'idées suicidaires que la population générale. Ils font aussi moins appel aux services d'aide disponibles (Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation, 2023). Une étude auprès de 1 338 producteurs agricoles avait rapporté que 74 % des producteurs agricoles québécois se sentaient régulièrement stressés (Lafleur et Allard, 2006). Un stress accru, une mauvaise santé physique, et une situation financière difficile figuraient parmi les principaux prédictors du suicide relevés par une revue systématique de la littérature (Reed *et al.*, 2020).

La recension des groupes et communautés à risque ne prétend pas être exhaustive, et ne peut capturer la diversité et la variabilité du phénomène à travers les nombreuses régions géographiques, cultures, et sociétés de ce monde. La présentation des groupes à risque, des facteurs de risque et leur interinfluence illustre bien la complexité de la problématique du suicide (Vachon, 2017). Celle-ci apporte tout de même une perspective importante pour mettre en contexte le sujet de la thèse. En effet, les avancées scientifiques en suicidologie ont donné naissance à de nombreux programmes et de nombreuses stratégies de prévention du suicide pertinents en matière de facteurs de risque et de protection auprès de différentes populations, dont les programmes sentinelles.

1.1.4 La prévention du suicide

Les connaissances sur les comportements suicidaires ont grandement augmenté dans les récentes décennies, et une approche écologique incluant les facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, environnementaux et culturels est maintenant privilégiée (Organisation mondiale de la santé, 2014). Les acteurs en prévention du suicide s'appuient également sur les recherches sur les facteurs de risque et de protection pour mettre en place des stratégies de prévention du suicide complètes avec plusieurs composantes (voir Figure 1.1). Certains cadres de prévention en santé publique, dont celui utilisé par l'Organisation mondiale de la santé (2004) en prévention, catégorisent ces stratégies en trois approches : universelles, sélectives, et indiquées (Committee on Prevention of Mental Disorders *et al.*, 1994).

La prévention universelle vise la population générale ou certains groupes sans tenir compte des risques individuels. L'objectif de ce type de prévention est de mettre en place des conditions favorables, et d'outiller la population en fournissant des informations et des compétences pour mieux faire face aux diverses difficultés qui pourraient être rencontrées, et ainsi réduire l'incidence de suicidalité. Les stratégies de réduction d'accès aux moyens, de politiques en santé mentale, de directives en matière de médiatisation de suicides, d'accès aux services de santé, et de sensibilisation à certains enjeux psychosociaux sont des exemples de stratégies de prévention du suicide universelles (OMS, 2014).

La prévention sélective vise les individus qui présentent un ou plusieurs des facteurs de risque au suicide. Ces groupes à risque sont identifiés sur la base de facteurs de risque biologiques, psychologiques, sociaux ou environnementaux associés au suicide. La prévention sélective concerne l'ensemble du groupe cible, car celui-ci est plus à risque que la population générale. Les initiatives de prévention au niveau sélectif comprennent les programmes de dépistage pour identifier et évaluer les groupes à risque, les services de formation, de consultation et d'éducation, les formations de soutien/compétences et les ressources de références (Pellmar *et al.*, 2002). Selon ces critères, la formation d'individus à l'identification de personnes à risque de suicide et leur référence vers des ressources d'aide feraient partie des stratégies sélectives de prévention du suicide (Organisation mondiale de la santé, 2004).

La prévention indiquée vise les personnes ayant déjà manifesté un ou des comportements associés au suicide (p. ex. exprime le désir de mourir). Les stratégies de prévention indiquée sont centrées sur l'individu, et sont conçues et dispensées en groupe ou individuellement pour réduire les facteurs de risque et augmenter les facteurs de protection (Pellmar *et al.*, 2002). À ce niveau, les stratégies incluent la psychothérapie et la pharmacothérapie, et des visites de suivi après une décharge de l'hôpital, par exemple (Organisation mondiale de la santé, 2014).

1.2 Les programmes sentinelles

1.2.1 Les assises théoriques des programmes sentinelles

Les programmes sentinelles sont des programmes de prévention du suicide dont le but est de former et de soutenir des membres de la communauté dans l'identification d'individus suicidaires et la

référence des personnes identifiées aux ressources d'aide appropriées (Gould et Kramer, 2001 ; Holmes *et al.*, 2019). Ils sont un bon exemple de programme de prévention du suicide de niveau communautaire et font partie des « programmes d'éducation », une des cinq grandes catégories d'interventions basées sur les données probantes (« *evidence-based* ») en prévention du suicide (Mann *et al.*, 2005). Les Nations Unies (1996), ainsi que de nombreux articles de synthèse de la littérature sur les programmes de prévention du suicide (Beautrais *et al.*, 2007 ; Gould et Kramer, 2001 ; Mann *et al.*, 2005), recommandent que la formation de sentinelles soit incluse dans la mise en œuvre de stratégies de prévention du suicide.

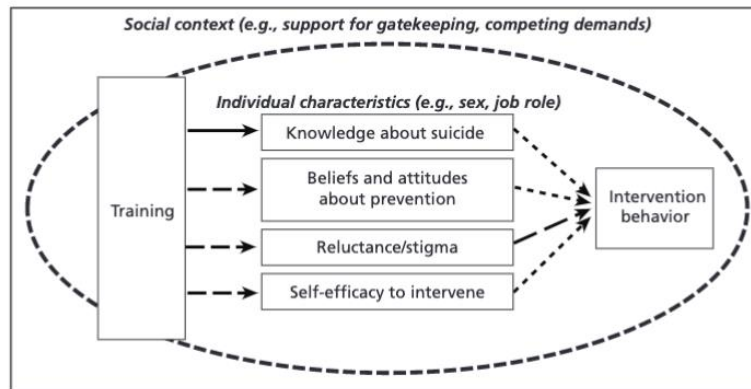
Les fondements des programmes sentinelles reposent sur les recherches appuyant la possibilité que les personnes suicidaires présentent des signes visibles et/ou mentionnent leurs problèmes à leurs pairs, mais que ceux-ci ne soient pas formés pour reconnaître ces signes et intervenir (Drum *et al.*, 2009 ; Rallis, 2016). Chez les jeunes, une importante réticence serait également présente à l'égard de la demande d'aide auprès d'adultes (Pisani *et al.*, 2012) et à l'autoréférence aux services de santé (Wu *et al.*, 2010). La logique théorique sous-tend que la formation de non-professionnels à la détection de signes suicidaires, l'exploration du risque et la redirection vers des ressources d'aide appropriées permettrait de prévenir des tentatives de suicide (Quinnett, 2007).

Néanmoins, il est important de souligner que certains programmes sentinelles, comme le programme ASIST, se basent sur la philosophie de Snyder (1971), et enseignent un « modèle d'intervention en cas de suicide » qui n'implique pas nécessairement une référence directe vers des services professionnels d'aide. Ce modèle suggère que la référence ou l'accompagnement vers une ressource n'est peut-être pas la meilleure solution, ou même une solution possible, pour la personne à risque. Par conséquent, ASIST proposait de se concentrer sur la qualité de l'interaction entre la sentinelle et la personne à risque, et sur la façon dont cette interaction peut réduire le risque en créant un plan de sécurité qui connecte la personne avec une variété de ressources communautaires, y compris, si cela est indiqué, des services de santé mentale. Maintenant, ASIST encourage tout de même les références vers les services d'aide.

Certaines théories de la motivation ont été utilisées pour expliquer les comportements d'aide des sentinelles. La théorie de l'action raisonnée (Fishbein et Ajzen, 1975) postule que les croyances comportementales et les normes subjectives sont les précurseurs de l'intention comportementale,

qui est le précédent direct du comportement. Les croyances comportementales (préparation, potentiel) seraient théoriquement à la base de l'attitude d'un individu à l'égard de l'exécution d'un comportement, ou de la susceptibilité d'une personne à s'engager dans un comportement. La théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991, 2011) élargit cette théorie en incluant le contrôle comportemental perçu, pour prendre en considérant les situations dans lesquels une personne a l'intention d'adopter le comportement, mais où le comportement réel peut être freiné pour des raisons subjectives et objectives. Cette théorie soutient donc que l'attitude, les normes subjectives et le contrôle comportemental perçu façonnent ensemble les intentions comportementales d'un individu. En retour, un principe de cette théorie est que l'intention comportementale est le déterminant le plus proche du comportement social humain. Ces éléments font partie des compétences minimales en matière de formation sentinelle proposées par Hawgood et collègues (2021) et sont incluses comme effets visés dans la majorité des évaluations des programmes sentinelles.

Guidés par une revue des programmes sentinelles existants, Burnette et collègues (2015) ont proposé un modèle conceptuel qui décrit les processus entre la formation et les comportements d'aide des sentinelles. Le modèle tient également compte des facteurs individuels et environnementaux qui peuvent entraver ou améliorer l'efficacité de ces formations ou des comportements d'intervention. Le modèle est cohérent à la théorie sociale cognitive de Bandura, qui postule que les interactions entre les facteurs environnementaux et personnels influencent l'apprentissage de nouveaux comportements (Bandura, 2001). Dans ce modèle, les effets cibles de la formation ayant un impact sur les comportements d'aide incluent les connaissances sur le suicide, les croyances et attitudes face à la prévention, la réticence/le stigma et la perception d'efficacité à intervenir (Figure 1.2).



SOURCE: Based on Bandura, 2001.
 NOTE: The weights of the arrows signify the strength of the research evidence. The solid arrows indicate that substantial evidence exists for the relationship, dashed arrows represent some or mixed evidence, and dotted arrows indicate that these relationships have not been studied in the existing literature.

RAND RR1002-1

Figure 1.2. Facteurs affectant les comportements d'aide se basant sur une revue de la littérature scientifique (Burnette *et al.*, 2015)

Wyman et collègues (2008) ont également avancé deux différents modèles de formation sentinelle concernant plus particulièrement les comportements d'aide : le modèle sentinelle de surveillance (Brown *et al.*, 2006) et le modèle sentinelle de communication. Le modèle sentinelle de surveillance postule qu'une connaissance accrue des facteurs de risque et de l'évaluation du risque est suffisante pour que tous les adultes puissent identifier et référer les élèves. Le modèle de communication affirme que l'augmentation d'identification et de référence des élèves ne se produira que pour un sous-groupe d'adultes qui interagissent déjà régulièrement avec la population identifiée à risque. Ces modèles sont peu souvent repris dans les évaluations de programmes sentinelles.

1.2.2 Les différents types de programmes sentinelles

Il existe plus de 40 programmes sentinelles recensés par Wilcox et Wyman (2016). Le Tableau 1.1 présente une synthèse des principaux programmes sentinelles discutés dans cette section. Isaac et al. (2009) rapporte que le premier rapport publié sur une formation sentinelle date de 1971, dans le *Bulletin of Suicidology* (Snyder, 1971). La première initiative visant à développer et implanter un programme de sentinelles au Canada a été lancée par un groupe de travail bénévole de l'Association

canadienne pour la santé mentale avec un comité consultatif du gouvernement provincial de l'Alberta au début des années 1980 (Ramsay *et al.*, 1990). Depuis, de nombreux programmes sentinelles ont été développés, incluant le *Question, Persuade and Respond* (QPR), *Ask about Suicide to Save a Life* (ASK), *safeTALK*, et le *Applied Suicide Intervention Skills Training* (ASIST),

En général, la durée de la formation fluctue entre quelques heures et quelques jours, bien que la majorité d'entre elles durent deux jours complets (Burnette *et al.*, 2015 ; Holmes *et al.*, 2019 ; Mann *et al.*, 2005). Le contenu de la formation est varié et est censé être adapté à la population desservie, bien que certains éléments sont jugés essentiels ; l'abord des attitudes personnelles à l'égard du suicide et leurs impacts sur le processus d'aide, le développement de connaissances et d'habiletés à identifier une personne suicidaire, la présentation d'un modèle efficace de prévention du suicide, des simulations et observations, de l'information sur les ressources d'aide locales et la façon de communiquer avec ces ressources (Isaac *et al.*, 2009). Ramsey et collègues (1990) décrivent deux groupes de personnes formées comme sentinelles : 1) le groupe « désigné » est les personnes qui sont formées et désignées comme des professionnels d'aide (p. ex. domaines de la médecine, du travail social, des soins infirmiers et de la psychologie) ; et le groupe « émergent » est les membres de la communauté qui n'ont peut-être pas été formellement formés pour intervenir auprès d'une personne présentant un risque de suicide, mais qui apparaissent comme des sentinelles potentielles. Le terme sentinelle « naturelle » est également retrouvée dans la littérature (p. ex. Matthieu *et al.*, 2009 ; Robinson-Link *et al.*, 2020) pour désigner les sentinelles non professionnelles.

Programme	Modalités	Effets cibles	Preuves scientifiques
<i>Question, Persuade and Refer</i> (QPR)	• Durée d'une à deux heures • En personne ou en ligne (modules) • Formation adaptée au contexte • Sentinelles désignées et émergentes formées	• Pas explicités, mais les études incluent généralement les connaissances en matière de prévention du suicide, les perceptions de connaissances, les attitudes, la perception d'efficacité, et les comportements (questionnement, persuasion et orientation vers les ressources appropriées)	• Nombreuses, incluant plusieurs essais randomisés contrôlés

<i>Ask about Suicide to Save a Life (ASK)</i>	• Durée d'une heure et demie à quatre heures • En personne • Formation adaptée au contexte • Personnel scolaire généralement formé	• Connaissance du suicide et des techniques de base d'intervention en cas de suicide. • Confiance pour demander et répondre à une personne en crise suicidaire. • Connaissance des moyens appropriés d'orienter une personne en crise suicidaire vers un professionnel de la santé mentale. • Connaissance de la façon de soutenir à la suite d'un suicide. • Ajout du National Suicide Prevention Lifeline à son téléphone cellulaire et connaissance de la façon d'accéder aux lignes de crise locales • Écoute active, sécurisation des moyens létaux, référence aux ressources d'aide	• Limitées, incluant au moins un essai randomisé contrôlé
<i>SafeTALK</i>	• Durée d'une demi-journée • En personne • Formation adaptée au contexte • Sentinelles désignées et émergentes formées	• Connaissances objectives, volonté d'aider, ouverture à offrir de l'aide, confiance dans la capacité d'aider, identification des ressources d'aide, et les comportements (aider à faire des connexions sécuritaires)	• Limitées
<i>Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST)</i>	• Durée de 14 heures sur deux jours • En personne • Formation adaptée au contexte • Sentinelles désignées et émergentes formées	• Connaissances objectives et subjectives, perception d'efficacité, attitudes/reconnaissance des attitudes, préparation à intervenir, compétences d'intervention • Connecter (explorer les invitations, questionner sur le suicide), comprendre (écouter les raisons de mourir et de vivre, examiner les risques), et soutenir (développer un plan de sécurité, faire un suivi sur les engagements)	• Nombreuses, incluant plusieurs essais randomisés contrôlés

Tableau 1.1 Synthèse des principaux programmes sentinelles

Le programme QPR du *QPR Institute* est un programme créé en 1995 par Paul Quinnett (Quinnett, 2007). En date de 2009, le QPR Institute (s. d.) estime qu'environ un million d'Américains auraient reçu la formation. D'une durée d'une à deux heures, il est conçu pour enseigner à des groupes désignés et émergents les signes avant-coureurs d'une crise suicidaire et la manière appropriée d'y répondre. Le processus d'aide suit trois étapes : 1) questionner le désir ou l'intention de la personne concernant le suicide ; 2) persuader la personne de chercher et d'accepter de l'aide ; et 3) orienter la personne vers les ressources d'aide appropriées. Quinnett (2007) précise que les sentinelles ne

sont pas formées pour faire une évaluation du risque suicidaire, mais plutôt pour clarifier un potentiel signe de risque suicidaire identifié, écouter les difficultés vécues et essayer d'amener cette personne vers un professionnel. La formation est dispensée en personne ou en ligne par des instructeurs certifiés ayant reçu une formation de huit heures incluant dix modules couvrant les connaissances actuelles, la théorie, l'exécution du programme et le contenu, les méthodes d'enseignement et la réponse aux questions des participants (Quinnett, 2007). Les sentinelles reçoivent un manuel et une carte de portefeuille comme aide-mémoire, incluant les ressources d'aide locales (QPR Institute, s. d.). Bien que la base de la formation QPR soit la même pour tous les milieux, le contenu peut être adapté pour des publics ou des populations spécifiques. Des modules d'apprentissage supplémentaires sur des sujets spécifiques seraient également disponibles pour compléter le contenu de base (Suicide Prevention Resource Center, 2012), mais aucune information sur ceux-ci n'est disponible.

Le programme AS+K, ASK ou A.S.K, du *Mental Health America of Texas* est un atelier de une heure et demie à quatre heures pour les adultes (généralement le personnel scolaire) qui interagissent avec des jeunes ou des adultes présentant un risque de suicide. Il donne aux participants un aperçu de l'épidémiologie du suicide, y compris les facteurs de risque et de protection. Dans ce cours, les participants sont formés à reconnaître les signes de risque suicidaires, les comportements et caractéristiques qui pourraient indiquer un risque élevé de comportement suicidaire, et les étapes initiales d'intervention pour soutenir une personne identifiée comme étant à risque de suicide (Texas Suicide Prevention Collaborative, s. d.). Les objectifs du programme sont les suivants (Suicide Prevention Resource Center, 2013) :

- Une meilleure connaissance du suicide.
- Une meilleure connaissance des techniques de base d'intervention en cas de suicide.
- Une augmentation de la confiance pour demander et répondre à une personne en crise suicidaire.
- Une meilleure connaissance des moyens appropriés d'orienter une personne en crise suicidaire vers un professionnel de la santé mentale.
- Une connaissance accrue de la façon de soutenir à la suite d'un suicide.

- Démontrer que le *National Suicide Prevention Lifeline* a été ajouté à son téléphone cellulaire et d'une connaissance de la façon d'accéder aux lignes de crise locales.

Les participants sont formés à répondre à une personne exprimant une communication suicidaire directe en demandant des soins d'urgence, recueillir davantage d'informations sur le risque d'une personne, et prendre des mesures conformes à ce risque s'ils évaluent que la personne ne présente pas de risque imminent. Cela inclut l'écoute active, la sécurisation des moyens létaux, et la référence aux ressources d'aide (Hill *et al.*, 2023). Par le biais de jeux de rôle, les participants s'exercent à interroger les autres participants sur leurs pensées, sentiments et intentions suicidaires. Dans les ateliers plus longs, les participants reçoivent des informations sur les lois relatives au suicide et sont formés pour accéder à des informations en ligne sur les meilleures pratiques en matière de prévention du suicide. La durée de la formation dépend alors des modules de formation utilisés (Suicide Prevention Resource Center, 2013).

La compagnie canadienne *LivingWorks* propose plusieurs programmes en prévention du suicide de type sentinelle qui sont déployés et évalués de façon importante à travers le monde (LivingWorks, s. d.). Son programme safeTALK est composé d'une formation en personne d'une demi-journée permettant d'apprendre à reconnaître quand une personne a besoin d'aide, à parler avec elle pour mieux comprendre sa situation et à la mettre en contact avec les ressources dont elle a besoin pour garantir sa sécurité (*keep safe*). Il comprend des présentations, des vidéos, des discussions et des questions conçues pour aider les participants à (a) reconnaître les signes avant-coureurs du suicide ; (b) surmonter les tendances courantes à manquer, rejeter et éviter un potentiel suicide ; (c) remarquer et répondre aux situations dans lesquelles des pensées suicidaires pourraient être présentes, appliquer les étapes de base TALK (Tell, Ask, Listen, and KeepSafe) ; et (d) mettre la personne suicidaire en contact avec l'aide de première urgence en cas de suicide et d'autres ressources de la communauté (Kinchin *et al.*, 2020).

Le programme START est un programme de formation en ligne d'une heure pour les personnes âgées de 13 ans et plus permettant d'apprendre à reconnaître les signes du suicide et de développer les compétences nécessaires pour mettre une personne à risque en contact avec de l'aide et du soutien (LivingWorks, s. d.). Il a été développé durant la pandémie de COVID-19 pour pallier à la suspension du programme safeTALK. Il avait été décidé que safeTALK ne pouvait pas être diffusé

en ligne en raison de l'impossibilité de garantir la sécurité, des limites des éléments interactifs et de l'impossibilité de distribuer efficacement les documents et les formulaires de retour d'information. START est conforme aux critères Tier III du *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA) américain en matière de formations basées sur les données probantes. La formation asynchrone est dispensée par le biais d'un logiciel d'apprentissage et est constituée de vidéos et de matériel de formation sous forme de texte (McKay *et al.*, 2022). Elle peut être suivie au rythme déterminé par les participants, qui peuvent se déconnecter de la formation et y revenir lorsqu'ils le souhaitent (Fernandes et Hanson, 2021). Une séance synchrone de suivi est également prévue avec chaque participant (individuellement ou en groupe) afin de contextualiser la formation et de fournir des ressources spécifiques au contexte local. Cette séance de suivi a également été mise en place pour encourager les participants à finir la formation et pour s'assurer qu'un soutien additionnel est apporté aux participants si nécessaire (Fernandes et Hanson, 2021).

Développé dans les années 1980, le programme ASIST est le plus important programme de prévention du suicide de la compagnie *LivingWorks*. Bien qu'il ne soit pas officiellement un programme sentinelle et partage davantage les caractéristiques d'une formation d'intervention, il est souvent nommé comme programme sentinelle dans ses évaluations (p. ex. Condron *et al.*, 2018 ; Evans et Price, 2013 ; Sareen *et al.*, 2013). Il consiste en un atelier basé sur les compétences de 14 heures divisé en deux jours dont l'objectif est d'enseigner aux participants à établir des liens avec les personnes à risque de suicide, à les comprendre et à les soutenir (LivingWorks, s. d.). En date de 2010, près d'un million de personnes dans 22 pays ont été formées avec le programme ASIST depuis son développement (Rodgers, 2010). Alors que la plupart des modèles de formation des sentinelles enseignent un processus d'aide en trois étapes d'identification, d'intervention et d'orientation, ce modèle met l'accent sur la relation entre la sentinelle et la personne à risque et les façons dont cette interaction puisse réduire le risque suicidaire par le développement d'un plan de sécurité connectant la personne à une variété de ressources communautaires (incluant des ressources d'aide). Les trois étapes du processus d'aide d'ASIST sont donc davantage de connecter (explorer les invitations, questionner sur le suicide), comprendre (écouter les raisons de mourir et de vivre, examiner les risques), et soutenir (développer un plan de sécurité, faire un suivi sur les engagements ; Rodgers, 2010). L'atelier est standardisé et déployé dans divers milieux par des

formateurs ayant complété un cours de cinq jours sur le programme. Il inclut des présentations théoriques, des discussions, et des vidéos. Bien que l'accent était initialement mis sur l'amélioration des attitudes des participants, le programme se concentre maintenant sur la reconnaissance de l'influence des attitudes personnelles et sociétales à l'égard de l'intervention en cas de risque suicidaire. De multiples simulations sont proposées pour affiner les compétences d'intervention (LivingWorks, s. d.).

Dans les dernières années, les avancées technologiques et numériques ont permis le développement et l'adaptation de programmes sentinelles en ligne de façon synchrone ou asynchrone. La formation en ligne des sentinelles présente plusieurs avantages (Ghoncheh *et al.*, 2014), notamment la possibilité pour les sentinelles d'accéder au matériel et de progresser à leur propre rythme, et de revenir au matériel lorsqu'elles souhaitent revoir l'information (Lancaster *et al.*, 2014). De plus, le format permet de rejoindre un plus grand nombre de sentinelles, car les formations en personne présentent certaines limites au niveau du temps requis pour les mettre en place, de la capacité moindre, des coûts, et de l'accessibilité (Smith-Millman *et al.*, 2022). Elles permettent également de fournir une formation standardisée en éliminant tout biais potentiel associé aux formateurs (Lancaster *et al.*, 2014). Les formations sentinelles en ligne suivent généralement le contenu de la formation en personne, mais peuvent présenter de grandes différences, particulièrement lorsque ce format est utilisé pour un programme asynchrone. La grande majorité des études présentent une telle modalité.

1.2.3 Les effets des formations sentinelles

1.2.3.1 Impacts sur les connaissances

De nombreuses études se sont penchées sur l'efficacité de ce type de formation à l'égard du développement de diverses compétences, connaissances et attitudes chez les participants. Les connaissances en prévention du suicide sont un des effets les plus communément mesurés par les évaluations de programmes sentinelles incluant trois temps de mesure, se retrouvant dans 78 % des études relevées par Holmes (2019). Les connaissances évaluées prennent deux formes : objectives et subjectives. L'évaluation des connaissances objectives en prévention du suicide est faite grâce à des questionnaires de plusieurs items pertinents au rôle de sentinelle (p. ex. les groupes à risque, le processus d'aide, les particularités de la crise suicidaire). Ils sont souvent répondus par des choix

multiples ou des vrais ou faux, et un score total est calculé selon le taux de bonnes réponses. Les connaissances subjectives diffèrent des connaissances factuelles, puisqu'elles concernent l'auto-évaluation qu'une personne fait de ses connaissances. Les connaissances subjectives sont évaluées par des questionnaires ayant plusieurs items pertinents au rôle de sentinelle. Les participants sont invités à évaluer leurs connaissances de ces éléments avec un choix de réponse (p. ex. *faible, moyen, élevé*).

À notre connaissance, toutes les études sur les programmes sentinelles suggèrent une augmentation des connaissances objectives suivant une formation sentinelle (Burnette *et al.*, 2015 ; Holmes *et al.*, 2019 ; Yonemoto *et al.*, 2019). La majorité des études indiquent que les connaissances augmentent après avoir reçu une formation sentinelle, mais que celles-ci diminuent dans le temps tout en restant plus élevées qu'avant la formation (Brown *et al.*, 2018 ; Chagnon *et al.*, 2007 ; Cimini *et al.*, 2014 ; Coppens *et al.*, 2014 ; Ghoncheh *et al.*, 2016 ; Lancaster *et al.*, 2014 ; Mitchell *et al.*, 2013 ; Rallis *et al.*, 2018 ; Reiff *et al.*, 2019 ; Tompkins et Witt, 2009 ; Wyman *et al.*, 2008 ; Zinzow *et al.*, 2020). D'autres indiquent que ces effets sont maintenus dans le temps (Bailey *et al.*, 2017 ; Indelicato *et al.*, 2011 ; Litteken et Sale, 2018), ou reviennent aux niveaux précédant la formation (Matthieu *et al.*, 2009 ; Tompkins et Witt, 2009). Une tendance similaire d'effets positifs à la suite d'une formation pour ensuite redescendre après plusieurs mois est également observée avec les connaissances subjectives (Brown *et al.*, 2018 ; Keller *et al.*, 2009 ; Tompkins et Witt, 2009), bien que l'étude de Ghoncheh (2016) suggère que les connaissances subjectives se soient maintenues trois mois plus tard.

1.2.3.2 Impacts sur la perception d'efficacité

La perception d'efficacité est un autre effet cible très souvent investigué. Elle est présente dans 70 % des études relevées par Holmes (2019). La perception d'efficacité à intervenir reflète la mesure dans laquelle l'individu se sent à l'aise et compétent pour identifier, interagir avec, et orienter une personne présentant un risque suicidaire (Burnette *et al.*, 2015). Plusieurs échelles existent pour mesurer la perception d'efficacité. Par exemple, la *Morris Confidence scale* (Capp *et al.*, 2001) ne contient qu'un seul item (« Je suis sûr de pouvoir identifier une personne à risque de suicide »), qui est mesuré sur une échelle de Likert en dix points allant de « *pas du tout sûr* » à « *très sûr* ». La sous-échelle du Gatekeeper Behavior Scale (Albright *et al.*, 2016), plus répandue,

contient quatre items (« J'ai confiance dans ma capacité à discuter de mes préoccupations avec un élève présentant des signes de détresse psychologique », « J'ai confiance en ma capacité à recommander des services de soutien en santé mentale à un étudiant présentant des signes de détresse psychologique », « Je suis sûr de savoir où référer un étudiant pour obtenir un soutien en matière de santé mentale », et « Je me sens confiant dans ma capacité à aider un étudiant suicidaire à trouver de l'aide »). Plusieurs autres échelles existent, mais semblent toutes contenir des items similaires.

À notre connaissance, toutes les études mesurant la perception d'efficacité rapportent une augmentation de cet effet cible suivant une formation sentinelle (Burnette *et al.*, 2015 ; Holmes *et al.*, 2019 ; Yonemoto *et al.*, 2019). Certains auteurs avancent que la perception d'efficacité puisse se maintenir pendant plusieurs semaines (Bailey *et al.*, 2017), plusieurs mois (Bailey *et al.*, 2017 ; Bartgis et Albright, 2016 ; Brown *et al.*, 2018) et deux ans (Deane *et al.*, 2006) après la formation. De nombreuses études indiquent que, bien que les scores aient diminué entre le suivi et le posttest, ceux-ci restent tout de même plus élevés qu'au prétest (Cimini *et al.*, 2014 ; Coleman et Del Quest, 2015 ; Coppens *et al.*, 2014 ; Ghoncheh *et al.*, 2016 ; Keller *et al.*, 2009 ; Lancaster *et al.*, 2014 ; Tompkins et Witt, 2009 ; Zinzow *et al.*, 2020).

1.2.3.3 Impacts sur les attitudes

Les croyances, le stigma et les attitudes à l'égard du suicide et de sa prévention, de la santé mentale, et de la dépression couvrent un large éventail, mais portent souvent sur les croyances que le suicide est considéré comme évitable et qu'il est important ou approprié d'interagir avec et d'aider les personnes à risque (Burnette *et al.*, 2015). Le *Suicide Intervention Questionnaire* (Tierney, 1988) est un des instruments les plus souvent utilisés. Cet instrument comporte 20 items sur une échelle de type Likert en 5 points allant de 5 (*tout à fait d'accord*) à 1 (*pas du tout d'accord*) avec lesquels le participant évalue ses attitudes à l'égard de l'intervention auprès de personnes suicidaires. Dans l'étude de Mitchell et collègues (2013), la question suivante était posée : « Si vous pensez que quelqu'un pourrait penser au suicide, pensez-vous qu'il est approprié de lui poser des questions sur le suicide (*jamais, parfois ou toujours*) ? » Dans les études de Coppens et collègues (2014) et de Arensman et collègues (2016), la *Depression Stigma Scale* (Griffiths *et al.*, 2004), plus centrée sur le stigma face à la dépression, a été utilisée. Bien que la plupart de ces instruments aient une

structure similaire et possèdent généralement une échelle de Likert, les items utilisés varient grandement. Dans certains cas, les items utilisés étaient similaires à certaines questions utilisées dans les instruments de mesure des connaissances objectives (p. ex. « Les jeunes qui envisagent sérieusement de se suicider ne veulent aucune aide », « Si un jeune veut se suicider, il finira par le faire » ; Keller *et al.*, 2009).

Les études relevées n'indiquent qu'un faible effet positif de la formation sentinelle sur les attitudes. Peu d'études (p. ex. Chagnon *et al.*, 2007 ; Indelicato *et al.*, 2011) ont montré que les effets de la formation sur les attitudes étaient maintenus à travers le temps. Coppens et collègues (2014) et Stuart et collègues (2003) ont trouvé que l'augmentation des scores d'attitudes ne se maintenait pas au suivi, mais que les scores restaient tout de même plus élevés qu'avant la formation. Plusieurs études avancent que les scores d'attitudes retournent à leur niveau de prétest au fil du temps (Brown *et al.*, 2018 ; Keller *et al.*, 2009 ; Mitchell *et al.*, 2013). Il est possible que des scores élevés d'attitudes au prétest souvent retrouvés auprès d'échantillons de personnes bénévoles suggèrent la présence d'un effet plafond difficile à surpasser (Chagnon *et al.*, 2007). La grande variabilité des instruments utilisés et des conceptualisations de ce construit rend également les conclusions difficiles.

1.2.3.4 Impacts sur l'intention d'aider

L'intention (ou la réticence) d'entreprendre les comportements d'aide est une des composantes essentielles des programmes sentinelles, particulièrement ceux se basant sur la théorie du comportement planifié de Ajzen (1991, 2011). Les résultats de méta-analyses (p. ex. Albarracín *et al.*, 2001) soutiennent l'hypothèse selon laquelle les intentions comportementales d'une personne sont associées à sa volonté d'adopter certains comportements. Les personnes peuvent être réticentes, peu enclins ou peu motivées à intervenir auprès d'une personne à risque pour plusieurs raisons, incluant le malaise, le stigma concernant la santé mentale ou la perception qu'il n'est pas approprié ou que ce n'est pas leur responsabilité d'intervenir. En général, l'intention d'aider est évaluée par un ou deux items reliés à la perception de motivation et de probabilité d'identifier et de référer des personnes à risque. Par exemple, le *Gatekeeper Behavior Scale* de Albright *et al.* (2016) inclut les deux items suivants :

« 1. Dans quelle mesure êtes-vous susceptible de discuter de vos préoccupations avec un étudiant présentant des signes de détresse psychologique ?

2. Dans quelle mesure est-il probable que vous recommandiez des services de santé mentale/de soutien (comme le centre de conseil) à un étudiant présentant des signes de détresse psychologique ?

1 = Très peu probable ; 2 = Peu probable ; 3 = Probable ; 4 = Très probable »

Trois études ont montré que l'intention d'entreprendre des comportements était maintenue sans baisse significative entre le posttest et le suivi (Bailey *et al.*, 2017 ; Bartgis et Albright, 2016 ; Indelicato *et al.*, 2011). Plusieurs études ont néanmoins montré une augmentation initiale suivant la formation suivie d'un déclin de l'intention (Capp *et al.*, 2001 ; Lancaster *et al.*, 2014).

1.2.3.5 Impacts sur les habiletés à intervenir

Les habiletés à intervenir avec une personne à risque font partie des compétences essentielles qui doivent être maîtrisées par les sentinelles. Peu d'études se sont intéressées aux habiletés à intervenir avec une personne à risque. Cela est expliqué par des difficultés méthodologiques à évaluer ce construit, qui nécessite l'utilisation de simulations ou de vignettes scénarios. En effet, contrairement aux autres effets cibles, les habiletés sont évaluées de façon objective par des observateurs ou correcteurs experts. Par exemple, le *Suicide Intervention Response Inventory* (SIRI-II) comporte quinze questions présentant un scénario et deux choix de réponses possibles, comme le montre l'exemple suivant (Stuart *et al.*, 2003) :

« Étudiant : J'ai décidé de te parler ce soir parce que j'ai vraiment l'impression que je pourrais faire quelque chose à moi-même... J'ai pensé au suicide.

Aidant A : Vous dites que vous êtes suicidaire, mais qu'est-ce qui vous tracasse vraiment ?

Aidant B : Pouvez-vous me parler davantage de vos sentiments suicidaires ? »

Les participants évaluent les réponses des aidants A et B sur une échelle de 7 points allant de -3 (*non approprié*) à +3 (*très approprié*). Les procédures de notation décrites par Neimeyer et Bonnelle (1997) exigent que la réponse du participant soit soustraite du score de l'expert, qui est la moyenne des réponses d'un panel d'experts ayant rempli le SIRI-II pendant son développement.

Certaines études soutiennent que la formation augmente les habiletés des participants suivant la formation (Bolton, 2015 ; Taub *et al.*, 2013), et que ceux-ci se maintiennent à plus long terme (Chagnon *et al.*, 2007 ; Hashimoto *et al.*, 2016 ; Stuart *et al.*, 2003). L'essai randomisé contrôlé de Sareen et collègues (2013) dans une communauté autochtone suggère, lui, que la formation sentinelle n'a pas d'impact significatif sur les habiletés des participants.

La recherche appuie la possibilité que les programmes sentinelles aient des effets bénéfiques, mais elle demeure limitée aux effets de la formation sur les connaissances, compétences et attitudes développées alors que les effets sur les comportements d'identification et de référence sont peu explorés (Lipson, 2014).

1.2.3.6 Impacts sur les comportements d'aide des sentinelles

Les comportements d'aide des sentinelles sont définis de différentes façons dépendamment du programme sentinelle (p. ex. ASIST c. QPR). En général, elles comprennent une combinaison de ces mesures : l'identification, la réponse ou l'interaction, et la référence ou l'accompagnement. Ewell Foster et collègues (2016) définissent l'identification comme « le processus par lequel une sentinelle reconnaît qu'un jeune peut être à risque », et la réponse comme « les comportements destinés à évaluer et à soutenir la personne, notamment la fréquence des questions sur les pensées suicidaires, les questions sur le suicide en réponse à des signes d'alerte, et les comportements d'aide ». La référence est définie comme « le fait de fournir des informations, d'encourager la recherche d'aide et d'emmener effectivement un jeune chez un professionnel » (Ewell Foster *et al.*, 2016). Ces construits sont presque toujours mesurés par une auto-évaluation de ses comportements dans les dernières semaines, mois ou années. Par exemple (Rallis *et al.*, 2018) :

Identification : « Combien d'étudiants suicidaires avez-vous identifiés au cours des trois derniers mois ? »

Référence : « Combien d'étudiants suicidaires vous ont été référés pour des préoccupations liées au suicide au cours des 3 derniers mois ? »

Il est important de garder en tête que l'utilisation de mesures d'autorapport subjectives demeure une limitation importante de ces études (McLean et Swanbrow Becker, 2018 ; Rallis *et al.*, 2018),

car les participants doivent souvent se souvenir de leurs références des mois, voir des années plus tard.

Quelques études sur les programmes en milieu scolaire offrent certaines pistes de réflexion sur les effets des formations sentinelles sur les comportements d'aide des sentinelles. La plupart suggèrent que les formations sentinelles augmenteraient l'identification et la référence des jeunes à risque (Condrón *et al.*, 2015 ; Ewell Foster *et al.*, 2016 ; Rallis, 2017), et que la grande majorité des jeunes identifiés à risque seraient référés aux services appropriés par les sentinelles (Condrón *et al.*, 2015). L'étude de Coleman et Del Quest (2015) indique également que les programmes sentinelles QPR, ASIST et RESPONSE étaient associés à une augmentation des questionnements sur la détresse et le suicide, mais seulement QPR et RESPONSE étaient associés à une augmentation des références. Une étude de Kataoka et collègues (2007) démontre que dans le cadre d'un programme sentinelle en milieu scolaire, deux tiers de l'échantillon de jeunes identifiés comme étant à risque auraient subséquemment eu accès aux services d'aide en santé mentale, selon leurs parents. Également, un programme sentinelle augmenterait les chances qu'un étudiant réfère un pair par 4,12 dans les écoles qui auraient implanté le programme (Wyman *et al.*, 2010). De plus, un suivi de Deane et collègues (2006) deux ans après le déploiement d'une formation sentinelle indiquait que 15 de leurs 40 participants (37,5 %) ont rapporté avoir aidé un pair depuis leur formation. De leur côté, Reiff et collègues (2019) rapportent que la majorité de leurs répondants (64,4 %, $n = 291$) ont déclaré avoir interagi à un étudiant en détresse depuis leur formation, et 28,5 % ($n = 129$) avec un étudiant en crise.

Suivant une importante subvention du gouvernement américain, le *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMSHA, 2016) a financé l'implantation de programmes sentinelles dans 25 913 milieux avec plus de 608 000 sentinelles formées. Un suivi effectué auprès de 410 de ces sentinelles indique que les participants formés rapportent identifier au moins un jeune à risque après leur formation (69 % d'entre elles après 3 mois, 64 % après 6 mois) et les référer aux ressources appropriées (53 % d'entre elles après 3 mois et 52 % après 6 mois ; SAMSHA, 2016). De plus, les 144 institutions gouvernementales régionales et autochtones récipiendaires du financement ont été en mesure de suivre et de recueillir les identifications et références faites par les sentinelles par le biais d'un système standardisé de suivis. Grâce à un service électronique centralisé de suivis au sein de ces institutions, nous savons que plus de 40 600 jeunes auraient été

identifiés par les sentinelles comme étant à risque et presque tous auraient été référés à des services de santé mentale (86,6 %) ou des services de soutien *autre* (8,0 %). Les 5,4 % de jeunes non référés recevaient déjà des services (SAMSHA, 2016).

Les résultats des différentes études sont contradictoires. Si certaines montrent un effet positif des programmes sentinelles sur les comportements d'aide, d'autres ne montrent pas un tel effet. Effectivement, une étude d'évaluation de McLean et collègues (2018) sur les effets d'une courte formation sentinelle de trois heures n'aurait pas trouvé d'effet sur les comportements d'aide comparativement à un groupe contrôle, soulevant des questionnements sur les modalités de la formation. Ces résultats appuient l'hypothèse de plusieurs autres auteurs que les connaissances et habiletés acquises lors des formations sentinelles ne se traduiraient pas par l'identification et la référence accrues d'individus à risque (Indelicato *et al.*, 2011 ; Kitchener et Jorm, 2002 ; Lipson *et al.*, 2014 ; Robinson-Link *et al.*, 2020 ; Sareen *et al.*, 2013 ; Tompkins et Witt, 2009). Analyser la relation entre les compétences acquises lors de la formation et les comportements permettrait alors d'identifier les besoins de formations spécifiques.

Bien que le programme n'ait pas été spécifiquement développé pour une population cible, ses objectifs et ses caractéristiques en font un programme particulièrement pertinent pour faire face aux spécificités de certaines clientèles, comme les hommes (Chagnon *et al.*, 2007). Pourtant, très peu de données sont malheureusement disponibles concernant les caractéristiques des personnes à risque approchées par les sentinelles (Condron *et al.*, 2015), ce qui ne permet pas de conclure que le programme atteint les populations ciblées. L'étude américaine de Rodi et collègues (Rodi *et al.*, 2012) tente d'explorer ces caractéristiques en analysant la banque de données du SAMSHA sur les références enregistrées sur 24 sites qui auraient reçu des fonds pour implanter un réseau sentinelle pour jeunes à risque. Elle démontre qu'une différence significative dans le genre des jeunes identifiés (55,9 % de filles c. 43,7 % de garçons) existe et que la majorité serait d'origine blanche/caucasienne (Rodi et coll., 2012). Les données du SAMSHA (2016), bien qu'agrégées, donnent un tout premier aperçu des caractéristiques démographiques des jeunes identifiés dans le cadre du programme. L'échantillon de jeunes identifiés présente des caractéristiques similaires à celles relevées par Rodi et collègues (2012), avec plus de filles que de garçons identifiés (53,53 % c. 46,47 %) et de jeunes blancs/Caucasiens (56,44 %) que de jeunes autochtones (15,08 %), noirs/afro-américains (13,02 %) et hispaniques (11,21 %). Néanmoins, l'absence du portrait

démographique de la population et l'homogénéité d'un grand nombre de milieux priorités par le programme (p. ex. milieux autochtones) ne permettent pas de tirer de conclusions.

1.2.3.7 Formations en ligne

Il semblerait que les formations en ligne par modules augmenteraient également les effets cibles des programmes sentinelles (Lamis *et al.*, 2017 ; McKay *et al.*, 2022 ; Robinson-Link *et al.*, 2020 ; Roslan *et al.*, 2023 ; Smith-Millman *et al.*, 2022), incluant les comportements d'aide (Robinson-Link *et al.*, 2020 ; Smith-Millman *et al.*, 2022). Néanmoins, il est difficile d'évaluer l'impact spécifique du format puisque les comparaisons de différents formats du même programme sont rares. Lancaster et collègues (2014) présentent une des seules études comparatives sur le sujet. Bien que les auteurs n'aient pas évalué les comportements d'aide, ceux-ci constatent que les deux formats d'une formation QPR ont permis d'améliorer les connaissances sur le suicide, la perception d'efficacité et l'intention de s'engager dans la prévention du suicide. Le format de la formation semblerait donc être un élément à considérer dans les évaluations des effets des formations sentinelles. Par contre, les études ont seulement évalué les formats en ligne asynchrones composés de modules éducatifs sans interaction avec les formateurs, aucune ne s'intéresse au format synchrone de type Zoom ou Teams.

1.2.4 Relation entre les effets cibles et les comportements d'aide des sentinelles

La relation entre les compétences et les comportements d'aide spécifiques aux sentinelles a également été peu étudiée jusqu'à maintenant (Burnette *et al.*, 2015). Pourtant, cette relation représente un processus important de la logique théorique du programme. La littérature sur la théorie du comportement planifié offre des pistes de réflexion intéressantes sur les relations entre plusieurs effets cibles de la formation sentinelle et les comportements d'aide. Par exemple, les méta-analyses suggèrent que les différents construits de la théorie du comportement planifié expliquent entre 15 et 42 % de la variance des comportements de santé, avec des corrélations modérées entre l'intention d'intervenir et les comportements réels (Godin et Kok, 1996 ; McEachan *et al.*, 2011). Il a été démontré que les construits de la théorie du comportement planifié prédisent également de manière significative les intentions de recherche d'aide pour des problèmes personnels, des difficultés de santé mentale et la suicidalité (Adams *et al.*, 2022).

Plus spécifiquement, les attitudes positives concernant la recherche d'aide formelle (pour soi-même) seraient un des meilleurs prédicteurs des intentions de rechercher de l'aide formelle pour des difficultés de santé mentale (Skogstad *et al.*, 2006 ; Smith *et al.*, 2008 ; Vogel *et al.*, 2005 ; Vogel et Wester, 2003). La revue de portée de Adams et collègues (2022) rapporte que les attitudes positives étaient un prédicteur significatif des intentions de rechercher d'aide pour des difficultés de santé mentale dans 90 % des 39 études identifiées, alors que le contrôle comportemental perçu et les normes subjectives étaient des prédicteurs significatifs dans 34 (87 %) et 23 (59 %) de ces études, respectivement. Sept des huit articles (88 %) ayant étudié les intentions de recherche d'aide en santé mentale comme prédicteur du comportement ont trouvé des résultats significatifs, et six des huit articles (75 %) ont trouvé que le contrôle comportemental perçu était un prédicteur significatif du comportement. Toutefois, deux articles (25 %) ont trouvé que le contrôle comportemental perçu était un prédicteur significatif du comportement dans le modèle de la théorie du comportement planifié traditionnel, mais pas lorsque le modèle était étendu pour inclure d'autres variables (Li *et al.*, 2017, 2018).

Ainsi, en ce qui concerne la recherche d'aide formelle pour soi-même, les associations entre les attitudes, la perception d'efficacité, les normes, les intentions et le comportement sont déjà bien établies par les études sur la théorie du comportement planifié. Cependant, on en sait beaucoup moins sur la pertinence de ce modèle dans le contexte de comportements d'aide envers des pairs à risque de suicide. L'étude de Kuhlman et collègues (2017) démontre tout de même que les attitudes, la perception d'efficacité et les connaissances subjectives expliquent l'intention de prendre part à des comportements d'aide. Une autre étude confirme que les sentinelles avec des attitudes et normes subjectives plus favorables à la référence de pairs suicidaire et une plus grande perception de capacité de référence seraient plus susceptibles de rapporter des intentions de référence (Tarquini, 2010). De plus, la perception d'efficacité des sentinelles au prétest est associée à l'identification de jeunes, et aux réponses et références au suivi (Ewell Foster *et al.*, 2016 ; Link, 2018). Cependant, les changements dans la perception d'efficacité ne prédisent pas les changements dans le nombre d'élèves identifiés, approchés et référés au suivi (Link, 2018), et la perception d'efficacité au prétest ne prédit pas les changements dans l'identification ou les références au fil du temps (Ewell Foster *et al.*, 2016).

En ce qui concerne les connaissances, il a été avancé qu'une augmentation de ceux-ci facilite la confiance et la volonté d'adopter un comportement d'aide (Rallis *et al.*, 2018). Une meilleure connaissance des ressources d'aide chez les praticiens du milieu de la santé permet, par exemple, une meilleure identification des jeunes vivant des difficultés telles que l'abus de substance, des comportements violents, de la dépression, de l'anxiété et de la suicidalité (Stiffman *et al.*, 2000). L'étude d'Aseltine et DeMartino (2004) dans un milieu d'école secondaire avait également conclu qu'une meilleure connaissance de la dépression et du suicide était significativement associée à une probabilité plus faible de tentatives de suicide autodéclarées dans les trois mois suivant la mise en œuvre du programme, bien que la relation causale soit difficile à établir avec certitude. Dans le contexte de programmes sentinelles, la relation entre les connaissances sur le suicide et les comportements d'aide n'a pas encore été examinée en profondeur. La littérature sur les programmes sentinelles a néanmoins établi que l'augmentation des connaissances des participants ne se traduit pas toujours par une augmentation des comportements d'aide, et que le développement des compétences par la formation peut être dépendant des connaissances qui sont transmises par la formation. Osteen (2014) indique, par exemple, qu'il est vital pour les sentinelles de connaître les signes avant-coureurs du suicide, mais que la formation se révélerait surement inefficace si elle n'aborde pas également la façon de poser des questions en réponse aux signes avant-coureurs. Il précise également qu'à mesure que les comportements d'aide passent de l'identification du risque à l'évaluation et à la gestion du risque jusqu'au traitement, le besoin de connaissances plus poussées augmente.

Malgré les avancées scientifiques sur la modélisation des programmes sentinelles, plusieurs chercheurs (Link, 2018 ; Wyman *et al.*, 2008) suggèrent que l'amélioration de compétences, connaissances et perception d'efficacité ne serait pas suffisante pour augmenter le nombre de comportements d'aide et que d'autres caractéristiques individuelles et facteurs contextuels seraient à prendre en considération.

1.2.5 Caractéristiques individuelles et capacité d'agir des sentinelles

Plusieurs facteurs individuels ont été identifiés comme ayant un effet modérateur sur la relation entre les compétences et les comportements d'aide des sentinelles. Il semblerait que les femmes aient plus de connaissances objectives avant et après les formations sentinelles que les hommes, et

elles seraient plus enclins à intervenir avec des personnes identifiées à risque que ces derniers (Aseltine *et al.*, 2007 ; Aseltine et DeMartino, 2004 ; Coleman *et al.*, 2019). Tompkins, Witt et Abraibesh (2009) appuient également que l'âge ait un effet sur les comportements d'aide. Chez le personnel scolaire, la formation aurait de plus grands effets sur les compétences du personnel plus jeune (<35 ans et de 36 à 50 ans) que ceux âgés de plus de 50 ans (Tompkins, Witt et Abraibesh, 2009). Dans un échantillon de clergé catholique, juif et protestant, la religion (clergé juif), un âge moins élevé et l'identité ethnoraciale (être Blanc) étaient associés à une meilleure identification du risque, et la religion (clergé catholique) et l'identité ethnoraciale (être non Hispanique) étaient associées aux compétences d'intervention (Mason *et al.*, 2016). Les auteurs font l'hypothèse que les différentes attitudes religieuses concernant le suicide expliqueraient les différences dans les compétences et les comportements d'aide. Ces résultats doivent être traités avec prudence puisque l'échantillon provenait d'un groupe très spécifique (clergé) et n'est pas représentatif de la population générale. Enfin, l'étude de Cross et collègues (2010) n'aurait pas démontré d'association entre les variables sociodémographiques (c.-à-d. âge, genre, niveau d'éducation, identité ethnoraciale, et rôle au travail) et les comportements d'aide des sentinelles.

Le type de profession et les formations précédentes seraient également des prédicteurs important des effets des formations sur les compétences et comportements. En effet, les professionnels de la santé mentale et les personnes ayant des formations antérieures pertinentes auraient de meilleures connaissances pré- et post-formation que les autres professions. Les formations sentinelles augmentent les connaissances auprès de tous (Hawgood *et al.*, 2021 ; Matthieu *et al.*, 2008 ; Tsai *et al.*, 2011), bien que cela soit disputé (Cross *et al.*, 2011 ; Link, 2018). Il est également possible que les gains soient plus importants chez le personnel administratif que clinique (Matthieu *et al.*, 2008). Dans les milieux scolaires, des différences importantes dans les comportements d'aide se retrouvent entre le personnel scolaire et administratif. Wyman et collègues (2008) avancent que la formation sentinelle n'aurait pas d'effet sur les comportements d'aide du personnel administratif, mais que les professeurs seraient plus susceptibles d'identifier et référer des étudiants à risque après la formation. Ils proposent que le contact déjà établi avec les jeunes explique cette différence, ce qui serait appuyé par d'autres études sur les sentinelles naturelles (Link, 2018). De plus, il a été constaté que le contact préalable avec une personne suicidaire serait associé à un plus grand nombre de références suivant une formation sentinelle (Cross *et al.*, 2011). Ces résultats contredisent ceux

de Kuhlman et collègues (2017) et Robinson-Link et collègues (2020). Ewell-Foster et collègues (2016) soutiennent également que le statut de sentinelle naturelle ne serait pas associé à un changement dans les comportements d'identification, et serait négativement associé à un changement dans les comportements de réponse et de référence. Finalement, l'augmentation de comportements d'aide observés chez les étudiants, absente chez les professeurs et le personnel de l'école, indique que les étudiants pourraient former un groupe intéressant pour les programmes de formation des sentinelles (Smith-Millman *et al.*, 2022), surtout si l'on considère que les jeunes privilégient davantage leurs amis pour parler de leurs pensées suicidaires (Drum *et al.*, 2009 ; Singer *et al.*, 2019).

Les études sur l'influence des caractéristiques individuelles sur la capacité d'agir des sentinelles sont loin de faire consensus, mais elles suggèrent que ces caractéristiques peuvent avoir un impact dans certains contextes. Il est important de prendre en considération l'effet de ces caractéristiques individuelles lors du déploiement et de l'évaluation de ce type de programme. L'évaluation des effets, et la généralisation des résultats aux différents types de sentinelles (c.-à-d. sentinelles en milieu de travail, dans la communauté, en milieu scolaire, etc.) sont alors difficiles.

1.2.6 Facteurs contextuels et capacité d'agir des sentinelles

Il est possible que certains facteurs contextuels aient une influence sur les effets de la formation sentinelle, mais la littérature scientifique sur le sujet reste pour le moment négligeable. Par exemple, des variations substantielles entre différentes écoles dans les connaissances, la perception d'efficacité et les comportements d'aide suggèreraient des influences contextuelles (Wyman *et al.*, 2008). Une étude révèle également que les sentinelles formées (tous emplois confondus) en milieux communautaires et de santé mentale identifient et réfèrent davantage de jeunes à risque que les sentinelles de milieux scolaires de la maternelle à la 12^e année (Condrón *et al.*, 2019). Des écarts possiblement attribuables aux contextes socioculturels dans les compétences avant et après la formation entre des échantillons de différents pays européens contrôlés pour différentes caractéristiques sociodémographiques et professionnelles auraient également été proposés (Arensman *et al.*, 2016 ; Coppens *et al.*, 2014). Finalement, les adaptations culturelles nécessaires aux programmes sentinelles déployés en milieux autochtones (p. ex. Capp *et al.*, 2001) démontrent

l'influence omniprésente des contextes sociaux et culturels sur les participants, la formation et ses effets.

Certains facteurs reliés à l'interaction entre la personne aidée et la sentinelle peuvent également influencer la capacité d'agir de la sentinelle. Par exemple, le niveau d'ambiguïté perçu des divulgations des pensées suicidaires des personnes à risque est associé à certaines réponses comportementales adoptées par leurs pairs (Dunham, 2004 ; Stuart *et al.*, 2003). Dans des situations où les divulgations de la personne à risque sont perçues comme plus claires, un pair est plus susceptible d'informer quelqu'un d'autre ou de référer la personne à risque à un professionnel, plutôt que de discuter avec la personne à risque lui-même. Un pair est plus susceptible d'entreprendre des stratégies d'aide adaptées (p. ex. prévenir un adulte responsable dans un contexte scolaire), si la personne à risque mentionne explicitement le suicide (Dunham, 2004). Ces données soulignent la pertinence des stratégies d'intervention en prévention du suicide qui misent sur l'importance de questionner l'idéation suicidaire de la personne à risque directement. De plus, certains participants de l'étude de Reiff et collègues (2019) percevaient également qu'une « résistance » de la part des personnes identifiées à se faire diriger vers des ressources d'aide était une barrière à leur rôle. Ces études suggèrent que l'efficacité et l'aisance des sentinelles à interagir avec des personnes à risque diffèrent d'une situation à une autre et que la formation mérite de les préparer à divers scénarios. Il a également été suggéré que les proches de personnes à risque sont les personnes les mieux placées pour agir en tant que sentinelles, en raison de leur relation privilégiée avec ces dernières (Moskos *et al.*, 2005).

Le soutien social au travail (c.-à-d. l'aide à l'adaptation qui réduit les effets néfastes des facteurs de stress et des tensions au travail ; Chen *et al.*, 1999) et les obstacles situationnels (c.-à-d. les contraintes au travail hors du contrôle des employés qui interfèrent avec leur performance ; Peters et O'Connor, 1980) prédisaient le nombre de comportements d'aide en milieu de travail dans l'étude de Moore et collègues (2011). Cela est également soutenu par une étude qualitative suggérant que l'appartenance à un réseau de sentinelles puisse contribuer au maintien des effets de la formation, potentiellement en raison de l'augmentation du soutien social et de l'accès aux ressources (Shtivelband *et al.*, 2015). L'étude de Hayden et collègues (2000) rapporte que les principales barrières à la perception de réussite des programmes sentinelles en contexte scolaire, selon des commissions scolaires de l'état de Washington, seraient le manque de personnel et de

fonds, ainsi que la planification difficile. Le manque de ressources (70,9 %) et de collaboration avec l'administration pour changer les pratiques de l'école (69,8 %) a également été nommé comme obstacles par des sentinelles six mois après leur formation. La récente étude de Carpenter et collègues (2021) a révélé que, bien que les membres du personnel de pharmacie occupent une position privilégiée pour agir en tant que sentinelles, de nombreux obstacles environnementaux et organisationnels freinent leur capacité à agir. Le manque d'intimité dans la pharmacie augmente l'inconfort de poser des questions sur le suicide, alors que les difficultés financières et d'accès aux ressources d'aide entravent la référence (Carpenter *et al.*, 2021). De plus, les lois concernant la présence d'un pharmacien sur place pour rester ouvert, ce qui rend difficile l'accompagnement des personnes à risque vers les ressources, sont également des barrières discutées. Ces résultats sont cohérents avec ceux de Reiff et collègues (2019), qui soulignent les différences culturelles, les inquiétudes concernant la confidentialité, le manque de temps des individus à risque et le manque d'espace privé pour une conversation approfondie comme des freins importants.

Les stratégies identifiées pour renforcer les effets à long terme de la formation des sentinelles dans diverses études (Evans et Price, 2013 ; Shtivelband *et al.*, 2015) comprennent des éléments environnementaux et organisationnels tels que la présence d'espaces sécuritaires pour les personnes identifiées, les réseaux de sentinelles, le soutien des sentinelles et la sensibilisation de la communauté au suicide. En milieu scolaire, les facteurs facilitants comprennent la présence d'un système organisé de procédures et de protocoles pour répondre aux élèves à risque, ainsi qu'un soutien administratif solide (Stein *et al.*, 2010). Bien que ces études apportent une contribution importante à la théorisation des influences contextuelles, la compréhension de leur rôle dans les comportements d'aide des sentinelles reste limitée.

Les théories sur lesquelles les programmes sentinelles s'appuient, comme celle de la TCP de Ajzen, se concentrent principalement sur la prédiction de l'intention comportementale. Cette préoccupation pour l'intention d'entreprendre des comportements d'aide implique donc une place importante laissée aux facteurs individuels comme les compétences et connaissances, les caractéristiques sociodémographiques, et les traits de personnalité (Ajzen et Fishbein, 2005). L'impact de facteurs contextuels est pris en considération par la TCP par le biais du concept de contrôle situationnel perçu, qui fait référence à la facilité ou la difficulté perçue vis-à-vis de la réalisation du comportement qui peut être influencé par les expériences passées et les obstacles

anticipés. Le contrôle comportemental perçu reste néanmoins une évaluation subjective du contrôle que la personne a sur une situation, plus proche de la perception d'efficacité. En ce qui concerne le contrôle comportemental réel, les barrières et facilitateurs situationnels sont absents, bien que plusieurs études montrent pourtant que les obstacles situationnels entravent les comportements d'aide des sentinelles (Kuhlman *et al.*, 2017).

1.2.7 Les devis d'évaluations de programmes sentinelles

Les évaluations de programmes sentinelles sont nombreuses. Une revue de la littérature par Burnette, Ramchand et Ayer (2015) en dénombre 53 publiées entre 1986 et 2011, alors que celle de Holmes (2019), n'incluant seulement les évaluations avec trois temps de mesure, en dénombre 39 publiées avant octobre 2018. Bien que variés dans leurs populations cibles (p. ex. élèves, communautés autochtones, vétérans, jeunes, etc.) et dans le type de personnel formé (personnel scolaire, personnel administratif, membres de la communauté, travailleurs auprès des jeunes, etc.), leurs devis d'évaluation demeurent similaires. La majorité de ces études jugent de l'efficacité des programmes sentinelles selon les effets ciblés développés chez participants suivant la formation, en utilisant des devis préexpérimentaux pré-post (occasionnellement avec un temps de mesure de suivi supplémentaire 3, 6, 9, 12 ou 24 mois plus tard) avec un groupe unique. Les essais randomisés contrôlés sont rares, et une attrition importante dans les échantillons est souvent présente. Cela représente une première faiblesse de la littérature sur le sujet.

La durée de temps entre le posttest et le suivi est importante et constitue une des plus grandes variabilités dans les différentes évaluations de programmes sentinelles. Holmes (2021) met en garde qu'une courte durée entre les temps de mesure ne permettrait pas d'observer le maintien des effets ciblés des formations sentinelles. Pourtant, une grande partie des études d'évaluation sur les programmes sentinelles comprend un temps de mesure de suivi de seulement deux mois. Des suivis de plus courte durée offrent une possibilité moindre d'observer la présence ou la diminution des effets de la formation. Par exemple, Bailey et collègues (2017) ne concluaient d'aucune diminution des effets de la formation sur les connaissances, la perception d'efficacité et l'intention d'aider au suivi, après quatre semaines. Bartgis et Albright (2016) et Indicalo et collègues (2011) ne rapportent également aucun déclin des scores sur les différentes mesures trois mois après la formation. De plus, Indicalo et collègues (2011) ne démontraient aucune diminution des différents effets de la

formation sentinelle au suivi deux mois après le posttest. Néanmoins, le temps de mesure posttest était lui-même un mois suivant la formation, ce qui aurait pu permettre une diminution initiale des effets.

Au contraire, plusieurs auteurs ont rapporté un déclin important des scores lors de suivis ultérieurs. Matthieu et collègues (2009) indiquent que les connaissances objectives des participants revenaient au niveau du prétest 12 mois après la formation. Les participants de l'étude de Litteken et Sale (2018) ne démontraient aucune diminution de leurs connaissances deux ans après leur formation. Par contre, presque deux tiers de ceux-ci avaient déjà reçu une formation sentinelle dans le passé, ce qui pourrait expliquer leurs scores élevés (effet plafond) se maintenant pendant une aussi longue période de temps. Il a également été avancé que les sentinelles qui auraient reçu une formation plus longue réfèreraient plus de jeunes à risque que les personnes ayant reçu une formation plus courte (Condrón *et al.*, 2015). Une revue de la littérature existante suggère qu'en général, les effets cibles des formations sentinelles s'améliorent significativement après avoir reçu la formation et s'estompent à travers le temps, tout en restant plus élevés qu'avant la formation. Plusieurs formations sentinelles recensées indiquent un temps de formation plutôt court (c.-à-d. quelques heures) pour pouvoir atteindre certains des effets ciblés (p. ex. changer les attitudes). Ceci est un élément important à considérer. En fait, plusieurs études (p. ex. Arensman *et al.*, 2016) recommandent des formations plus longues et plus complètes ainsi que des formations d'appoints pour maintenir les acquis.

Malgré des assises théoriques homogènes, les effets cibles étudiés ne font pas consensus auprès des chercheurs. Il est tout d'abord difficile de bien comprendre la logique théorique des évaluations, puisque le contenu de la formation est souvent peu détaillé, et la pertinence des effets ciblés par l'étude n'est que très rarement explicitée. Bien que les connaissances objectives, la perception d'efficacité et l'intention d'aider sont souvent mesurées, certaines variables telles que les connaissances subjectives, la connaissance des services d'aide, les attitudes à l'égard du suicide, le stigma à l'égard de la dépression, l'état de préparation et les attitudes positives à l'égard de la demande d'aide sont également présentes dans la littérature. Il est possible que certains effets de la formation soient davantage utiles pour réduire la suicidalité chez les personnes formées que pour les former dans leur rôle, comme les changements dans les attitudes par rapport au suicide et le stigma envers la demande d'aide (Aseltine et DeMartino, 2004 ; Gordana et Panic, 2007). De plus,

les instruments utilisés pour mesurer les variables d'intérêt semblent tout aussi variés. Ceux-ci prennent la forme de questionnaires standardisés (p. ex. *Gatekeeper Behaviour Scale*; Albright *et al.*, 2016), de certains énoncés tirés de questionnaires standardisés (p. ex. 8/100 items du *Suicide Opinion Questionnaire* dans Capp *et al.*, 2001), et même de simples questions développées dans le cadre de l'étude (p. ex. quatre items créés pour mesurer la connaissance des services d'aide à l'école dans Wyman *et al.*, 2008). Il est donc difficile de comparer les résultats des différentes études. Une co-construction ou validation de la pertinence des construits mesurés et instruments utilisés auprès des parties prenantes et administrateurs des programmes semblent nécessaires.

Il existe également une grande lacune dans la littérature en ce qui concerne le lien entre les formations sentinelles et les comportements des sentinelles (Burnette *et al.*, 2015 ; Holmes *et al.*, 2019 ; Roberge et Bouguezour, 2018 ; Yonemoto *et al.*, 2019). La majorité des études s'intéressent aux perceptions d'efficacité et aux intentions comportementales, qui ne représentent qu'une évaluation subjective de la mise en œuvre des acquis de la formation. Il est possible qu'une sentinelle évalue positivement son intention d'aider ou ses interactions, sans pour autant être grandement efficace dans son rôle. Il est nécessaire d'inclure d'autres indicateurs pour valider ces perceptions.

Très peu d'études incluent une variable de comportements d'aide dans leur évaluation. Pourtant, cet effet plus distal de la formation est un élément essentiel du modèle logique des programmes sentinelles (voir Figure 1.3). Cette grande variabilité dans les variables mesurées et les instruments utilisés serait en partie expliquée par la diversité des contenus des formations existantes (Chagnon *et al.*, 2007) et une volonté d'adapter les outils aux particularités de la formation et du contexte dans lequel le programme est implanté. De plus, comme discuté plus tôt, la composition de plusieurs programmes sentinelles limitée à une courte formation seule peine très probablement à engendrer des effets plus distaux.

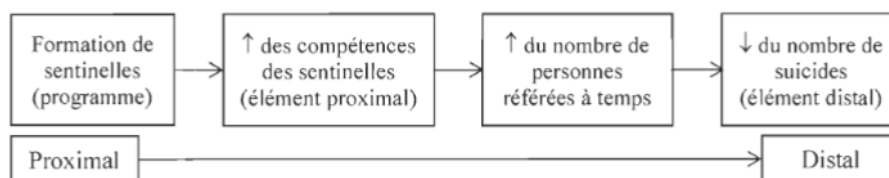


Figure 1.3 Chaîne causale illustrant la logique sous-jacente à l'évaluation des compétences des sentinelles (tiré de Vachon, 2017)

Les facteurs individuels et contextuels sont associés à l'efficacité des programmes sentinelles (Burnette *et al.*, 2015). Malgré les preuves indiquant que les caractéristiques individuelles comme le genre et la profession impacteraient les comportements d'aide, très peu d'études examinent ces associations et les raisons expliquant celles-ci. Les données qui indiquent également l'importance de différents facteurs contextuels, tels que le soutien organisationnel, soulignent la nécessité d'explorer et de prendre en considération certaines autres variables dans les modèles d'évaluation. La littérature sur le sujet est pour le moment faible, et mérite d'être étoffée pour développer une meilleure compréhension des processus impliqués dans l'efficacité de ce type de programme en prévention du suicide.

Il est important de souligner que les programmes sentinelles hors Québec se limitent la plupart du temps à la formation sentinelle, sans fournir une structure pérenne de soutien, d'accompagnement et d'information. Il n'y a pas de création de liens entre les sentinelles, entre les sentinelles et les ressources présentes sur le terrain, et entre les sentinelles et l'acteur formateur. De plus, très peu d'informations sont disponibles concernant l'implantation des programmes sentinelles, incluant la sélection des milieux à risque pour recevoir la formation sentinelle. Les programmes sentinelles hors Québec recensés sont donc caractérisés par une implantation rarement sélective, des activités peu élaborées, et une pérennité discutable, ce qui rend l'évaluation de leur efficacité limitée aux effets de la formation sur les participants.

La plupart des programmes sentinelles sont intégrés à des initiatives plus élargies de prévention du suicide. La recherche sur l'efficacité et la pertinence des programmes sentinelles au sein de grandes stratégies de prévention, ainsi que son efficacité à elle seule, est nécessaire (Isaac *et al.*, 2009). Pourtant, les recherches menées à ce jour ne démontrent pas encore clairement si la formation de

sentinelles a un effet unique et indépendant sur la réduction des idées suicidaires, des tentatives de suicide et des décès par suicide.

En somme, la littérature scientifique sur les programmes sentinelles présente plusieurs lacunes importantes à considérer. Tout d'abord, les formations sentinelles varient considérablement en termes de durée et de contenu, bien qu'elles partagent des éléments centraux. La littérature scientifique actuelle expose un manque de données essentielles dans la méthodologie d'évaluation des programmes sentinelles. Il est difficile de pouvoir comparer les différentes évaluations réalisées puisque les formations, les temps de mesure, les effets cibles, et les instruments employés sont multiples et peu souvent adéquatement justifiés. Il est indispensable de bien expliciter la théorie de programme pour s'assurer que les effets cibles étudiés soient cohérents avec les activités entreprises, et que les différents éléments pouvant influencer les résultats soient identifiés. Il est également nécessaire de développer et de tester des mesures de l'efficacité de la formation des sentinelles qui soient pertinentes pour les différentes parties prenantes et les communautés dans lesquelles le programme est implanté (Isaac *et al.*, 2009) en les incluant dans les efforts évaluatifs. Finalement, la littérature scientifique se concentre pour le moment sur les effets plus proximaux des formations sur les participants, en oubliant l'impact sur les comportements d'aide. Pourtant, ceux-ci sont une composante essentielle du modèle logique, et font le lien important entre les compétences acquises et la réduction de la suicidalité. Les recherches sur les programmes sentinelles ont intérêt à mieux comprendre et expliquer pourquoi, comment, et dans quels contextes les sentinelles formées entreprennent des comportements d'aide.

1.3 Le programme sentinelle québécois

1.3.1 La formation sentinelle québécoise

La formation « Agir en sentinelle pour la prévention du suicide » a été développée par l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS) en 2008, bien que les Centres de prévention du suicide (CPS) soient responsables de son déploiement dans leur région respective. Contrairement aux programmes discutés précédemment, souvent déployés dans un seul type de milieu ou peu sélectifs, la formation sentinelle est déployée à l'échelle de la province. Pour participer à la formation, il faut être un adulte, être volontaire, ne pas être suicidaire et ne pas avoir été récemment touché par le

suicide (Roy, 2006). D'une durée de sept heures, la formation est plus longue que la majorité des formations sentinelles. Elle comprend huit modules composés d'informations théoriques, d'outils et de matériel, d'activités pratiques, de synthèses, d'exercices, de réflexion, de références scientifiques et de jeux de rôles. La formation couvre plusieurs sujets assez communs pour ce type de programme, dont l'influence des valeurs et croyances, comment repérer les personnes vulnérables, vérifier la présence d'idées suicidaires et recueillir de l'information relative à la planification du suicide, et favoriser la demande d'aide et transmettre les informations/coordonnées à l'intervenant désigné. Un *intervenant désigné*, une personne ou un service ressource désigné pour orienter les personnes identifiées comme ayant besoin d'aide, est ensuite chargé de prendre contact avec la personne identifiée (voir Figure 1.4). Le rôle d'intervenant désigné est une particularité importante du programme sentinelle québécois. Puisque le rôle de sentinelle est exigeant, les participants sont également conscientisés quant à l'importance de prendre soin d'eux-mêmes (Vachon, 2017). Depuis la pandémie de COVID-19, un format en ligne par Zoom est également offert par plusieurs CPS, alors que d'autres ont préféré mettre leurs formations sentinelles sur pause. Un CPS interrogé a évoqué l'incertitude concernant l'utilité et l'efficacité des jeux de rôle en ligne comme raison. Pour les CPS offrant la formation en ligne par Zoom, le format maintient le contenu original.

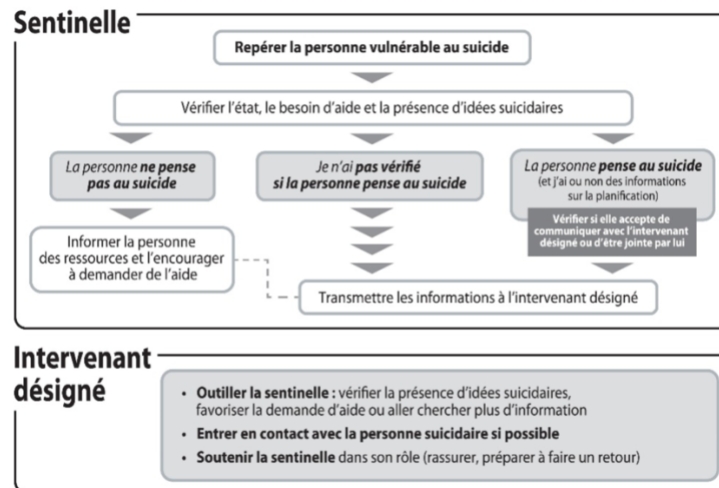


Figure 1.4 Protocole du processus d'aide et rôle de l'intervenant désigné (Roberge et Bouguezour, 2018 ; tiré de Roy et Beaulieu, 2014)

La formation sentinelle est standardisée et ne diffère pas d'une région à une autre (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2012). Néanmoins, elle est souvent revue et actualisée par l'AQPS. De plus, la plupart des CPS utilisent les outils de formation produits par l'AQPS tout en les adaptant à la réalité des milieux et à ce qui est recommandé dans le guide de bonnes pratiques en prévention du suicide (MSSS, 2012). Cette formation s'adresse aux adultes susceptibles d'être en contact avec des personnes suicidaires dans le cadre de leur travail, leurs activités bénévoles, la place qu'ils occupent dans leur milieu ou leur communauté, ou pour leurs qualités d'écoute. La formation québécoise s'apparente davantage à la formation américaine QPR qu'ASIST puisque la mission des sentinelles est de référer les personnes à risque plutôt que d'intervenir elle-même avec la personne. Ses objectifs et son contenu sont alors très similaires avec cette première, bien que sa durée soit supérieure à la majorité des formations QPR recensées.

La formation est généralement donnée à plusieurs personnes dans le même milieu (p. ex. école, entreprise) et les sentinelles sont encouragées à créer un réseau de sentinelles qui se rencontrent pour discuter de leur rôle, besoins, et difficultés. Cela représente une autre particularité de la formation québécoise, puisque les autres programmes sentinelles existants, bien que parfois forment des personnes de mêmes milieux, adoptent une approche plus individuelle des sentinelles formées. La perspective de réseau d'entraide, de soutien, et de responsabilité partagée n'est pas privilégiée. Parfois, les organisations intéressées contactent leur CPS local pour obtenir la

formation. Dans d'autres cas, le CPS cible les organisations potentielles sur la base de données fournies par le gouvernement sur les groupes à risque de suicide. Chaque réseau sentinelle dispose d'un intervenant désigné, généralement une personne ayant une compétence d'intervention, qui, dans la mesure du possible, travaille dans le même milieu (p. ex. un psychologue scolaire). En l'absence d'un tel professionnel, ou dans le cas où les sentinelles ne sont pas formées pour faire partie d'un réseau (sentinelles indépendantes), le CPS régional est désigné comme la ressource à contacter. Alternativement, le CPS offrira de former une personne-ressource dans le milieu (p. ex. le coordonnateur des ressources humaines) avec un programme de formation à l'intervention de trois jours « Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de bonnes pratiques ». Le rôle de la ressource désignée est de recevoir des informations de la part de la sentinelle concernant la personne identifiée comme étant à risque ou ayant besoin d'aide, si celle-ci accepte. Lorsque la personne ne prend pas l'initiative de contacter la ressource, la personne-ressource prend contact et intervient. La sentinelle est formée pour contacter les services d'urgence lorsqu'il y a un risque imminent d'attentat. Les sentinelles peuvent faire connaître leur rôle et leurs responsabilités dans leur milieu afin d'encourager les personnes à risque à prendre l'initiative d'entrer en contact avec eux et à les approcher (p. ex. signature de courriel, affiches sur la porte de leur bureau, annonces orales pendant les réunions d'équipe).

1.3.2 L'implantation du programme sentinelle au Québec

Le programme sentinelle québécois fait partie d'une stratégie globale de prévention du suicide qui cible particulièrement certains groupes à risque, tels que les hommes en situation de vulnérabilité, les jeunes et les personnes âgées. Bien que déjà implanté dans plusieurs régions, c'est en 2006 qu'un consensus de professionnels de la santé publique recommande l'expansion de réseaux sentinelles dans l'ensemble de la province (MSSS, 2006). Depuis, plus de 20 000 sentinelles ont été formées au Québec (Association québécoise de prévention du suicide, 2019), en faisant un des programmes de prévention du suicide les plus répandus au niveau provincial. En 2023, ce chiffre serait maintenant proche des 30 000 sentinelles formées. En 2012, une évaluation d'implantation réalisée par la Direction générale adjointe en santé publique du MSSS souligne que l'implantation de réseaux sentinelles est un processus résultant d'une coopération entre les institutions nationales (c.-à-d. le MSSS), régionales (c.-à-d. les CPS, les agences de la santé et des services sociaux

[ASSS] et l'AQPS) et locales (c.-à-d. les partenaires sur le terrain et les répondants en prévention du suicide des ASSS).

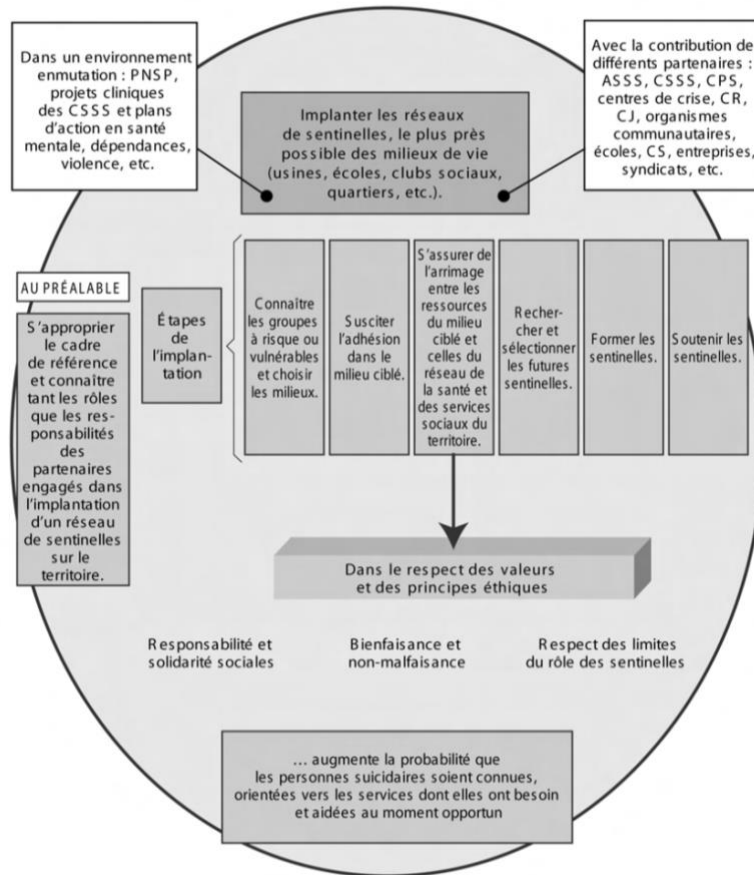


Figure 1.5 Modélisation du fondement et de l'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide (Roy, 2006)

En effet, le cadre de référence (Roy, 2006) exige tout d'abord que les différents partenaires s'approprient le contenu du cadre de référence afin d'avoir une vision commune (voir Figure 1.5). Au cours de cette phase, les différents partenaires engagés dans l'implantation d'un réseau sentinelle doivent également déterminer les rôles et les responsabilités de chacun. Ensuite, une analyse des milieux est faite afin de bien cibler les groupes à risque ou vulnérables sur un territoire où des réseaux de sentinelles seront implantés. Néanmoins, les acteurs locaux seraient enclins à saisir les occasions (p. ex. subvention) pour implanter des réseaux de sentinelles dans certains milieux qui ne seraient pas forcément à risque. Cependant, ces démarches se feraient, la plupart du temps, dans le respect des orientations de l'ASSS et des préoccupations ministérielles (MSSS,

2012). Après, un arrimage est établi entre les ressources du réseau de la santé et des services sociaux et les autres ressources du territoire local. Cela comprend 1) l'inventaire des intervenants et services d'aide présents dans le milieu ciblé ; 2) la promotion du cadre de référence et du rôle des sentinelles et du réseau de la santé et des services sociaux auprès des ressources du milieu ; 3) la recherche d'information sur le rôle des intervenants et des ressources d'aide du milieu ; et 4) le développement de lien entre les intervenants et les services d'aide du milieu. La prochaine étape est le recrutement et la sélection de sentinelles suivant les critères de sélection par les CPS, bien qu'il soit rare qu'une personne candidate soit refusée (Roy, 2006). Finalement, la formation et le soutien des sentinelles dans leur rôle sont également pris en charge par les différents CPS. De manière générale, la formation est offerte gratuitement, directement dans le milieu ciblé. Après plusieurs mois suivant la formation, des ateliers sont offerts dans certaines régions pour revoir avec les sentinelles les notions traitées ou aborder d'autres aspects en rapport avec la thématique du suicide. De plus, des bulletins d'information de type infolettre sont distribués sur une base régulière aux sentinelles formées.

En ce qui concerne l'ensemble des régions, des répondants des ASSS affirment que les hommes, les agriculteurs, les jeunes et les *baby-boomers* sont les groupes considérés comme étant à risque suicidaire, justifiant l'implantation de réseaux sentinelles effectuée dans les entreprises, les écoles et les milieux agricoles (MSSS, 2012). De plus, le programme sentinelle québécois est, comme ses homologues américains, en grande partie déployé en milieu scolaire. Une différence évidente est néanmoins la faible quantité de sentinelles québécoises formées au sein des forces policières et militaires, et des diverses institutions destinées aux vétérans (Roberge et Bouguezour, 2018).

Certaines zones grises sont relevées par les CPS, dont le manque d'information à l'égard du nombre de personnes orientées vers les services par une sentinelle, alors que les références se font en majorité vers les CPS, la « porte d'entrée » des services de crise (MSSS, 2012). Parmi les obstacles mentionnés, les acteurs qui gravitent autour du programme sentinelle citent l'absence de statistiques sur le nombre de personnes qui utilisent les services d'aide après avoir été approchées par une sentinelle, une absence qu'ils perçoivent comme une barrière au suivi adéquat du programme (MSSS, 2012).

1.3.3 Les évaluations des effets du programme sentinelle québécois

Le programme sentinelle québécois n'a fait l'objet d'aucune évaluation des effets ; son efficacité reste donc indéterminée. De plus, puisque le Québec s'est doté de son propre programme (distinct de ceux déjà existants) et que les modalités des programmes sentinelles auraient une influence sur plusieurs indicateurs d'efficacité (Lipson, 2013), la généralisation des données présentes dans la littérature est limitée.

Le rapport de l'INSPQ (Roberge et Bouguezour, 2018) est la première investigation du programme sentinelle québécois depuis le rapport d'implantation de 2012. C'est dans ce contexte que l'INSPQ a reçu de la Direction générale de la santé publique du MSSS le mandat « de produire une étude descriptive de la perception des sentinelles en prévention du suicide au Québec à l'égard des facteurs qui influencent leur capacité d'agir et de leurs besoins pour l'optimiser » (Roberge et Bouguezour, 2018). Il avait pour objectifs de 1) connaître la perception des sentinelles quant à l'adéquation de la formation reçue, 2) connaître la perception des sentinelles de leur capacité à agir dans leur milieu, et 3) décrire la nature des besoins perçus des sentinelles pour renforcer leur capacité d'agir. Le projet est constitué d'une revue non exhaustive de la littérature sur les programmes sentinelles, d'un sondage répondu par 1 288 sentinelles québécoises ayant été formée dans le passé, et d'entrevues individuelles avec 15 sentinelles. Environ 23 % des sentinelles ayant participé au sondage avaient été formées il y a moins d'un an, 19,2 % entre un et deux ans, 31,4 % entre deux et quatre ans, et 24,3 % il y a plus de cinq ans. Toutes les sentinelles ayant participé à l'entrevue avaient été formées depuis 2 ans et plus et la moitié d'entre elles depuis 5 et plus.

Le rapport indique que les sentinelles ayant participé au sondage se sentent davantage compétentes depuis leur formation, incluant concernant le repérage et le contact avec une personne en détresse, le questionnement pour vérifier la présence d'idées suicidaires, l'encouragement de la demande d'aide, le recueil des informations sur la planification du geste, la transmission de l'information à l'intervenant désigné et le respect des limites de leur rôle. Les sentinelles rencontrées en entrevues ont également rapporté que la formation leur avait permis d'être plus sensibilisées, d'avoir de meilleures connaissances et de se sentir plus outillées pour repérer et diriger une personne en détresse vers une ressource d'aide désignée.

Depuis leur formation, 65.4 % des répondants ont eu l'occasion de repérer une personne en détresse et 40.7 % ont eu l'occasion plus d'une fois par année. Pour la majorité, celles-ci appliquent les étapes prescrites dans le cadre québécois de référence (Roy, 2006) et respectent les limites de leur rôle. Cependant, le recours à un intervenant désigné lors de leurs actions n'est pas constant, les sentinelles rapportant accompagner soi-même une personne vers une ressource ou contacter la famille. Parmi les répondants au sondage ayant déjà repéré une personne en détresse, environ 9 % ont indiqué ne pas être entré en contact avec la personne repérée à cause du contexte peu propice, avoir préféré en parler directement à une ressource (intervenant désigné ou autre) ou ne pas se sentir à l'aise de le faire. Pour les sentinelles n'ayant pas rapporté avoir identifié une personne à risque depuis leur formation, il a été rapporté que certaines avaient entrepris de l'écoute active auprès de personnes qui ne « se sentaient pas bien », mais ne considéraient pas avoir agi en sentinelle puisqu'elles n'avaient pas suivi le processus d'aide établi pour des personnes « en détresse, vulnérable au suicide » (Roberge et Bouguezour, 2018). Certaines sentinelles ont également indiqué jouer un rôle plus passif, n'ayant pas cherché à repérer une personne et choisissant plutôt de s'identifier clairement afin que les personnes qui en auraient besoin les approchent. En présence d'idées suicidaires, la majorité des répondants dit, parfois ou toujours, recueillir des informations sur la planification du geste, faire une entente avec la personne pour qu'elle contacte l'intervenant désigné et transmettre l'information à l'intervenant désigné. Par contre, 5.8 % des répondants ne recueillent jamais l'information sur le geste, 5.8 % ne prennent jamais entente avec la personne pour qu'elle contacte l'intervenant désigné et 12 % ne transmettent jamais l'information à l'intervenant désigné. La principale raison donnée est que cela n'avait pas été jugé pertinent de le faire (Roberge et Bouguezour, 2018). Les auteurs rapportent également des différences dans les comportements d'aide selon les différents milieux. Par exemple, 26 % des répondants en milieu scolaire indiquent n'avoir jamais repéré une personne en détresse alors que cette proportion est de près de 39 % en entreprise privée. De plus, alors que près de 44 % des répondants en milieu agricole indiquent que ne jamais avoir eu à poser clairement la question pour vérifier la présence d'idées suicidaires, cette proportion varie entre 24 et 28 % dans d'autres milieux.

Environ 92 % des répondants sont en mesure d'identifier leur intervenant désigné (Roberge et Bouguezour, 2018). Parmi ceux ayant déjà communiqué avec leur intervenant désigné, 55 % se disent tout à fait satisfaits et 37.5 % se disent plutôt satisfaits de leur expérience. La plupart disent

également aussi avoir eu une réponse rapide et avoir été encouragés, guidés et respectés par leur intervenant désigné. Lorsque les sentinelles fournissent une référence vers l'intervenant désigné, 42 % des répondants affirment toujours recevoir un suivi (28.7 % parfois) pour donner des nouvelles de la personne en détresse et informer qu'elle a été prise en charge. Par contre, 20,1 % des répondants au sondage indiquent ne jamais recevoir de retour de l'intervenant désigné après leur appel. Plusieurs autres facteurs facilitants ont été mentionnés, tels que les suivis post-formation. Ceux-ci seraient perçus comme essentiels pour actualiser ses connaissances, se pratiquer et échanger. En fait, une grande partie des sentinelles rencontrées en entrevues ont souligné l'importance d'échanger avec d'autres sentinelles, soutenant l'importance des réseaux de sentinelles. La moitié des répondants disent être tout à fait d'accord ou plutôt d'accord qu'ils aimeraient bénéficier de plus de soutien, incluant par exemple des rencontres de suivi pour consolider les compétences. La sensibilisation du milieu, l'accès à différents outils, une meilleure connaissance des services destinés aux personnes en détresse et un meilleur suivi de l'intervenant désigné sont également ressortis. Le manque d'engagement et d'ouverture du milieu face à la prévention du suicide, l'absence ou le manque de ressources et les difficultés d'accès aux services du réseau de la santé et des services sociaux ont également été soulevés. Finalement, l'empathie, la communication et l'ouverture seraient des compétences et qualités importantes chez les sentinelles selon les personnes interrogées en entrevue, mais la façon dont celles-ci se traduisent dans la capacité d'agir est floue.

Le rapport d'implantation (MSSS, 2012) décrit plusieurs difficultés à implanter des réseaux dans divers milieux, suggérant la possibilité que certains contextes soient plus propices que d'autres. Les difficultés à implanter des réseaux sentinelles en milieux ruraux incluent, par exemple, la petite taille des entreprises (souvent familiales) et l'indisponibilité des agriculteurs durant la période de semence et de récolte d'avril à octobre. Les contraintes économiques des agriculteurs, les préjugés de la population qui perçoit parfois ces derniers comme des pollueurs, la présence majoritaire d'hommes ayant des valeurs conservatrices, le niveau de détresse élevé qui s'observe dans cette population et l'isolement social sont d'autres facteurs mentionnés. La collaboration avec les organismes communautaires déjà actifs dans ces milieux est alors fortement recommandée. Une certaine réticence des entreprises privées concernant l'implantation de réseaux sentinelles serait liée à l'absence d'incitatifs financiers offerts pour libérer des membres de leur personnel pour

suivre la formation. Plusieurs acteurs affirmaient que l'ouverture des dirigeants d'entreprise serait un élément facilitant l'implantation des réseaux de sentinelles. En milieu scolaire, l'offre de formation sentinelle est régulièrement déclinée en raison de la difficulté de libérer du personnel, car celui-ci est très souvent sollicité.

Les sentinelles sont libres de s'identifier ou non comme telles dans leur milieu. Selon les acteurs du milieu, s'afficher en tant que sentinelle permet de briser les tabous et les préjugés au regard de la problématique du suicide (MSSS, 2012). De plus, cela faciliterait le contact avec les personnes à risque. Cependant, plusieurs répondants affirment qu'en dehors des milieux ciblés, certaines sentinelles préfèrent ne pas s'afficher publiquement. Les raisons invoquées incluent la peur d'être harcelées, la peur de ne pas pouvoir préserver leur intimité, la peur des attentes ou des exigences et la peur d'être soupçonnées d'avoir déjà eu des problèmes de santé mentale. Dans ce sens, les participants de Vachon (2017) indiquaient également avoir certaines craintes à propos de leur rôle, comme la peur d'être agressé par une personne en état d'ébriété. Ces barrières à l'implantation de réseaux sentinelles au Québec offrent un aperçu des freins potentiels à la capacité d'agir des sentinelles dans divers milieux.

L'essai doctoral de Vachon (2017) est la première investigation des effets de la formation sentinelle québécoise sur les participants utilisant plusieurs temps de mesure. Le but de cet essai était d'évaluer les effets de la formation sur les connaissances à l'égard de la problématique du suicide, les attitudes à l'égard de leur propre intervention, et le sentiment d'efficacité personnel auprès d'un petit échantillon ($n = 29$) intéressé à prévenir le suicide des personnes âgées. Les résultats montraient que les connaissances et les attitudes des participants étaient significativement plus élevées après avoir suivi la formation sentinelle. Ils montraient également que 83 % des participants considéraient que la formation avait changé leurs attitudes concernant le suicide et tous affirmaient que la formation les avait aidés à prendre conscience des problèmes vécus par les aînés en détresse. En général, les participants considéraient que leur habileté à intervenir auprès des personnes suicidaires s'était significativement améliorée suivant la formation. Plus spécifiquement, les sentinelles considéraient qu'elles se sentaient davantage aptes à référer les personnes à risque, gérer ces situations, aborder le sujet du suicide, recueillir de l'information sur la planification du geste suicidaire, reconnaître les gens en détresse et accompagner les personnes à risque. L'auteur constate que 81,5 % des sentinelles formées se sentaient très aptes à référer une personne à risque ou à

aborder le sujet du suicide (44,8 %), et que seulement 14,8 % se sentaient très aptes à l'accompagner.

Quatre mois suivant la formation, 12 des 29 sentinelles formées ont rapporté avoir aidé une personne à risque, pour un total de 22 personnes aidées. Des questions ouvertes ont également permis d'explorer les craintes que les participants pouvaient entretenir à propos de leur nouveau rôle de sentinelles. Les personnes qui ont inscrit une réponse à ces questions ont mentionné la difficulté à accepter certaines problématiques, la peur d'envenimer la situation, la gêne de questionner sur le suicide et la peur de ne pas être suffisamment objectif.

En somme, le programme sentinelle québécois est un programme adapté au contexte provincial, basé sur les données probantes de la littérature scientifique, et dont l'implantation est standardisée et minutieusement planifiée. Les données disponibles suggèrent que le programme québécois serait similaire à ses équivalents internationaux en termes d'effets sur les participants. Le rapport de Roberge et Bouguezour (2018) conclut néanmoins que, bien que la pertinence de la formation est évidente pour les sentinelles formées, il est difficile de déterminer si leurs apprentissages se traduisent en action. Les auteures suggèrent :

Piste d'action : Mesurer les effets de la formation, à la fois sur les savoirs acquis et sur la capacité d'agir, en questionnant les sentinelles sur leur sentiment de compétence avant la formation, immédiatement après celle-ci, et ensuite quelques mois plus tard, ainsi que sur les actions qu'elles ont posées par la suite et ajuster le soutien en conséquence (p. 37).

Cette suggestion est également accompagnée de plusieurs réflexions sur la sélection de sentinelles dotées de « certaines qualités de base » et l'influence du milieu dans laquelle les réseaux sont implantés, soulevant plusieurs questions sur les différents facteurs influençant la capacité d'agir des sentinelles québécoises.

1.4 Conclusion

Les programmes sentinelles forment une composante importante des stratégies de prévention du suicide. Les études portant sur les programmes sentinelles sont nombreuses, mais incomplètes. Celles-ci se concentrent pour le moment sur les caractéristiques individuelles des personnes formées et l'évaluation des effets à court terme du programme sur les sentinelles, notamment le développement de compétences, attitudes et connaissances suite à la formation. Il est impératif de poursuivre les efforts évaluatifs entamés et de porter un intérêt tout aussi particulier aux changements comportementaux ; l'identification et la référence de personnes à risque vers les services d'aide. Pour les quelques études ayant étudié les comportements d'aide, les effets sont variés, ce qui soulève des interrogations sur l'influence du contexte dans lequel le programme est déployé. Dans le but de mieux comprendre comment se manifestent les comportements d'aide des sentinelles, il est nécessaire d'explorer les nombreux facteurs individuels et contextuels influençant la capacité d'agir des sentinelles dans leur rôle. Dans le cas du programme québécois, incorporer ces éléments sera nécessaire pour produire de nouvelles connaissances et une évaluation plus complète et globale.

1.5 Objectifs et questions de recherche

La thèse présentée s'inscrit dans un contexte de manque de données concernant l'efficacité du programme sentinelle québécois développé spécifiquement pour le contexte québécois. Pourtant, plus de 30 000 personnes ont été formées à travers la province depuis 2008. C'est également dans le contexte d'une multitude de programmes sentinelles existants et d'un manque de consensus quant aux effets du programme sur les participants que le travail de thèse sur l'évaluation du programme sentinelle québécois prend toute son importance et propose de contribuer.

Le présent projet doctoral cherche donc à mieux comprendre les effets des formations de prévention du suicide sentinelle sur les participants. Pour ce faire, trois questions de recherche ont été formulées :

1. Quels sont les effets de la formation sentinelle québécoise sur les connaissances sur la prévention du suicide et le rôle de sentinelle, la reconnaissance de l'influence des attitudes en prévention, l'intention d'aider, la connaissance des

services d'aide, et la perception d'efficacité (effets cibles), et les comportements d'aide des sentinelles ?

2. Quels effets cibles de la formation sentinelle sont associés aux comportements d'aide des sentinelles ?
3. Quels sont les différents facteurs qui pourraient avoir un effet sur la capacité des sentinelles à entreprendre des comportements d'aide ?

Le projet de recherche doctoral présenté s'appuie sur la littérature scientifique internationale pour développer son modèle théorique et sa méthodologie évaluative. Il propose de répondre à certaines grandes lacunes identifiées en intégrant une conceptualisation des comportements d'aide, lui permettant ainsi d'explorer les impacts plus distaux du programme. La thèse propose également d'aller plus loin, et de déterminer de la relation entre les différents effets cibles de la formation et les comportements d'aide. Finalement, dans une perspective réaliste et avec un but explicatif, elle explore les différents facteurs impliqués dans les comportements d'aide des sentinelles, une avenue de recherche pour le moment peu étudiée.

CHAPITRE 2

MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre présente la démarche utilisée pour atteindre les objectifs de recherche. Le positionnement évaluatif est d'abord explicité. Ensuite, la méthodologie du projet est décrite en séparant les deux phases de l'étude pour chacun des éléments du devis. Le chapitre conclut avec les considérations éthiques.

2.1 Positionnement évaluatif

2.1.1 Type d'évaluation

Le présent projet doctoral constitue une évaluation des effets cibles du programme et utilise une approche d'évaluation guidée par la théorie de programme (Chen et Rossi, 1983), en empruntant certains éléments clés de l'évaluation réaliste (Pawson et Tilley, 1997). Dans cette perspective, l'approche guidée par la théorie de programme cherche à expliciter la théorie du changement ou le modèle logique d'une intervention et à comprendre les processus impliqués dans le but de déterminer si les résultats souhaités sont atteints. Elle étudie la logique entre les causes du problème, les objectifs du programme, ses moyens d'action, son contexte d'implantation et ses effets à court, moyen et long terme (Chen, 1990). Elle permet une évaluation plus rigoureuse du programme, car l'évaluation est guidée par un cadre théorique bien établi (Brousselle *et al.*, 2011). Elle peut également aider à identifier les éléments du programme qui doivent être ajustés ou améliorés afin de mieux s'aligner avec le modèle logique du programme. Enfin, elle peut fournir des informations précieuses sur les mécanismes et les processus sous-jacents aux résultats du programme, qui peuvent être utilisées pour éclairer la conception et la mise en œuvre futures du programme. Selon Chagnon (2004), l'utilisation d'une approche évaluative guidée par la théorie de programme peut se révéler particulièrement pertinente pour établir la logique d'action et déterminer une série d'indicateurs en amont du décès par suicide (si le lien causal est établi). Ces indicateurs permettraient ensuite de faire des liens entre le programme et la réduction du suicide et de ses conséquences négatives. Dans le contexte du présent projet doctoral, le lien entre l'activité (la formation) et les effets proximaux (connaissances de la prévention du suicide et du rôle de

sentinelle, reconnaissance de l'influence des attitudes, intention d'aider, connaissance des services d'aide, perception d'efficacité) et plus distaux (les comportements d'aide) sont étudiés.

L'évaluation réaliste, une forme d'évaluation basée sur la théorie, met davantage l'accent sur l'investigation et la compréhension des mécanismes sous-jacents expliquant comment et pourquoi un programme fonctionne dans des contextes spécifiques, ainsi que les facteurs contextuels spécifiques qui influencent ces mécanismes (Pawson et Tilley, 1997). L'évaluation réaliste reconnaît que les programmes sont des interventions complexes qui interagissent avec les systèmes sociaux et que, par conséquent, il est essentiel de comprendre le contexte dans lequel un programme est mis en œuvre pour comprendre comment il fonctionne et pourquoi il produit certains résultats (Vincent et O'Mahoney, 2018). Une approche réaliste a des implications particulières pour le devis d'une évaluation et l'analyse des résultats. Par exemple, plutôt que de comparer les résultats des participants qui ont pris part à un programme et de ceux qui n'y ont pas pris part (comme c'est le cas dans les essais randomisés contrôlés ou les devis quasi expérimentaux), une évaluation réaliste compare les combinaisons contextes-mécanismes-effets (CMO) du programme ou entre les différents sites (Wong *et al.*, 2016). Elle questionne, par exemple, si un programme fonctionne plus ou moins bien dans différents milieux (et si oui, comment et pourquoi), ou pour différents participants (Vincent et O'Mahoney, 2018). La caractéristique principale d'une évaluation réaliste est qu'elle est explicative et non simplement descriptive, les principaux résultats sont présentés en lien avec les contextes, mécanismes et configurations de résultats pour développer, tester ou affiner la théorie du programme (Wong *et al.*, 2016).

Dans le contexte du présent projet doctoral, l'investigation des différents facteurs pouvant être impliqués dans les comportements d'aide (effet proximal du programme) apporte une dimension supplémentaire permettant de parfaire l'évaluation et de mieux en comprendre le modèle logique. Néanmoins, le projet ne privilégie pas l'utilisation d'une approche évaluative réaliste complète, et ce, pour deux raisons. Premièrement, l'évaluation réaliste nécessite une méthodologie rigoureuse, complète et considérable en termes de temps et de ressources — une limite importante à un projet doctoral. Deuxièmement, l'approche réaliste privilégie une identification de mécanismes causaux opérationnalisables qui n'est pas cohérente avec la nature descriptive et exploratoire de l'Objectif 3. Le présent projet emprunte néanmoins la réflexion de l'approche réaliste pour explorer et identifier les différents mécanismes qui pourraient avoir un impact sur les comportements d'aide des

sentinelles. L'importance de l'influence des mécanismes causaux sur les effets de la formation est donc reconnue et mise en lumière sans pour autant fournir une liste de configurations contexte-mécanisme-effets qui est attendu des évaluations réalistes (Wong *et al.*, 2016).

2.1.2 Paradigme

Le présent projet de recherche doctoral s'inscrit dans un paradigme de réalisme critique. Le réalisme critique est une philosophie des sciences qui s'est développée à partir d'une critique du positivisme du philosophe Roy Bhaskar (1975, 1979, 1998), plus particulièrement l'affirmation que les humains sont capables de connaître et de mesurer la réalité de manière complète et infaillible (Sturgiss et Clark, 2019). Au contraire, le réalisme critique affirme que les preuves que nous observons peuvent se rapprocher de la réalité, mais qu'il s'agit toujours d'un compte rendu faillible, social et subjectif de la réalité. Le réalisme critique diffère également du relativisme épistémique du constructivisme qui considère que la réalité est largement ou entièrement définie par les perspectives et les interprétations, que tout ce que nous pouvons savoir doit être interprété par l'entendement humain, et qu'il n'y a donc aucune base pour savoir quelle est la véritable nature de la réalité (Fletcher, 2017). Ce premier suggère plutôt qu'il existe une réalité externe, un monde indépendant de la connaissance que nous en avons, mais que notre connaissance de ce monde ne peut être appréhendée qu'indirectement, à travers nos sens, notre cerveau, notre langage et notre culture (Wong *et al.*, 2012). Il est donc souvent dit que ce paradigme s'inscrit à la croisée du postpositivisme et du constructivisme. Finalement, le réalisme critique privilégie des questions de recherche explicatives et axées sur la théorie dont l'objectif est de comprendre comment les mécanismes fonctionnent dans un contexte spécifique (Maxwell, 2012 ; Vincent et O'Mahoney, 2018).

Un paradigme de réalisme critique est particulièrement approprié pour le domaine de la psychologie communautaire, car il est compatible avec ses positions, valeurs et méthodes de recherche (Lauzier-Jobin *et al.*, 2022). Les deux rejettent le paradigme postpositivisme prédominant en psychologie, et les pratiques excessivement neuroscientifiques, basées sur les groupes contrôles et l'expérimentation. Le contexte dans lequel la recherche s'inscrit est également indissociable des résultats obtenus. Finalement, l'importance de la réflexivité et de la reconnaissance de l'influence

des valeurs et de la culture du chercheur dans l'axiologie du réalisme critique est également compatible avec les pratiques des psychologues communautaires (Lauzier-Jobin *et al.*, 2022).

Les approches d'évaluation basées sur la théorie sont également ancrées dans un paradigme de réalisme critique, avec des similitudes observées dans leurs positionnements ontologiques, épistémologiques et méthodologiques. Ces approches, bien que guidées par des lois naturelles qui peuvent être comprises de manière fractionnée, appréhendent la réalité comme réelle même si elle ne peut être saisie dans ses moindres détails (Brousselle et Buregeya, 2018). Une approche réaliste critique est utile pour explorer l'influence du contexte sur l'efficacité d'une intervention. Plutôt que de supposer que les interventions détiennent en elles-mêmes le pouvoir d'effectuer des changements, une approche réaliste reconnaît l'imbrication entre le contexte (les éléments qui constituent l'environnement d'une intervention), les mécanismes (les forces invisibles qui déclenchent le changement) et les résultats d'une intervention (Clark *et al.*, 2012). En s'intéressant aux explications causales, le réalisme offre l'opportunité de comprendre et d'expliquer les mécanismes qui sous-tendent les événements empiriques et réels (Lacouture *et al.*, 2015). L'identification des mécanismes explicatifs signifie donc que le réalisme critique place la théorie au premier plan. Une approche réaliste critique est donc utile pour prendre en considération et mieux comprendre l'influence du contexte sur l'efficacité d'une intervention ou d'un programme (Sturgiss et Clark, 2019).

2.1.3 Devis de recherche

Le devis de recherche employé est un devis mixte séquentiel explicatif QUAN → qual (Creswell et Clark, 2007 ; Tashakkori et Teddlie, 2009) comprenant une première phase avec un devis préexpérimental pré-post-suivi avec un groupe unique et une deuxième phase avec un devis qualitatif descriptif. Les résultats de la recherche sont présentés plus loin en deux études en forme d'article scientifique, dans les chapitres 3 et 4 de la thèse. Ensuite, l'intégration des deux études est présentée dans le chapitre 5 de la thèse, la discussion générale.

L'utilisation d'un devis mixte de type séquentiel explicatif permet aux résultats d'un premier volet de recherche quantitative d'être explorés, mis en contextes ou expliqués grâce à un deuxième volet de recherche qualitative (Creswell, 2013). Ainsi, la première phase quantitative permet de rendre

compte d'un portrait spécifique d'un phénomène. Ensuite, la phase qualitative permet d'expliquer, d'approfondir et de mettre en contexte les résultats obtenus au cours de la première phase (Creswell, 2013 ; Ivankova et al., 2006 ; Pluye et Hong, 2014). La deuxième phase qualitative composée d'entrevues individuelles s'appuie donc sur une première phase quantitative réalisée par la passation de questionnaires en ligne à trois temps de mesures. Un modèle visuel adapté de Ivankova *et al.* (2006) représente la séquence des collectes de données, la priorité des méthodes et les points de connexion entre les deux approches de l'étude (Figure 2.1).

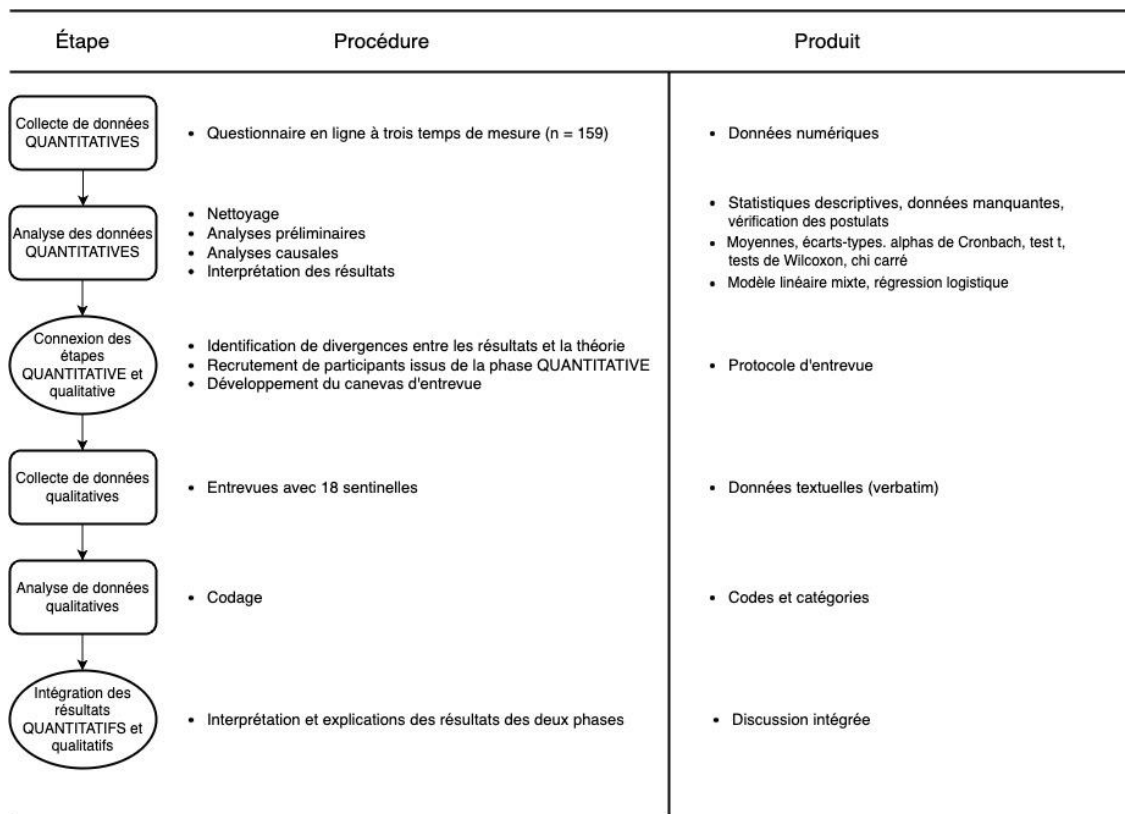


Figure 2.1 Plan du devis mixte du projet doctoral (figure adaptée de Ivankova et al., 2006)

Dans le cas de la présente étude, la phase qualitative avait pour objectif d'examiner les résultats quantitatifs suggérant l'absence de différence significative dans les comportements d'aide des sentinelles avant et après la formation. Dans cette optique, on peut aussi considérer que cette étude adopte une orientation « d'initiation » comme définie par Greene et collègues (1989). Selon les auteurs, les études d'initiation juxtaposent de façon explicite deux méthodes pour trouver des

divergences, souvent pour examiner des concepts multidimensionnels éclairés par des perspectives théoriques diverses et potentiellement paradoxales (e.g., Kulberg et al., 2010 ; Nicotera, 2008). En pratique, les études d'initiation sont rarement planifiées d'avance, et il est plus commun de voir des études d'initiation *émergentes*, dans lesquelles les divergences à la théorie sont découvertes et expliquées suite aux analyses (Greene *et al.*, 1989). Ainsi, la valeur ajoutée réside dans les résultats contradictoires et complexes qui soulèvent de sérieuses questions sur la théorie précédente, justifiant une refonte future de la théorie avec la possibilité d'émergence d'une théorie fondamentalement nouvelle (Nieswandt et McEneany, 2009). En effet, les études mixtes, particulièrement celles avec une orientation d'initiation, peuvent représenter des approches particulièrement intéressantes pour contextualiser et refondre des résultats non significatifs et identifier des relations inattendues. Selon Riazi et Candli (2014), les études mixtes avec une orientation d'initiation sont mieux conceptualisées dans un paradigme de réalisme critique où « la réalité est perçue comme étant à plusieurs niveaux, chaque niveau devant être abordé par des questions de recherche, des données et des analyses différentes » (p. 146). En examinant les résultats des méthodes mixtes, il est possible de constater qu'un modèle logique tel qu'évalué par des données quantitatives n'est alors pas suffisant pour rendre compte des changements (Javdani et al., 2023).

C'est donc avec cette intention que la phase qualitative a été développée et mise en place ; dans le but d'explorer les possibles raisons du manque de différences significatives des comportements d'aide après avoir reçu une formation, un effet cible important du programme sentinelle. Suivant Ivankova et al. (2006), les résultats permettant de répondre aux questions quantitatives de l'étude sur les effets de la formation sentinelle sont discutés en premier. Ensuite, les résultats qualitatifs sur les facteurs impliqués dans les comportements d'aide sont discutés. Ce processus séquentiel permet aux résultats de la première phase qualitative de clarifier et d'expliquer les résultats statistiques de la première phase quantitative. Finalement, les résultats des deux phases de l'étude sont groupés pour être discutés ensemble et offrir une compréhension complète et multidimensionnelle, attestant de l'utilité du devis mixte de type séquentiel explicatif (Greene et al., 1989 ; Creswell et al., 2003).

L'évaluation présentée dans la thèse se penche tout particulièrement sur les activités (c.-à-d. la formation) du programme sentinelle et leurs effets sur les participants, une partie du modèle logique

de programme. Il est important de souligner que le programme sentinelle québécois présente d'autres composantes qui sont discutées brièvement, mais qui méritent une attention évaluative tout aussi particulière pour fournir une compréhension globale et nuancée du programme.

2.1.4 Positionnement et réflexivité de l'étudiant-chercheur

L'intérêt de l'étudiant-chercheur pour le sujet de recherche actuel découle tout d'abord de son parcours de recherche. Son choix d'études en psychologie communautaire était motivé par un désir d'approcher les enjeux de société avec une lunette écologique et préventive, en s'intéressant tout particulièrement aux facteurs de protection. Il avait également pour souhait de développer, au cours de ses études doctorales, ses connaissances et compétences dans le domaine de l'évaluation de programme. L'étudiant-chercheur s'identifie comme un homme de 29 ans n'ayant pas d'expérience personnelle avec la suicidalité et n'ayant jamais été dans une situation où il a lui-même interagi avec une personne suicidaire. Il approche donc le sujet à l'étude avec humilité, intérêt et sensibilité. Il a reçu une brève formation d'intervention en cas de crise suicidaire et a observé une formation sentinelle du programme québécois dans le but de se préparer à une éventuelle situation de crise et se familiariser avec l'expérience des personnes qui aident les individus à risque de suicide.

Tout au long du processus de recherche, il s'est livré à une réflexivité personnelle et fonctionnelle. La réflexivité personnelle implique un examen de son rôle et de son point de vue subjectif en tant que chercheur, alors que la réflexivité fonctionnelle représente les réflexions critiques sur la manière dont les outils et les processus de recherche sélectionnés ont pu façonner la recherche (Wilkinson, 1988). La réflexivité est un outil précieux pour favoriser la compréhension du phénomène étudié et du rôle du chercheur, et promouvoir une rigueur de la recherche qualitative (Jootun *et al.*, 2009). La relation et l'influence du chercheur et des participants doivent donc être explicitées. L'étudiant-chercheur a exercé une réflexivité personnelle et fonctionnelle par le biais de réflexions internes et de la prise de notes de recherche (dans un journal), ainsi que par le biais de discussions avec des collègues « critiques ». Ces stratégies permettaient de recueillir différentes perspectives et d'élargir ses perceptions par rapport à son rôle et sa position de chercheur. Sa réflexivité a permis, par exemple, de nourrir le développement de la méthodologie, de s'interroger sur sa position lors de la collecte de données, et de prendre en considération ses valeurs

2.2 Phase 1 (QUAN)

La première phase de l'étude avait pour objectif d'évaluer les effets de la formation sentinelle québécoise sur les connaissances sur la prévention du suicide et le rôle de sentinelle, la reconnaissance de l'influence des attitudes en prévention, l'intention d'aider, la connaissance des services d'aide, et la perception d'efficacité (effets cibles), et les comportements d'aide des sentinelles. Elle avait également pour objectif de déterminer de la contribution des effets cibles de la formation sentinelle dans la prédiction des comportements d'aide des sentinelles.

2.2.1 Participants

L'échantillon de participants de cette phase est constitué de personnes inscrites à la formation sentinelle dans un des CPS suivants : a) le Centre d'écoute et de prévention du suicide Drummond ; b) le Centre de prévention du suicide de Lanaudière ; c) le Centre de prévention du suicide de Charlevoix ; d) le Centre de prévention du suicide de Québec ; et e) le Centre de prévention du suicide de Québec. Il est estimé qu'environ 2 000 sentinelles sont formées chaque année par les différentes CPS (Association québécoise de prévention du suicide, 2017). De plus, des documents internes du CPS de Drummondville indiquent qu'environ 100 sentinelles sont formées par le centre chaque année. Une collaboration avec cinq CPS similaires en termes de formation représentait donc 500 participants potentiels par année.

Les critères d'inclusion des participants à cette première phase étaient a) être majeur ; b) suivre une formation *Agir en sentinelle pour la prévention du suicide* donnée par un Centre de prévention du suicide du Québec ; et c) maîtriser la langue française à l'écrit. Les participants étaient exclus s'ils répondaient au premier questionnaire après avoir reçu leur formation sentinelle. Dans le cadre de cette étude, la formation sera donnée par les formateurs des différents CPS formés par l'AQPS, selon les plans stratégiques de leurs régions respectives. La première phase du projet comprenait 159 participants. De ces 159 participants, 81 n'ont pas répondu aux questionnaires des trois temps de mesure et 78 ont répondu aux questionnaires des trois temps de mesure.

2.2.2 Recrutement et procédure

Le recrutement des participants s'est effectué en collaboration avec les CPS partenaires. Lors de leur inscription pour recevoir une formation sentinelle auprès d'un CPS, les participants à la formation recevaient un courriel les invitant à participer à l'étude. S'ils acceptaient de participer, le courriel les invitait à remplir le premier questionnaire en cliquant sur un lien Internet vers le questionnaire hébergé sur Qualtrics XM (Qualtrics, Provo, UT). Chaque participant devait lire et signer le formulaire d'information et de consentement électronique avant de pouvoir débiter le questionnaire. Les participants devaient également fournir une adresse courriel valide qui serait utilisée pour recevoir le deuxième et le troisième questionnaire. Deux courriels de rappels étaient envoyés pour ces questionnaires. Les participants étaient contactés pour participer à la phase 1 entre mars 2020 et juillet 2022. Aucune compensation financière n'a été fournie aux participants.

Il était attendu de devoir recruter un minimum de 100 sentinelles pour cette phase de l'étude. Ce nombre était déterminé en considérant la quantité de participants nécessaire pour les analyses statistiques planifiées ($N_{\text{minimal}} = 72$). Le nombre de 100 sentinelles a été calculé en prévoyant un taux d'attrition d'environ 30 %, semblable aux études antérieures (Rallis *et al.*, 2018).

2.2.3 Instruments

2.2.3.1 Développement du modèle logique et des instruments

Afin de développer des mesures sensibles et adaptées au contexte québécois et à la formation déployée, des acteurs québécois impliqués en prévention du suicide familial avec le programme sentinelle québécois ont été consultés. Ces acteurs incluent une formatrice sentinelle et un formateur-conseiller (CPS Suicide Action Montréal), une coordinatrice de la formation (AQPS), une conseillère scientifique (Institut national de santé publique du Québec), une sentinelle encore active (milieu scolaire) et une ancienne sentinelle (milieu scolaire). Des entrevues informelles ont été réalisées afin de schématiser le modèle logique du programme. Le modèle logique proposé (Figure 2.2) est une adaptation de Burnette et collègues (2015). Dans ce modèle, la formation sentinelle augmente les effets cibles identifiés (connaissances sur la prévention du suicide et le rôle de sentinelle, connaissance des services d'aide, perception d'efficacité, reconnaissance de l'influence des attitudes, et intention d'aider) qui augmentent à leur tour les comportements d'aide.

Dans ce modèle, l'acquisition des effets cibles et l'entreprise de comportements d'aide sont influencées par des caractéristiques individuelles (âge, genre, profession, etc.) et contextuelles (soutien disponible, lieux intimes dans le milieu, etc.).

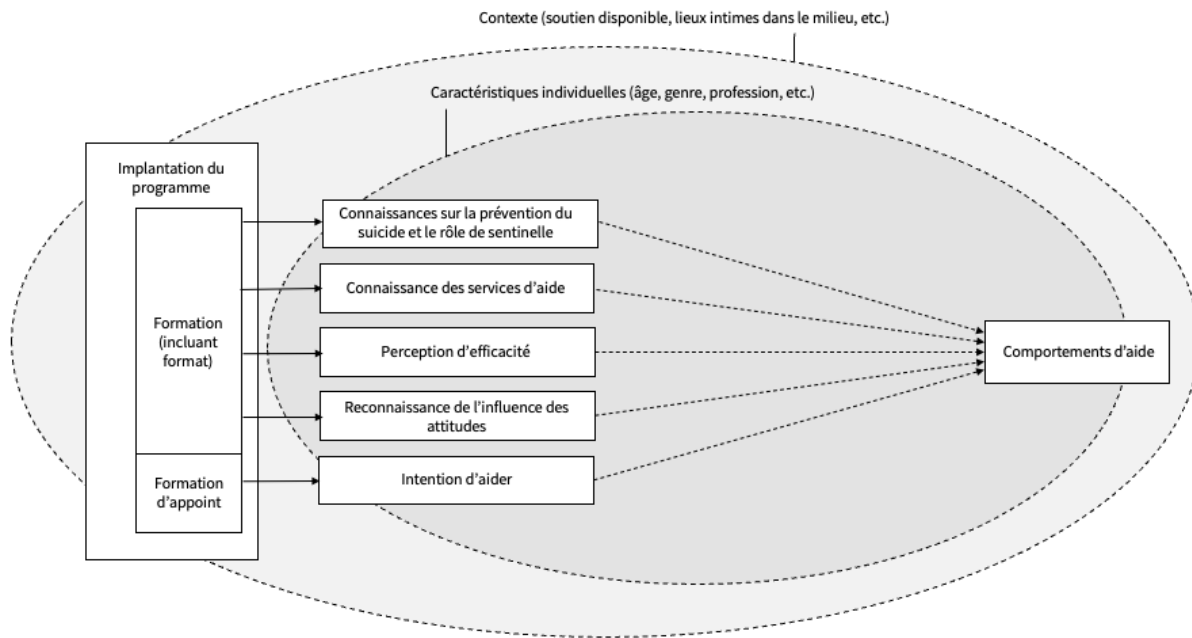


Figure 2.2 Modèle logique préliminaire du programme sentinelle adapté de Burnette *et al.* (2015)

Une fois que les effets souhaités de la formation ont été identifiés, les instruments (voir Tableau 2.1) ont été sélectionnés et révisés afin de refléter plus fidèlement les enseignements du programme actuel. Les effets cibles identifiés sont comparables aux autres évaluations de programmes sentinelles et sont en cohérence avec les compétences de sentinelles proposées par Hawgood et collègues (2021). Le questionnaire a ensuite été envoyé à toutes les personnes interrogées pour recueillir leurs commentaires et suggestions.

Tous les instruments ont été traduits en français et placés sur la plateforme d'enquête en ligne Qualtrics XM avec l'option de rappel de réponse manquante activée afin d'éviter d'éventuelles données manquantes. Le questionnaire final utilisé se trouve en annexe (voir Annexe A).

2.2.3.2 Caractéristiques sociodémographiques

Les caractéristiques sociodémographiques des participants (p. ex. âge, genre, emploi, éducation) ont été collectées à l'aide d'un questionnaire sociodémographique standard. Des questions spécifiques à la formation sentinelle (p. ex. format de la formation reçue, milieu) et leur expérience avec une personne à risque dans leur vie étaient également incluses.

2.2.3.3 Perception d'efficacité.

La perception d'efficacité était mesurée grâce à un questionnaire utilisé par les formateurs sentinelles lors des formations et développé par l'AQPS (Roy et Beaulieu, 2014). Cet outil est constitué de neuf items répondus sur une échelle de Likert à quatre réponses (tout à fait en désaccord à tout à fait en accord), pour un score total de 0 à 27. Il est inclus dans le cahier de formation des sentinelles, comme outil d'auto-évaluation. Les items de l'outil concordaient avec les apprentissages comportementaux visés de la formation, mais n'ont pas été validés scientifiquement. Dans la présente étude, les coefficients alpha au prétest, au posttest et au suivi étaient respectivement de 0,90, 0,87 et 0,94.

2.2.3.4 Reconnaissance des attitudes

La reconnaissance de l'influence des attitudes sur la prévention est mesurée avec deux items auxquels les participants indiquent à quel point : 1) la réaction d'une personne face à quelqu'un de suicidaire est influencée par certains de ses croyances et préjugés ; et 2) sa propre réaction face à quelqu'un de suicidaire est influencée par certains de ses croyances et préjugés. Une échelle de Likert à quatre choix de réponse (tout à fait en désaccord à tout à fait en accord) y était utilisée pour calculer un score de 0 à 6.

Ce court questionnaire a été développé suivant les commentaires des différents acteurs consultés ayant affirmé que la formation avait davantage un but de « reconnaissance » de l'influence des

attitudes plutôt que de changement d'attitudes, comme il est couramment utilisé dans la littérature scientifique. Il n'existait donc aucun instrument permettant de mesurer cette variable.

2.2.3.5 Connaissance des services d'aide

La connaissance des services d'aide est mesurée avec une question ouverte invitant les participants à nommer les ressources et services d'aide qu'ils connaissent auxquels ils pourraient référer une personne vulnérable au suicide. Les scores consistaient en un nombre de services appropriés que les participants pouvaient nommer.

2.2.3.6 Intention d'aider

L'intention d'aider est évaluée grâce à la sous-échelle d'Intention d'aider du *Gatekeeper Behavior Scale* (Albright *et al.*, 2016). Cette sous-échelle est constituée de deux items répondus grâce à une échelle de Likert à 4 réponses possibles (très probable à très peu probable). Les scores pouvaient varier entre 0 et 6. Les items concordent avec ceux utilisés dans d'autres études (Capp *et al.*, 2001; Tarquini, 2010).

Le score de ces deux items a été associé aux comportements d'aide des sentinelles dans un échantillon de 8 931 étudiants, professeurs et employés d'écoles primaires, secondaires et université des États-Unis (Albright *et al.*, 2016).

2.2.3.7 Connaissances sur la prévention du suicide et le rôle de sentinelle

Les connaissances objectives des sentinelles sur la prévention du suicide et leur rôle étaient évaluées à l'aide d'une adaptation du questionnaire sur les connaissances objectives de (Tierney, 1988), traduit par Lapierre et Béland (2009). Cette dernière version traduite a été utilisée pour un essai de doctorat évaluant les connaissances des sentinelles québécoises (Vachon, 2017). Suite aux échanges avec les acteurs consultés, certaines questions ont été modifiées pour mieux refléter le contenu de la formation québécoise. Les changements portaient principalement sur le langage utilisé, qui était selon eux trop centré sur l'« intervention ».

Dans la présente étude, l'instrument comportait 12 questions avec quatre choix de réponse différents, pour un score maximum de 12. Bien que certaines questions aient été répondues plus difficilement que d'autres, aucune question n'a obtenu un taux d'échec de plus de 32 % des participants après avoir reçu la formation (T2).

2.2.3.8 Identification et référence des personnes suicidaires et caractéristiques des personnes identifiées

Le nombre de personnes à risque a) identifiées par les participants, b) qui ont approché les participants, et c) qui ont été référés par les participants est recueillis grâce à une grille adaptée de (Vachon, 2017). Les caractéristiques de ces personnes, telles que l'âge, le genre, la relation avec le participant, le milieu, les symptômes de crise suicidaire sont également collectés sans renseignements identificateurs (p. ex. nom, adresse, etc.).

Dans la présente étude, un comportement d'aide était défini de deux façons possibles (Ewell Foster *et al.*, 2016) : *L'identification*, qui implique de reconnaître qu'une personne pourrait être à risque, et *l'approche*, qui consiste à adopter des comportements de soutien après qu'une personne à risque ait approché la sentinelle pour demander de l'aide.

Il était demandé aux participants si, au cours des six derniers mois, 1) ils avaient été approchés par quelqu'un à risque pour de l'aide, et 2) s'ils avaient identifié une personne présentant des signes de détresse ou de risque suicidaire. Dans l'affirmative, les sentinelles remplissaient la grille pour chacune de ces interactions. Les fréquences des comportements étaient calculées. Ce type d'outil a été utilisé par plusieurs auteurs pour déterminer des comportements d'aide des sentinelles, incluant parfois de nombreuses questions sur les personnes ayant été aidées (Condrón *et al.*, 2015 ; Ewell Foster *et al.*, 2016).

Instruments	Temps 1 (pré)	Temps 2 (post)	Temps 3 (6 m)	Temps de passation
A. Questionnaire sociodémographique	X			2 minutes
B. Questionnaire sur les connaissances du rôle de sentinelle et la prévention du suicide (Lapierre et Béland, 2009)	X	X	X	10 minutes

C. Questionnaire sur la perception d'efficacité (Roy et Beaulieu, 2014)	X	X	X	5 minutes
D. <i>Gatekeeper Behavior Scale</i> – Intention d'aider (Albright et al., 2016)	X	X	X	2 minutes
E. Questionnaire sur la reconnaissance de l'influence des attitudes	X	X	X	2 minutes
F. Questionnaire sur la connaissance des services d'aide disponibles	X	X	X	5 minutes
G. Questionnaire rétroactif sur le nombre d'identifications et de références	X		X	0 à 10 minutes

Tableau 2.1 Instruments utilisés pour la phase 1

2.2.4 Plan d'analyses

2.2.4.1 Description de l'échantillon.

Les analyses statistiques sont effectuées à l'aide du logiciel Rstudio (RStudio Team, 2020) pour R (Version 4.0.3 ; R Core Team, 2020). Des analyses statistiques descriptives ont été effectuées pour décrire l'échantillon de l'étude selon les données sociodémographiques, les scores aux différents instruments de mesure et le nombre de comportements d'aide rapportés.

2.2.4.2 Effets cibles de la formation

Toutes les analyses ont été effectuées avec R (version 4.0.3 ; R Core Team, 2020) dans Rstudio (Rstudio Team, 2020). Des analyses descriptives ont été menées pour examiner les caractéristiques sociodémographiques et facteurs individuels des participants, ainsi que les résultats cibles (connaissance du rôle de la sentinelle et de la prévention du suicide, reconnaissance de l'influence des attitudes sur la prévention du suicide, intention d'aider, perception d'efficacité perçue et connaissance des services d'aide) et les comportements d'aide. Des analyses comparatives (tests d'indépendance du χ^2 , test exact de Fisher et tests t d'échantillons indépendants) ont été utilisées pour évaluer les différences entre les participants qui avaient rempli les trois mesures et ceux qui ont abandonné l'étude.

Tout d'abord, un test des rangs signés de Wilcoxon a été réalisé avec un échantillon réduit de participants ayant effectué les trois mesures, afin d'examiner l'impact de la formation sentinelle sur les comportements d'aide six mois avant (prétest) et six mois après la formation (suivi). Un modèle linéaire mixte à mesures répétées a été réalisé sur les résultats cibles afin d'évaluer les changements au fil du temps. En raison de données manquantes et de différences non significatives entre les scores des groupes en ligne et celles en personne, le format de la formation n'a pas été inclus dans l'analyse. Des tests post-hoc ont été effectués pour déterminer les différences entre des points temporels spécifiques lorsque des différences significatives étaient constatées. Des modèles de régression logistique multivariés *stepwise* ont été utilisés pour déterminer la contribution des variables indépendantes à la prédiction du comportement d'aide des sentinelles lors du prétest et du suivi. Dans ces modèles de régression, les variables sociodémographiques et les effets cibles ont été entrés. Tous les tests statistiques étaient bilatéraux, et des valeurs $p < 0,05$ et intervalles de confiance à 95 % ont été considérés comme statistiquement significatifs.

2.2.4.3 Prédicteurs des comportements d'aide

Pour explorer les différents prédicteurs des comportements d'aide des sentinelles, deux modèles de régression logistique multivariée *stepwise* ont été utilisés. Un modèle de régression a été utilisé avec les données du prétest (T1, $n = 159$) et un modèle de régression a été utilisé avec les données du suivi 6 mois après la formation (T3, $n = 78$). Les variables entrées dans le modèle incluent les effets cibles (connaissances de la prévention du suicide et du rôle de sentinelle, reconnaissance des attitudes, perceptions d'efficacité, connaissance des services d'aide, perception d'efficacité et intention d'aider) et les différentes variables sociodémographiques (genre, âge, éducation, état civil, milieu de formation) ayant été identifiées dans la littérature comme ayant un effet potentiel sur les comportements d'aide.

2.3 Phase 2 (qual)

La deuxième phase avait pour objectif d'explorer les différents facteurs qui pouvaient être impliqués dans la capacité des sentinelles à entreprendre des comportements d'aide.

2.3.1 Participants

L'échantillon de participants de cette phase est constitué de personnes ayant participé à la première phase de l'étude et répondu aux questionnaires des trois temps de mesure. Les critères d'inclusion des participants à cette phase étaient a) avoir participé à la première phase de l'étude ; b) avoir suivi la formation *Agir en sentinelle pour la prévention du suicide* et c) maîtriser la langue française à l'oral. L'échantillon de la deuxième phase du projet comprenait 18 sentinelles.

2.3.2 Recrutement et procédure

À la fin du troisième questionnaire, un court résumé de la phase 2 était affiché. Les participants intéressés à participer à cette deuxième phase pouvaient consentir à ce que l'étudiant-chercheur puisse les contacter par courriel pour prendre un rendez-vous téléphonique pour expliquer la deuxième phase et procéder à l'entrevue. Les participants étaient contactés par courriel pour participer à la phase 2 entre septembre 2021 et juillet 2022, avec un deuxième courriel de relance en cas de non-réponse. Un deuxième formulaire d'information et de consentement hébergé sur Qualtrics XM était envoyé aux participants pour signature avant le début de l'entrevue. Aucune compensation financière n'a été fournie aux participants. Pour participer à la deuxième phase, les participants devaient répondre aux critères d'inclusion de la phase 1 et avoir rempli les trois questionnaires.

Des entretiens téléphoniques semi-structurés ont été réalisés. Ils ont duré entre 22 et 48 minutes avec une moyenne de 32 minutes et ont tous été réalisés en français par l'étudiant-chercheur. Les participants ont été interrogés sur le milieu dans lequel ils ont été formés pour agir (type, taille, individus, rôles, autres sentinelles, groupes à risque, ressources désignées), ses particularités (soutien, facilitateurs, barrières, sensibilisation au suicide), et leur expérience en tant que sentinelle (individus à risque, comportements d'aide avant et depuis la formation). Les enregistrements audio des entretiens ont ensuite été transcrits verbatim par un transcripteur professionnel.

2.3.3 Canevas d'entrevue

Le canevas d'entrevue a été développé en se basant sur les études antérieures sur les facteurs impliqués dans la capacité d'agir des sentinelles. Les questions canevas ont été séparées en trois

parties : la perception du rôle de sentinelle et de l'intervenant désigné, le milieu et la procédure de la sentinelle, et les particularités du milieu et des comportements d'aide. La perception du rôle de sentinelle et de l'intervenant comprenait des questions telles que : « *Pour vous, c'est quoi être une sentinelle ? Comment est-ce que vous qualifieriez votre relation avec votre intervenant désigné ?* ». La partie sur le milieu et la procédure de la sentinelle incluait des questions comme : « *Dans quel milieu agissez-vous en tant que sentinelle ? Qui sont les personnes à risque dans votre milieu, selon vous ?* ». Finalement, la partie sur les particularités du milieu et des comportements d'aide comprenait des questions comme : « *Qu'est-ce qui facilite votre rôle de sentinelle dans votre milieu ? Pour quelles raisons vouliez-vous participer à ce programme ?* ».

Le canevas d'entrevue a été prétesté auprès de deux participants, avant qu'il ait été décidé de retirer deux questions jugées peu utiles pour éliciter davantage de contenu. Le canevas d'entrevue est disponible en annexe (voir Annexe B).

2.3.4 Analyses

Les données recueillies lors des entrevues ont été retranscrites et importées dans un fichier MAXQDA. Le logiciel MAXQDA a été utilisé afin de regrouper, classer et codifier les données qualitatives collectées dans le but procéder à une analyse de contenu. Les données ont été traitées par l'étudiant-chercheur en utilisant une analyse de contenu conventionnelle de Hsieh et Shannon (2005) avec une approche de contenu manifeste, suivant la méthode en 16 étapes d'Assarroudi (2018). Selon cette méthode inductive, les étapes d'analyse incluent une phase de préparation, une phase d'organisation et une de rapport. La première phase de préparation commence par l'acquisition de compétences nécessaires, le développement et la sélection de la méthodologie, et la collecte des données. Ensuite, le chercheur s'immerge dans les données en réécoutant les bandes audionumériques et relisant les transcriptions, par la prise de notes, et la réflexion (Elo et Kyngäs, 2008). Dans la phase d'organisation, les mots, phrases ou paragraphes contenant des aspects liés à la question de recherche par leur contenu et leur contexte ont d'abord été identifiés pour extraire des unités de sens (Graneheim et Lundman, 2004). Une unité de sens est la retranscription simplifiée d'une partie de la transcription directement, ici directement traduite en anglais lors de la codification (p. ex. « *Interacting with a friend is easier because of the way she could talk to them* »). Les unités de sens ont été condensées avant d'être fusionnées en codes uniques représentant le sens

du discours identifié (p. ex. « *Knowing the person offers a privileged link* »). Les groupes de codes avec des significations similaires, différentes ou relatives ont ensuite été classés dans de mêmes sous-catégories (p. ex. « *Relationship with the person* »), pour elles-mêmes être regroupées en quatre catégories principales (p. ex. « *Interactions with people at risk of suicide* »). Les sous-catégories et catégories principales ont été développées inductivement selon leur pertinence pour répondre à la question de recherche et leur distinction thématique. Étant donné l'objectif pragmatique et la posture paradigmatique privilégiée, celles-ci sont délimitées et nommées pour suggérer un *topic summary* (résumé de sujet). Un résumé de sujet est une encapsulation brève des aspects essentiels du sujet. Braun et Clark (2022) le comparent au *thème* utilisé dans l'analyse thématique, qui représente davantage une histoire interprétative. À ce moment-là, l'analyse qualitative était discutée avec le directeur de thèse ; les catégories et sous-catégories étaient présentées et affinées au besoin. Plusieurs codes et sous-catégories reliées à la conception du rôle de sentinelle, leurs perceptions des groupes à risque dans leur milieu et les signes identifiés ont été mis de côté lors de cette phase en raison du manque de pertinence pour répondre à la question de recherche. Une description de chaque catégorie principale a été développée pour englober les sous-catégories et assurer une cohérence du contenu. Bien qu'un processus inductif ait été employé, la formation des différentes catégories fut influencée par la littérature scientifique revue, et par la formation du chercheur. Finalement, pour suivre les directives de la phase de rapport (Assarroudi, 2018), les étapes de l'analyse et ses résultats sont rapportés dans le document ci-joint.

2.4 Considérations éthiques

En raison de sa nature, sa méthodologie et le type de participants recherchés, ce projet ne présentait pas de considérations éthiques importantes. Toutefois, la recherche en suicidologie comporte des enjeux éthiques importants à soulever. La sécurité des participants qui ont une expérience avec la suicidalité est un des enjeux les plus importants. Dans le cadre de l'étude, néanmoins, les participants recrutés étaient des personnes formées à agir en prévention du suicide, et non des personnes suicidaires. Il était toutefois possible que le questionnaire et les questions d'entrevue suscitent des émotions inconfortables chez les participants qui ont dû interagir avec une personne en détresse. Il était possible, par exemple, que les sentinelles abordent des interactions difficiles ou négatives. Comme dans tout projet de recherche ayant des interactions chercheur-participant, il était également possible que les personnes interrogées vivent une détresse psychologique

importante non reliée à la recherche. Dans le but de minimiser ces risques, une liste de ressources d'aide disponibles était jointe au questionnaire et au formulaire de consentement. L'étudiant-chercheur avait également suivi une formation en prévention du suicide. De plus, les participants aux entrevues avaient la possibilité, sans justification nécessaire, de ne pas répondre à une question, de prendre une pause, ou d'interrompre l'entrevue.

Une considération éthique importante est celle de la confidentialité et de l'anonymat. Dans le cadre du projet, les participants avaient comme tâche de remplir un profil sociodémographique pour chaque personne aidée, incluant l'estimation de l'âge et du genre, la relation de la sentinelle avec cette personne, les signes identifiés, la situation de la personne, la ressource suggérée, etc. Bien que plusieurs des questions étaient répondues par des choix multiples, et qu'un rappel de ne pas fournir des informations identificatoires, il était possible que des participants puisse donner des informations pouvant mener à l'identification des personnes. Bien que ces données n'aient finalement pas été utilisées, plusieurs stratégies avaient été réfléchies. Tout d'abord, seulement les résultats de groupe auraient été présentés, et aucun profil individuel n'aurait été partagé. Également, les potentielles informations identificatoires (p. ex. le nom de la personne) auraient été retirées de la base de données pour s'assurer de ne jamais briser le respect de la vie privée de personnes qui n'ont pas accepté d'avoir leurs informations recueillies. Cet enjeu ne s'est finalement pas manifesté dans le cadre du projet, mais demande une réflexion approfondie dans le cas où une base de données centralisée des comportements d'aide des sentinelles est développée telle que proposée par Roberge et Bouguezour (2018) et déjà implantée dans certains programmes (p. ex. SAMSHA, 2016).

L'impact plus large de la publication de résultats d'évaluation de programme en prévention du suicide est une autre considération importante. Compte tenu de la sensibilité du sujet et des investissements qui ont été faits, des pressions peuvent être exercées pour que les résultats soient présentés d'une certaine façon. La manière dont les résultats d'évaluation sont diffusés peut également avoir une incidence sur la perception du public et les décisions politiques. Ils doivent examiner attentivement la manière dont les résultats sont communiqués au public, aux parties prenantes et aux décideurs politiques, en veillant à ce qu'ils soient représentés avec exactitude, sans tomber dans le sensationnalisme ou la stigmatisation. Les chercheurs doivent donc s'engager à publier des rapports transparents, en présentant objectivement les résultats positifs et négatifs.

Cela permet de garantir l'intégrité scientifique de la recherche. Ces enjeux sont particulièrement présents en prévention du suicide, lorsqu'il est difficile de déterminer de la pertinence d'une composante de la stratégie de prévention du suicide pour prévenir le suicide au niveau populationnel. Il est néanmoins important de rappeler que les résultats présentés n'ont pas été influencés d'une quelconque façon et représentent le fruit du travail et des réflexions de l'étudiant-chercheur et de son directeur de thèse.

Le projet a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants (CERPE) de la Faculté des sciences humaines de l'Université du Québec à Montréal (No. de certificat 3247). Des formulaires d'information et de consentement étaient fournis avant la participation à l'étude. Le formulaire d'information et de consentement comprend les objectifs de l'étude, le déroulement, les risques et inconvénients, les avantages et bénéfices et les aspects reliés à l'anonymat et aux droits du participant. Les participants avaient la possibilité d'exprimer leurs inquiétudes ou leurs difficultés à tout moment et étaient libres de se retirer de l'étude lorsqu'ils le désiraient. Hormis la charge de temps supplémentaire liée à la passation des questionnaires et des entrevues, aucun inconvénient ou risque n'étaient associés à l'étude. La base de données a été anonymisée dans le but de protéger l'anonymat des participants et l'ensemble des données seront détruites cinq ans après la fin de l'étude.

CHAPITRE 3

**EVALUATION OF THE OUTCOMES OF THE QUEBEC PROVINCIAL SUICIDE
PREVENTION GATEKEEPER TRAINING ON KNOWLEDGE, RECOGNITION OF
ATTITUDES, PERCEIVED SELF-EFFICACY, INTENTION TO HELP, AND HELPING
BEHAVIORS**

Montiel, Corentin,^{1,2} Mishara L., Brian^{1,2}

¹Université du Québec à Montréal, Department of Psychology, Canada

²Centre for Research and Intervention on Suicide, Ethical Issues and End-Of-Life Practices (CRISE)

Article publié dans *Suicide and Life-Threatening Behavior*

3.1 Abstract

Introduction: Gatekeeper (GK) training is a suicide prevention strategy in which community members learn to identify individuals at risk of suicide and refer them for appropriate help. Despite its widespread use, few studies have investigated its effects, including changes in helping behaviors. *Aims:* To assess the impact of GK training on participants' knowledge, recognition of the influence of attitudes, perceived self-efficacy, intention to help and helping behaviors, and to identify variables associated with GK behaviors. *Methods:* Mixed linear effects and forward stepwise logistic regressions were used to analyse data from 159 participants receiving the Quebec Provincial GK Training program offered by five different suicide prevention centers using pretest, posttest and six-month follow-up questionnaires. *Results.* Participants' knowledge of the GK role and suicide prevention, intention to help, self-efficacy, knowledge of services, and recognition of the influence of attitudes significantly increased following training. Most changes decreased at follow-up but remained higher than at pretest. Lower levels of education and higher intention to help were significant predictors of engaging in helping behaviors in the first six months after receiving training. *Conclusions.* The Quebec GK training appears to be effective in preparing participants for their role but does not appear to significantly increase helping behaviors.

Keywords: gatekeeper training, suicide prevention, community, helping behaviors, risk assessment

3.2 Introduction

Suicide in Quebec is a significant public health issue, with 1,055 recorded suicides in 2020 (Levesque & Perron, 2023). Although the suicide rate in Quebec increased steadily until 1999, reaching a rate of 22.1 per 100,000, it has subsequently decreased annually to 11.7 (Levesque et al., 2022). Surveys report that 2.8% of the Quebec population aged 15 and over seriously considered suicide in the last 12 months (Camirand et al., 2016), and 12% considered suicide at least once in their lives (Nanhou et al., 2010); 0.4% reported that they attempted suicide in the past 12 months (Camirand et al., 2016) and 4.4% reported having attempted suicide in their lifetime (Nanhou et al., 2010).

Many risk and protective factors have been studied in suicidology. The involvement of a wide array of biological, psychological, clinical, social, and environmental factors makes the identification of suicidal risk difficult and complex to detect (Turecki et al., 2019). A World Health Organization report (2014) highlighted the unique impact of social, community, and interpersonal factors in preventing suicide. For example, social support (Kleiman & Liu, 2013) and access to health care services (Campo, 2009 ; Lang, 2013) are significant protective factors. The stigma associated with seeking help has also been identified as a risk factor for suicide (Reynders et al., 2014). These findings have given rise to numerous suicide prevention activities that provide social support, aim to reduce the stigma associated with seeking help, and encourage help seeking, including GK programs.

3.2.1 Gatekeeper Programs

GK programs train and support community members to identify individuals at risk of suicide, refer them for appropriate help and encourage them in obtaining help the help they need. The duration of GK training ranges from a few hours to several days (Burnette et al., 2015; Roberge & Bouguezour, 2018; Yonemoto et al., 2019). The content of the training varies and is intended to be tailored to the trainee's characteristics and needs. However, some elements are considered essential: addressing personal attitudes towards suicide and their impact on the helping process, developing knowledge and skills in identifying a suicidal person, presenting an effective suicide prevention model, including simulations and observations, and providing information about local

resources and how to contact those resources (Isaac et al., 2009). GK programs are inspired by research indicating that individuals at risk of suicide often show visible signs of their distress or mention their problems to their peers, but their peers often do not recognize these signs and do not refer them for help (Drum et al., 2009; Rallis, 2017).

GK programs are guided by certain theories, most notably Ajzen's theory of planned behavior (Ajzen, 1991, 2011). This theory holds that attitude, subjective norms and perceived behavioral control together shape an individual's behavioral intentions. In turn, a tenet of this theory is that behavioral intention is the closest determinant of human behavior. These elements are part of the minimal GK training competencies proposed by Hawgood and colleagues (2021). Guided by a review of existing GK programs, Burnette and colleague (2015) proposed a conceptual model that describes the processes associating training and GK helping behaviors. Their model adds individual and environmental factors that can hinder or enhance the effectiveness of these training and helping behaviors. In this model, the target effects of training include knowledge about suicide, beliefs and attitudes about prevention, reluctance/stigma and self-efficacy to intervene.

Several studies have examined the effectiveness of GK training in developing various skills. Although the results are not consistent, there is evidence that GK training may result in both short- and long-term significant increases in objective knowledge, subjective knowledge and norms, positive attitudes toward mental health, help-seeking intervention skills, confidence in one's effectiveness in helping, and intention to help (Burnette et al., 2015; Holmes et al., 2019; Yonemoto et al., 2019). Controlled trials (Teo et al., 2016) and randomized controlled trials (e.g., Coleman et al., 2019; Kuhlman et al., 2020; Sareen et al., 2013; Wyman et al., 2008) have shown that these effects may be attributed to the training. Research to date has been limited to studying the effects of training on knowledge and attitudes. However, little is known about the effects of GK training on helping behaviors (Burnette et al., 2015; Lipson, 2014). Some authors suggest that GK programs increase the identification and referral of at-risk youth (Condrón et al., 2015; Deane et al., 2006; Ewell Foster et al., 2016; Rallis et al., 2018; Wyman et al., 2008), and that the vast majority of youth identified as at-risk would be referred by GKs to appropriate services (Condrón et al., 2015). However, although some studies include pre-post measures of helping behaviors (e.g., Ewell Foster et al., 2016; Tompkins & Witt, 2009), many have only studied the number of helping

behaviors reported since training (e.g., Condrón et al., 2015; Deane et al., 2006; Reiff et al., 2019). In the end, literature reviews show strong short-term effects of gatekeeper training on knowledge and self-efficacy, moderate effects on intentions to help and helping behaviors, and weak effects on improving attitudes, with effects often decreasing after several months (Burnette et al., 2015; Holmes et al., 2019; Shtivelband et al., 2015).

3.2.2 The Quebec Gatekeeper Training Program

The Quebec Gatekeeper Training Program was developed by the Quebec Association for Suicide Prevention (Association québécoise de prévention du suicide ; AQPS) in 2008 under contract from the Health Ministry of the Canadian Province of Quebec. Between 2008 and 2019, over 20,000 GKs have been trained throughout the province (Association québécoise de prévention du suicide, 2019). This training was developed for volunteers with no prior intervention background (i.e., natural gatekeepers). The goal is to help them adequately identify at-risk individuals showing signs of suicidal intentions, to refer them for help, and support them in obtaining the help they need. The training is provided by personnel from regional suicide prevention centers (Centre de prévention du suicide ; CPS) who were trained and accredited by the AQPS to offer the program, with the possibility of adapting the program to the local context where the training is conducted. The training is standardized and manualized to ensure fidelity (Roy & Beaulieu, 2014). The training is usually provided to several individuals in the same setting (e.g., a school, a workplace) and the GKs are encouraged to create a network of GKs who meets to discuss their GK work. Sometimes, interested organizations contact their local CPS to obtain the training. Other times, the CPS targets organizations based upon analyses of government-provided data on at-risk groups and offers the training. Each GK network has a designated skilled resource person or service to refer people who are identified as needing help, who, whenever possible, works in the same setting (e.g., a school psychologist). In the absence of such professionals, or if the GKs are not trained to be part of a network (independent GKs), the regional CPS is designated as the resource to contact. Also, the CPS will offer to train a resource person in the setting (e.g., the human resources coordinator) with a three-day intervention training program. The role of the designated resource is to receive information from the GK concerning the person identified as being at risk or needing help (if the person agrees). When the person does not take the initiative to contact the resource, the resource person will initiate contact, and offer help. The GK is trained to contact emergency

services when there is an imminent risk of an attempt. GKs can share their role and responsibilities in their setting and publicize their role in order to encourage at-risk individuals to initiate contact and approach them (e.g., in email signatures, written signs on their office door, oral announcements during team meetings).

The Quebec GK training aims at improving participants': a) knowledge of the GK role and of suicide prevention; b) knowledge of available services that can provide help; c) recognition of the influence of personal attitudes in suicide prevention; d) intention to help and e) self-efficacy in their role. However, it is unknown which of these skills and areas of knowledge are truly helpful to GKs and positively influence the accomplishment of their role. The Quebec GK training includes eight modules composed of theoretical information, tools and material, practical activities, syntheses, reflective exercises, scientific references, and role plays. In terms of knowledge, the training describes warning signs and trains participants to be able to assess whether someone is at risk of suicide, the urgency of the situation and to determine how to interact with them. Participants are taught about factors that hinder or encourage a request for help and where to refer for help. The training focuses on the attitudes and beliefs that may influence how they will react when confronted with an individual at risk of suicide. The influence of values and beliefs are addressed during the training, and participants are encouraged to reflect on their own, but a change in the attitudes of trained GK is not an objective of the Quebec program (Roy & Beaulieu, 2014), since changes in attitudes may require more extensive interventions and long-term efforts (see Holmes et al., 2021). Finally, the program emphasizes that the role of GKs is limited to identifying and referring individuals in distress, not intervening. Because of the COVID-19 pandemic, the seven-hour training was given both online and in-person by the different CPSs, although they both training methods use the same curriculum. The Quebec GK training is standardized but offers training versions specific to some settings/populations (i.e., agricultural settings, elderly, youth) in which the content is modified to present risk factors that are specific to the setting/population, and specialized resources. The trainers also have some flexibility in adapting the training to each setting in their region (e.g., by adding locally pertinent examples, describing local resources). This article reports the results of an assessment of the impact of the Quebec Provincial GK Training Program on participants' knowledge, recognition of the influence of attitudes, perceived self-

efficacy, intention to help and helping behaviors, as well as an analysis of variables associated with GK helping behaviors.

The objectives of this study are to:

- ii) Assess the effects of the GK training on the target outcomes.
- ii) Determine the contribution of the different variables identified as target outcomes in predicting GK helping behaviors after receiving the training.

3.3 Methods

3.3.1 Procedure

Between March 2020 and December 2021, individuals who registered for the GK program with five Quebec regional CPSs were sent an email by the CPS inviting them to participate in the study. This email contained a link to the first questionnaire. They were invited to fill out the questionnaire before their training date and participants completed this questionnaire on average 7.1 days before the training date. Participants were subsequently sent a second questionnaire seven days after the training, and a third questionnaire six months after the training. All participants provided their consent online before accessing the questionnaire and automatically received a copy of the consent form upon completing it. The study received approval from the Research Ethics Board at the Université du Québec à Montréal (certificate No. 3,247).

3.3.2 Participants

Participants had to be at least 18 years old; registered in a GK training provided by a participating CPS and have French language proficiency. The initial sample included 162 participants, but three were excluded due to having completed the first questionnaire after their training, resulting in a final sample of 159. Participants were mostly female (74.2%), married or cohabiting (66.5%) and with a college or university degree (50.9%). They were on average 40.4 years old (see Table 1). Consistent with the Quebec GK program implementation, participants came from a wide range of settings (small business to governmental agency, middle school to large university, agricultural setting to city hospital, etc.) and occupied very different roles (administration, management, teaching, trade work, care, etc.).

3.3.3 Instruments

To develop sensitive measures adapted to the Quebec training, GKs and professionals involved in the Quebec GK program were consulted: a GK trainer and a trainer-advisor from a CPS, the training coordinator from the AQPS, a scientific advisor from the Quebec National institute of public health, and two trained GKs. Informal interviews were conducted to schematize the program's logic model. Target outcomes of the training were identified based on the scientific literature, the program's framework (Roy, 2005, 2006), and experiential input before instruments were selected to assess each of the training's desired effects. The logic model proposed was a modified version of Burnette et al. (2015), in which the training increased the different target outcomes, which would in turn increase helping behavior. Intention to help was included with other target outcomes but suggested to be a potential mediator by the literature (e.g., Ajzen, 1991, 2011; Kuhlman et al., 2017). The questionnaire was then sent to all the interviewees for comments and suggestions. All instruments were developed in French and put on the Qualtrics XM online survey platform (Qualtrics, Provo, UT) with a missing item response reminder activated to avoid possible missing data.

Sociodemographic Variables and General Information. The pretest questionnaire included sociodemographic items: gender, age, marital status, education, occupation, and the first three characters of their postal code. We asked about lifetime contacts with individuals at risk of suicide. There were also items concerning their GK training: the name of the organization dispensing the training, and the setting in which participants were to be trained (school, workplace, community, health and social services organisation, agricultural, recreational, other, none in particular). These categories were used by relevant stakeholders (AQPS, CPS) in Quebec and considered to be an adequate way to classify them (see Roberge & Bouguezour, 2018). Finally, participants were asked whether they were being trained to be part of a GK network.

Knowledge of Gatekeeper Role and Suicide Prevention. Knowledge of gatekeeper role and suicide prevention was measured with a 12-item questionnaire created by the researchers and adapted from a revised French version (Lapierre & Béland, 2009) of the Questionnaire on Objective Knowledge (Tierney, 1988). This questionnaire was modified following suggestions from professionals and the GKs consulted. Most changes were in the original language used, which

was considered to be too intervention-oriented. Questions on subjects that were not addressed in the Quebec training were eliminated. Each question was followed by four multiple-choice answers. A participant's score was the number of correct answers, with scores ranging from 0 to 12. In the present study, Cronbach alpha coefficients at pre-test, post-test and follow-up were 0.52, 0.46 and 0.36, respectively.

Recognition of the Influence of Attitudes in Suicide Prevention. Based on the Quebec program's objectives (Roy, 2005, 2006), attitudes towards suicide and suicide prevention, which are usually used in GK programs evaluations, were replaced by awareness of the influence of one's own attitudes concerning suicide, assessed by two Likert scale questions (strongly disagree, disagree, neutral, agree, and strongly agree), used to calculate a score from 0 to 6: "Someone's reaction to a suicidal person is influenced by some of their beliefs and prejudices" and "My reaction to someone who is suicidal is influenced by some of my beliefs and prejudices."

Intention to Help. Intention to help was measured by the two questions from the Intention to help subscale of the Gatekeeper Behavior Scale (Albright et al., 2016), which assessed their likelihood to discuss suicide and recommend resources. The two items were answered on a Likert scale with four possible answers (very unlikely to very likely), with scores from 0 to 6.

Perceived Self-Efficacy. Perceived self-efficacy was assessed using a nine-item questionnaire developed for the AQPS (Roy & Beaulieu, 2014), which is used to assess participants' perceived self-efficacy before and after the training. Respondents rated their agreement (strongly disagree, disagree, agree, strongly agree) that they felt able to accomplish each of the components (i.e., identify someone vulnerable to suicide, foster help-seeking, initiate contact with an at-risk person appropriately). Items were answered on a four-point Likert scale (strongly disagree to strongly agree), for a total score from 0 to 27. Alpha coefficients at pretest, posttest, and follow-up were 0.90, 0.87, and 0.94, respectively.

Knowledge of Help Services. Knowledge of help services was assessed with the open-ended question: "What resources and support services do you know of to which you could refer a person vulnerable to suicide? Name them." Responses were quantified with participants' scores consisting

of the number of appropriate services participants could name (services or professionals providing support for at-risk individuals).

Helping behaviors. Helping behaviors were assessed during pretest and follow-up by calculating the sum of two behaviors: 1) identification involving recognizing that an individual might be at risk; and 2) approach, which consists of being approached for help by an at-risk individual (Ewell Foster et al., 2016).

Participants were asked to state the number of people in the past six months who had approached them for help, and the number of people with signs of distress or suicidal risk they had themselves identified. The total number of helping behaviors was then calculated for each participant. For each individual helped (identified or approached), participants provided anonymous estimations of sociodemographic characteristics (i.e., age range, gender), risk factors identified (e.g., social exclusion, substance use), situation of the person (e.g., divorce, loss), relationship with the person (e.g., neighbor, coworker, family member), if they were approached or initiated contact, whether a reference was provided and to whom/which service, and their satisfaction with their interaction (very satisfied to very dissatisfied [1–5]).

All instruments were administered at the three timepoints, except sociodemographic items (pretest only) and the helping behavior measure (pretest and follow-up only). Training format (online or in-person) was specified at posttest.

3.3.4 Analyses

All statistical tests were two-tailed, and p values < 0.05 and 95% confidence intervals were considered statistically significant analyses were conducted with R (Version 4.0.3; R Core Team, 2020) in RStudio (RStudio Team, 2020). Descriptive analyses were used to examine participants' sociodemographic characteristics and individual-level factors, as well as target outcomes (knowledge of GK role and suicide prevention, recognition of the influence of attitudes on suicide prevention, intention to help, perceived self-efficacy, and knowledge of help services), and helping behaviors. Comparative analyses (Chi-square tests of independence, Fisher's exact test, and

independent samples *t* tests) were used to assess differences between participants who had completed all three measures and those who did not.

First, an exact Wilcoxon signed-rank test was conducted with a reduced sample of participants who had completed all three time points, to examine the impact of GK training on helping behaviors six months before (pretest) and six months following training (follow-up). A linear mixed effect model was conducted on target outcomes to assess change over time (package lmer). Effect size was calculated following Westfall et al. (2014). Due to missing data and non-significant differences between online and in-person scores, training format was not included in the analysis. Post-hoc tests were conducted to determine differences between specific time points when significant differences were found. Multivariate forward stepwise logistic regression models were used to determine the contribution of independent variables in predicting GK helping behavior at pretest and follow-up. In these regression models, sociodemographic variables and target outcomes (model 1 = pretest, model 2 = follow-up) were entered. All statistical tests were two-tailed; *p* values < 0.05 and 95% confidence intervals were considered statistically significant.

3.4 Results

3.4.1 Sample

The final sample was composed of 159 participants. Seventy-eight participants (online training *n* = 53, in-person training *n* = 25) completed the questionnaire at all three time points (attrition rate 50.9%). However, 28 of the 81 participants who abandoned the study ended up not receiving the training and could not continue their participation, thus there was attrition of 53 out of the 131 possible participants (40.5%). There was only one missing datum (one participant did not provide their highest diploma). The participant was listwise deleted in the regression analyses. There was a significant age difference between the participants who received the training and completed all questionnaires (*M* = 43.7, *SD* = 13.4) and those who did not (*M* = 37.2, *SD* = 11.3). There were no other significant differences in sociodemographic variables (gender, marital status, education, lifetime experience with at-risk individuals), training format, and pretest measures of outcome variables (see Table 3.1).

Demographic Variables		Frequency (%)
Age (Range; <i>M</i> ; SD)		[18–70]; 40.4; 12.6
Gender	Male	41 (25.8)
	Female	118 (74.2)
Marital Status	Single	45 (28.5)
	Married or cohabiting	105 (66.5)
	Separated/divorced/widowed	8 (5.1)
Education	High school	14 (8.8)
	Trade school	15 (9.4)
	Junior College (CEGEP)	49 (30.8)
	College/University	81 (50.9)
Gatekeeper Type	In a network	104 (68.9)
	Independent	47 (31.1)
Setting	Workplace	40 (25.2)
	School	48 (30.2)
	Community	17 (10.7)
	Health and social services	12 (7.5)
	Agricultural	15 (9.4)
	No setting	27 (17.0)
Had Contact with At-risk Individual over Lifetime	Yes	110 (69.2)
	No	49 (30.8)

Note. *Some data on marital status ($n = 1$) and gatekeeper type ($n = 8$) are missing. Gatekeeper type presented here was assessed before training at pretest but was also assessed after training at posttest.

Tableau 3.1 Characteristics of Participants

3.4.2 Effects of Gatekeeper Training on Target Variables

Mixed model analysis (Table 3.2) revealed a significant time difference for all desired outcomes; knowledge of suicide prevention, self-efficacy, intention to help, knowledge of help services and recognition of attitudes. Post hoc testing revealed significant differences between pretest and posttest for all target outcomes, indicating an increase in scores following training. At the six-month follow-up, there was no significant difference for intention to help, recognition of attitudes and knowledge of help services when compared to posttest, suggesting that increases were maintained over time. There was a significant difference between posttest and follow-up for knowledge of suicide prevention and self-efficacy, suggesting that these scores decreased over time. Post hoc testing revealed significant differences between pretest and follow-up for knowledge of suicide prevention, intention to help and recognition of attitudes, suggesting that scores remained higher than before training. Post hoc testing also showed non-significant

differences between pretest and follow-up for knowledge of services and recognition of attitudes (see Figure 3.1). Services named by participants consisted of a few local professionals and resources (e.g., school psychologists, student services), and mostly regional institutions (CPS, hospitals, crisis centers, community organizations), and national services (911, helplines). Few services and resources named offered help for issues other than suicide, mental health, and general psychosocial support. Participants from the most rural CPS named fewer resources than others at the three different timepoints.

	Main effect of time – <i>F</i> (df)	<i>M</i>	95% CI	<i>p</i>	Cohen's <i>d</i>
Knowledge of Suicide Prevention	95,415 (2, 211.3)	[0–12]		$p < .001$	
Pretest		8.39	8.12–8.66	Pretest vs. Posttest = $p < .001$	1.207
Posttest		10.50	10.19–10.82	Posttest vs. Follow-up = $p < .001$	0.257
Follow-up		10.05	9.70–10.40	Follow-up vs. Pretest = $p = .045$	0.947
Self-Efficacy	84,073 (2, 220.60)	[0–27]		$p < .001$	
Pretest		16.66	15.95–17.38	Pretest vs. Posttest = $p < .001$	1.378
Posttest		22.97	22.12–23.83	Posttest vs. Follow-up = $p < .001$	0.367
Follow-up		21.29	20.32–22.26	Follow-up vs. Pretest = $p = .014$	1.011
Intention to Help	8,366 (2, 235.31)	[0–6]		$p < .001$	
Pretest		4.70	4.52–4.89	Pretest vs. Posttest = $p = .001$	.393
Posttest		5.16	4.95–5.38	Posttest vs. Follow-up = $p = .006$	.022
Follow-up		5.14	4.90–5.38	Follow-up vs. Pretest = $p = .984$	.371
Knowledge of Services	6,394 (2, 226.45)			$p = .002$	
Pretest		2.45	2.20–2.71	Pretest vs. Posttest = $p = .001$	.360
Posttest		3.05	2.74–3.35	Posttest vs. Follow-up = $p = .205$	.257
Follow-up		2.76	2.43–3.09	Follow-up vs. Pretest = $p = .319$	.950
Recognition of Attitudes	8,453 (2, 229.80)	[0–6]		$p < .001$	
Pretest		3.70	3.47–3.94	Pretest vs. Posttest = $p < .001$	.430
Posttest		4.36	4.08–4.64	Posttest vs. Follow-up = $p = .460$	.273
Follow-up		3.94	3.63–4.26	Follow-up vs. Pretest = $p = .079$	.157

Tableau 3.2 Estimated Marginal Mean Scores for Target Outcomes at Each Time Point
(*n*=159)

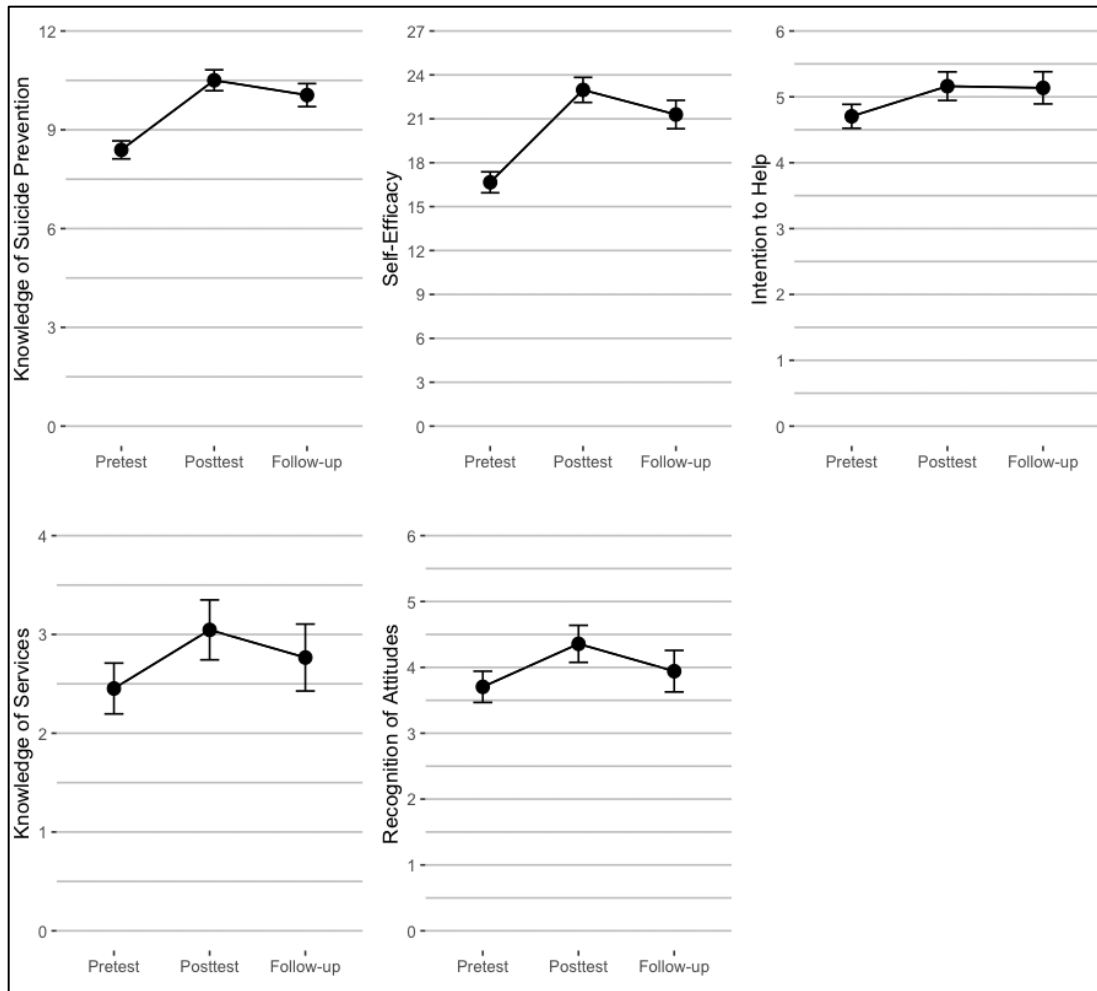


Figure 3.1 Estimated Marginal Mean Scores with 95% CI of Target Outcomes at Pretest, Posttest and Six-Months Follow-Up after GK Training (n = 159)

Twenty-eight percent of participants in work settings reported at least one helping behavior six months before the training ($M = 0.28$ [0–1]) and 20% reported at least one in the first six months after the training ($M = 0.36$ [0–4]). In school settings, 30% reported helping behaviors before ($M = 0.40$ [0–2]) and 45% after training ($M = 0.65$ [0–4]); in community settings there were 44.4% before ($M = 1.0$ [0–4]) and 44.4% after ($M = 0.66$ [0–2]); in health and social services settings, there were 20% before ($M = 0.20$ [0–1]) and 20% after ($M = 0.20$ [0–1]); 14.3% before ($M = 0.25$ [0–1]) and 0% and after ($M = 0$ [0]) in agricultural settings; and 36.4% before ($M = 0.45$ [0–2]) and 36.4% after ($M = 0.64$ [0–2]) when the GK did not report being trained in any particular setting. Overall, before training, 81.3% (13/16) of participants approached at-risk individuals and after training, they approached 93.8% (15/16). Participants provided referrals for 75% of

individuals helped before training and 87.9% of those helped after training. A Wilcoxon signed-rank test pre-post indicated that the training was not associated with a significant change in helping behaviors reported by participants in the first six months after the training ($Z = -0.53$, n.s.), with a median number of helping behaviors of 0 in both pretest and follow-up (see Table 3.3). The subset of the 23 participants with helping behaviors at pretest ($n = 32$, $M = 1.39$, $SD = 0.72$), was responsible for a large part of the helping behaviors at follow-up ($n = 25$, $M = 1.09$, $SD = 1.28$), and the 55 individuals who reported no helping behavior at pretest were responsible for a small part of the helping behaviors at follow-up ($n = 11$, $M = 0.2$, $SD = 0.40$). Mean scores of satisfaction with interactions in the six months was 3.70 ($SD = 0.73$) before training and 3.43 ($SD = 1.17$) after training.

	Pretest		Follow-up	
	n	M (SD)	n	M (SD)
Distressed or at-risk people <u>identified</u> by participants in the past six months	17	0.22 (0.45)	16	0.21 (0.44)
Distressed or at-risk people who <u>approached</u> participants in the past six months	15	0.19 (0.43)	20	0.26 (0.57)
Total helping behaviors	32	0.41 (0.75)	36	0.46 (0.86)

Tableau 3.3 Mean Number of Distressed or At-Risk Persons whom Participants ($n=78$) Helped in the six Months Before and After Training

3.4.3 Predictors of Helping Behaviors

Exploratory forward stepwise logistic regression analyses were conducted on the pretest ($n = 159$) and follow-up ($n = 78$) data to identify the variables associated with helping behaviors. Variables entered included target outcomes (knowledge of the GK role and suicide prevention, self-efficacy, intention to help, knowledge of help services, and recognition of the influence of their attitudes in suicide prevention), sociodemographic characteristics (age, gender, education, marital status), and setting type. Regression diagnostics showed that statistical assumptions of linearity and influential values were respected and that there was no issue of multicollinearity, with a variance inflation factor less than 2 for all variables. The first model was significant ($X^2(7) = 18.26$, $p = 0.01$) and accounted for 16% of the variance (Nagelkerke $R^2 = 0.16$) in engaging in help-behaviors (see Table 3.4). Within this model, no variable was a significant predictor of helping behaviors. The second model was significant ($X^2(7) = 25.10$, $p = 0.001$) and accounted for 37% of the variance

(Nagelkerke $R^2 = 0.37$) in engaging in helping behaviors. In this model, education was negatively associated with helping behaviors: for each increase in the education level, the odds of engaging in helping behaviors decreased by 73.3%. Intention to help was positively associated with helping behaviors, where each increase of 1 point in intention to help was associated with an increase of 217.2% in the odds of engaging in helping behaviors.

Timepoint	Model	Independent	β	SE β	OR (95% CI)	<i>p</i>
Pretest	Model $X^2 = 18.26$ ($p = 0.01$) $R^2 = 0.16$					
Follow-up	Model $X^2 = 25.54$ ($p = 0.001$) $R^2 = 0.37$	Education	-1.32	0.48	0.27 (0.11, 0.68)	0.006
		Intention to help	1.15	0.40	3.17 (1.48, 6.97)	0.004

Tableau 3.4 Stepwise Logistic Regressions with Helping Behavior as the Dependent Variable at Pretest (n = 158) and Follow-Up (n = 77)

3.5 Discussion

The results indicate that participation in the Quebec GK training was associated with significant increases in participants' knowledge of the GK role and suicide prevention, self-efficacy, intention to help, knowledge of help services, and recognition of the influence of their attitudes in suicide prevention. This is in line with previous studies reporting increased knowledge of suicide prevention and available help services, improved attitudes, and skills following GK training (Burnette et al., 2015; Herron et al., 2016; Holmes et al., 2019; Isaac et al., 2009; Jacobson et al., 2012; Lipson, 2014; Nasir et al., 2016). However, most of the increases in scores were not sustained at follow-up six months later, although the scores remained somewhat higher than before training.

Increases in knowledge of the GK role and suicide prevention, and self-efficacy have both been associated with higher motivation and participation in suicide prevention activities (Burnette et al., 2015; Isaac et al., 2009). We found that scores increased after training but somewhat decreased in follow-up, although remaining higher than before training, which concurs with results from several prior studies (Holmes et al., 2019). It has been proposed that the lack of opportunities to engage in helping behaviors may explain a decrease in perceived efficacy and declarative knowledge over

time (Hawgood et al., 2020). Several CPS in Quebec offer booster trainings to consolidate skills and knowledge, in response to feedback from trained GKs who said that additional training is necessary (Roberge & Bouguezour, 2018) and similar suggestions from several authors (Cimini et al., 2014; Cross et al., 2011; Keller et al., 2009; Zinzow et al., 2020). In our sample, almost none of the GKs had already received such training at the six-month follow-up, but 66% of Quebec GKs who had been trained for more than a year reported receiving follow-up training (Roberge & Bouguezour, 2018). Further studies should include additional follow-up measures and include assessments of the impact of booster training in their statistical models.

The significant increase we reported in the recognition of attitudes differs from Holmes et al.'s (2019) findings that most GK studies they reviewed only showed a weak short-term benefit in improving attitudes following GK training. It has even been proposed that trying to change attitudes in volunteer GKs may be unproductive (e.g., Coppens et al., 2014). In our study, we assessed recognition of the role of attitudes, rather than changes in participants' attitudes, adapting Ajzen's theory of planned behaviors and its focus on changing attitudes towards behavior. Perhaps future training may benefit from focusing on the recognition of the role of attitudes, as a potentially important preliminary step in the process of changing one's own attitudes.

Knowledge of a variety of help services is an essential target outcome of some GK training program (suicide prevention, substance abuse, gambling, domestic violence, etc.) in order to increase a GK's options in making referrals. As part of the Quebec GK training, referrals to support services and resources are supposed to be provided to individuals who are not assessed as being at risk for suicide, but GKs are expected to refer at-risk participants to their designated resource. Our results show a high variability in the number of resources named by participants and a posttest increase that was somewhat maintained at follow-up. It is important to note that the number of available resources is largely dependent on the setting, and knowledge of the generally limited number of resources available locally is not expected to change dramatically following the training. In fact, most of the resources named by participants were the regional CPS and/or a designated resource inside the setting. However, in the past, trained GKs have expressed a need to receive information about available resources for distressed individuals, as well as having access to tools such as resource directories (Roberge & Bouguezour, 2018). In the context of Quebec's

GK training, it may be worth considering whether efforts to increase knowledge of non-suicide-related help resources are warranted.

Interestingly, we found no difference in helping behaviors six months before and six months after the training, which is what was observed in some previous studies (Sareen et al., 2013; Tompkins & Witt, 2009), but not others where increases were observed (Lancaster et al., 2014; Rallis et al., 2018). It is possible that training has a small effect on helping behaviors that was not detected in this sample. It is also possible that individuals volunteering to participate in the program (and in the current study) were already highly motivated to engage in helping behaviors, as shown by the high pretest scores in intention to help and the increases in the other variables after training, which were somewhat maintained six months later. Since a high proportion of participants were in at-risk settings or were already in contact with at-risk individuals, participating in a GK training may not significantly change the number of individuals with whom participants engage. This is supported by the somewhat high number of helping behaviors reported by natural GKs over a six-month period, with almost one helping behavior for every two GKs, both before and after training. Our findings also show that a small subset of gatekeepers was responsible for the majority of helping behaviors reported before and after training, suggesting unequal opportunities or motivation to engage with at-risk individuals. Although this small sample was not tested statistically, the scores for satisfaction with interactions were slightly lower and more variable in the six months after training compared to the six months before training, suggesting a more complex relationship between training and helping behaviors. However, the training may still improve the quality of their interactions with the people they contact. This needs to be verified in future research.

Prior evaluations of GK training reported that some individual and sociodemographic characteristics may influence the acquisition of skills (Condrón et al., 2019; Rallis et al., 2018), but few have reported an association between sociodemographic variables and helping behaviors. Our regression models showed no significant predictors of helping behaviors before training, but level of education was negatively associated with the likelihood of having engaged in helping behaviors in the first six months after receiving the training, with no other association between sociodemographic factors and helping behaviors. Although some studies have found that

educational background and job type impacted help-behaviors following training (Wyman et al., 2008), our study is the first to suggest that education may be associated with helping behaviors, prompting the need for further research on predictors of gatekeeper behaviors. Since participants in the current study came from a variety of different settings, it was not possible to categorize the different job types and educational backgrounds, which could be the source of a confounding bias. The setting is an influential factor in helping behaviors and context should be taken into consideration. Moreover, we found that knowledge of the GK role and suicide prevention, knowledge of services, self-efficacy, and recognition of attitudes did not predict helping behaviors. This corroborates findings by Tompkins and Witt (2009), who found that changes in knowledge and self-efficacy did not translate into behavior changes in the enactment of key GK behaviors. One target outcome, intention to help, was a significant predictor of helping behaviors at follow-up. These results are consistent with GK research conceptualizing an individual's self-reported likelihood of engaging in behaviors as an indication of their probability of taking action (Albright et al., 2016). Since an individual's self-reported likelihood of engaging in a behavior acts as a good predictor of such behavior, it may be useful to adapt currently used instruments assessing behavioral intent to reflect intrinsic motivation more directly.

3.6 Limitations

The small sample, attrition and lack of a control group limit the ability to determine if observed changes over time are specifically associated with participation in the GK training. Some statistical tests used, such as the Wilcoxon signed-rank test, are underpowered in small samples. These limitations are found in much of the literature on GK program evaluations, with large attrition rates of 72%, 74%, 76%, 96% and 96% found in Zinzow et al. (2020), Holmes et al. (2021), Kuhlman et al. (2020), Hawgood et al. (2020) and Smith-Millman et al. (2022), respectively. It is possible that other experiences during that time influenced the target outcomes. However, we are not aware of any activities during this period of time that could have resulted in changes in the target variables. One possibility may be the context of the COVID-19 pandemic, which occurred during this study. Due to increased population distress and demands on communities, workplaces, and health services, GKs may have engaged in more helping behaviors prior to receiving the training, than in a non-pandemic context. However, since a large proportion of the Quebec population worked from home, GKs should have had fewer opportunities to meet people and more difficulty

interacting with those at-risk, which would have resulted in fewer contacts. Further studies may gain from considering contextual factors in assessing helping behaviors.

Some of the instruments used in this study were adapted by the authors and the adapted versions have not yet been validated. The reliability of several measures poses a challenge due to consisting of only two items. Moreover, the researchers' inability to examine the quality and accessibility of services named by participants is a limit of the instrument used. Finally, there is a potential retrospective recall bias involved in the helping behavior measure. Nevertheless, it is essential to adjust instruments to the logic model of the specific program being evaluated (Brousselle & Champagne, 2011) and the cultural context in which it is deployed (Bravo, 2003; Canino et al., 1997). However, comparing results with other GK evaluations should be considered in the context of these adaptations. The potential adaptations of the training to the contexts could theoretically be considered to complexify the evaluation of its effectiveness, but the modifications of adapting examples and discussions of available resources to the context did not impact the essence of the training activities.

Also, the sample of participants who agreed to participate in the study did not constitute a randomized sample of all people who participate in GK trainings, which is a difficulty present in all studies where participation is voluntary. Our participants may have had a higher level of motivation than non-participants, which could have been reflected in their high pretest scores on intention to help

3.7 Conclusion

Few studies have investigated the impact of GK training programs on helping behaviors. Our study found that participating in the Quebec GK training increased knowledge of the GK role and suicide prevention, self-efficacy, recognition of the influence of attitudes in suicide prevention, knowledge of resources, and intention to help. Furthermore, these increases were somewhat sustained six months later. However, we did not find an increase in engaging in helping behaviors. More research is needed to better understand how GK training may facilitate increases in helping behaviors, and whether GK training improves the quality of help provided by people who had already been providing help before receiving the training. Larger studies with control groups

would help identify the effects associated with the Quebec GK training. Further research is also needed to understand the environmental and organizational factors associated with GKs engaging in helping behaviors in different settings.

3.8 Acknowledgment

The authors thank all participants in this study. The authors would also like to thank Isabelle Bélanger, Gabriel Marcotte, Jolyane Molaison and Luc Vallerand (Suicide Action Montréal), Kim Basque and Fany Lacerte (Association québécoise de prévention du suicide), Marie-Claude Roberge (Institut National de santé publique du Québec), Émilie Lanthier and Frédérique Tremblay-Légaré for their input and their help in developing the data collection tools. Finally, the authors thank Tania Boilar and Josée Lavictoire (JEVI Centre de prévention du suicide - Estrie), Bleuenn Henry and Renée-Claude Laroche (Centre de prévention du suicide de Charlevoix), Josée Bergeron, Sophie Hubert and Joyce Lawless (Centre de prévention du suicide de Lanaudière), Andréane Boyer and Lynda Poirier (Centre de prévention du suicide de Québec), Mylène Savard-Ménard and Sandrine Vanhoutte (Centre d'écoute et de prévention du suicide Drummond) for their help with recruitment.

3.9 Funding details

This work was supported by the Fonds de Recherche du Québec – Société et Culture (FRQ-SC) and the Center for Research and Intervention on Suicide, Ethical Issues and End-of-life Practices at the Université du Québec à Montréal.

3.10 References

- Albright, G. L., Davidson, J., Goldman, R., Shockley, K. M., & Timmons-Mitchell, J. (2016). Development and Validation of the Gatekeeper Behavior Scale. *Crisis*, 37(4), 271–280. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000382>
- Association québécoise de prévention du suicide. (2019). *Rapport annuel 2018-2019*. Association québécoise de prévention du suicide. https://www.aqps.info/media/documents/RapportAnnuel_AQPS_2019_BasseReso.pdf
- Bravo, M. (2003). Instrument development: Cultural adaptations for ethnic minority research. In *Handbook of Racial & Ethnic Minority Psychology* (pp. 220–236). SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781412976008.n12>
- Brousselle, A., & Champagne, F. (2011). Program theory evaluation: Logic analysis. *Evaluation and Program Planning*, 34(1), 69–78. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2010.04.001>
- Burnette, C., Ramchand, R., & Ayer, L. (2015). Gatekeeper training for suicide prevention: A theoretical model and review of the empirical literature. *Rand Health Quarterly*, 5(1), 16. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28083369>
- Camirand, J., Traoré, I., & Baulne, J. (2016). *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*. Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sur-la-sante-de-la-population-2014-2015-pour-en-savoir-plus-sur-la-sante-des-quebecois-resultats-de-la-deuxieme-edition.pdf>
- Campo, J. V. (2009). Youth suicide prevention: does access to care matter? *Current Opinion in Pediatrics*, 21(5), 628–634. <https://doi.org/10.1097/MOP.0b013e32833069bd>
- Canino, G., Lewis-Fernandez, R., & Bravo, M. (1997). Methodological challenges in cross-cultural mental health research. *Transcultural Psychiatry*, 34(2), 163–184. <https://doi.org/10.1177/136346159703400201>
- Cimini, M. D., Rivero, E. M., Bernier, J. E., Stanley, J. A., Murray, A. D., Anderson, D. A., Wright, H. R., & Bapat, M. (2014). Implementing an audience-specific small-group gatekeeper training program to respond to suicide risk among college students: a case study. *Journal of American College Health: J of ACH*, 62(2), 92–100. <https://doi.org/10.1080/07448481.2013.849709>
- Coleman, D., Black, N., Ng, J., & Blumenthal, E. (2019). Kognito's Avatar-Based Suicide Prevention Training for College Students: Results of a Randomized Controlled Trial and a Naturalistic Evaluation. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 49(6), 1735–1745. <https://doi.org/10.1111/sltb.12550>
- Condrón, D. S., Garraza, L. G., Walrath, C. M., McKeon, R., Goldston, D. B., & Heilbron, N. S. (2015). Identifying and Referring Youths at Risk for Suicide Following Participation in School-Based Gatekeeper Training. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 45(4), 461–476. <https://doi.org/10.1111/sltb.12142>
- Condrón, D. S., Godoy Garraza, L., Kuiper, N., Sukumar, B., Walrath, C., & McKeon, R. (2019). Comparing the Effectiveness of Brief Versus In-Depth Gatekeeper Training on

- Behavioral Outcomes for Trainees. *Crisis*, 40(2), 115–124. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000539>
- Coppens, E., Van Audenhove, C., Iddi, S., Arensman, E., Gottlebe, K., Koburger, N., Coffey, C., Gusmão, R., Quintão, S., Costa, S., Székely, A., & Hegerl, U. (2014). Effectiveness of community facilitator training in improving knowledge, attitudes, and confidence in relation to depression and suicidal behavior: results of the OSPI-Europe intervention in four European countries. *Journal of Affective Disorders*, 165, 142–150. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.04.052>
- Cross, W. F., Seaburn, D., Gibbs, D., Schmeelk-Cone, K., White, A. M., & Caine, E. D. (2011). Does practice make perfect? A randomized control trial of behavioral rehearsal on suicide prevention gatekeeper skills. *The Journal of Primary Prevention*, 32(3–4), 195–211. <https://doi.org/10.1007/s10935-011-0250-z>
- Deane, F. P., Capp, K., Jones, C., de Ramirez, D., Lambert, G., Marlow, B., Rees, A., & Sullivan, E. (2006). Two-Year Follow-Up of a Community Gatekeeper Suicide Prevention Program in an Aboriginal Community. *The Australian Journal of Rehabilitation Counselling*, 12(1), 33–36. <https://doi.org/10.1375/jrc.12.1.33>
- Drum, D. J., Brownson, C., Burton Denmark, A., & Smith, S. E. (2009). New data on the nature of suicidal crises in college students: Shifting the paradigm. *Professional Psychology, Research and Practice*, 40(3), 213–222. <https://doi.org/10.1037/a0014465>
- Ewell Foster, C. J., Burnside, A. N., Smith, P. K., Kramer, A. C., Wills, A., & A King, C. (2016). Identification, Response, and Referral of Suicidal Youth Following Applied Suicide Intervention Skills Training. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 47(3), 297–308. <https://doi.org/10.1111/sltb.12272>
- Hawgood, J., Koo, Y. W., Svetlicic, J., De Leo, D., & Kölves, K. (2020). Wesley LifeForce Suicide Prevention Gatekeeper Training in Australia: 6 Month Follow-Up Evaluation of Full and Half Day Community Programs. *Frontiers in Psychiatry / Frontiers Research Foundation*, 11, 614191. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.614191>
- Herron, F. B., Patterson, D. A., Nugent, W. R., & Troyer, J. M. (2016). Evidence-based gatekeeper suicide prevention in a small community context. *Journal Of Human Behavior In The Social Environment*, 26(1), 25–36. <https://doi.org/10.1080/10911359.2015.1058626>
- Holmes, G., Clacy, A., Hermens, D. F., & Lagopoulos, J. (2019). The Long-Term Efficacy of Suicide Prevention Gatekeeper Training: A Systematic Review. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 25(2), 177–207. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1690608>
- Holmes, G., Clacy, A., Hermens, D. F., & Lagopoulos, J. (2021). Evaluating the Longitudinal Efficacy of SafeTALK Suicide Prevention Gatekeeper Training in a General Community Sample. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 51(5), 844–853. <https://doi.org/10.1111/sltb.12741>
- Isaac, M., Elias, B., Katz, L. Y., Belik, S.-L., Deane, F. P., Enns, M. W., Sareen, J., & Swampy Cree Suicide Prevention Team. (2009). Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: a systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 54(4), 260–268. <https://doi.org/10.1177/070674370905400407>

- Jacobson, J. M., Osteen, P. J., Sharpe, T. L., & Pastoor, J. B. (2012). Randomized Trial of Suicide Gatekeeper Training for Social Work Students. *Research on Social Work Practice*, 22(3), 270–281. <https://doi.org/10.1177/1049731511436015>
- Keller, D. P., Schut, L. J. A., Puddy, R. W., Williams, L., Stephens, R. L., McKeon, R., & Lubell, K. (2009). Tennessee Lives Count: Statewide gatekeeper training for youth suicide prevention. *Professional Psychology, Research and Practice*, 40(2), 126–133. <https://doi.org/10.1037/a0014889>
- Kleiman, E. M., & Liu, R. T. (2013). Social support as a protective factor in suicide: findings from two nationally representative samples. *Journal of Affective Disorders*, 150(2), 540–545. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.033>
- Kuhlman, S. T. W., Smith, P. N., Marie, L., Fadoir, N. A., & Hudson, K. (2020). A Pilot Randomized Controlled Trial of the Alliance Project Gatekeeper Training for Suicide Prevention. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 25(4), 845–861. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1767246>
- Lancaster, P. G., Moore, J. T., Putter, S. E., Chen, P. Y., Cigularov, K. P., Baker, A., & Quinnett, P. (2014). Feasibility of a web-based gatekeeper training: implications for suicide prevention. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 44(5), 510–523. <https://doi.org/10.1111/sltb.12086>
- Lang, M. (2013). The impact of mental health insurance laws on state suicide rates. *Health Economics*, 22(1), 73–88. <https://doi.org/10.1002/hec.1816>
- Lapierre, S., & Béland, S. G. (2009). *Questionnaire d'attitude à l'égard de l'intervention du suicide*. Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, QC.
- Levesque, P., Genest, C., & Rassy, J. (2022). *Le suicide au Québec : 1981 à 2019 — Mise à jour 2022*. [Rapport]. Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2842-suicide-quebec-2022.pdf>
- Levesque, P., & Perron, P.-A. (2023). *Les comportements suicidaires au Québec : portrait 2023*. Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec de santé publique du Québec.
- Lipson, S. K. (2014). A comprehensive review of mental health gatekeeper-trainings for adolescents and young adults. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 26(3), 309–320. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2013-0320>
- Nanhou, V., Fournier, C., & Audet, N. (2010). *Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec : un regard sur les liens avec l'état de santé physique ou mental et le milieu social Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (No. 20). Institut de la statistique du Québec. https://bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01671FR_Zoomsante_IdeesSuicidaire2010H00F00.pdf
- Nasir, B. F., Hides, L., Kisely, S., Ranmuthugala, G., Nicholson, G. C., Black, E., Gill, N., Kondalsamy-Chennakesavan, S., & Toombs, M. (2016). The need for a culturally-tailored gatekeeper training intervention program in preventing suicide among Indigenous peoples: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 16(1), 357. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1059-3>

- Rallis, B. A. (2017). *A brief peer gatekeeper suicide prevention training: Preliminary examination and individual factors that influence outcomes* (C. Esposito-Smythers, Ed.). George Mason University.
- Rallis, B. A., Esposito-Smythers, C., Disabato, D. J., Mehlenbeck, R. S., Kaplan, S., Geer, L., Adams, R., & Meehan, B. (2018). A brief peer gatekeeper suicide prevention training: Results of an open pilot trial. *Journal of Clinical Psychology*, 74(7), 1106–1116. <https://doi.org/10.1002/jclp.22590>
- Reiff, M., Kumar, M., Bvunzawabaya, B., Madabhushi, S., Spiegel, A., Bolnick, B., & Magen, E. (2019). I CARE: Development and Evaluation of a Campus Gatekeeper Training Program for Mental Health Promotion and Suicide Prevention. *Journal of College Student Psychotherapy*, 33(2), 107–130. <https://doi.org/10.1080/87568225.2018.1433570>
- Reynders, A., Kerkhof, A. J. F. M., Molenberghs, G., & Van Audenhove, C. (2014). Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(2), 231–239. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0745-4>
- Roberge, M.-C., & Bouguezour, N. (2018). *Capacité d'agir des sentinelles en prévention du suicide au Québec*. Institut national de santé publique du Québec.
- Roy, F. (2005). *Cadre de référence pour l'implantation de programmes de sentinelles en prévention du suicide*. Table de coordination nationale de santé publique. <http://www.cps02.org/media/upload/Cadre%20de%20r%C3%A9f%C3%A9rence,%20sentinelles%20V.F%2027-11-05.pdf>
- Roy, F. (2006). *L'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide : cadre de référence*. [Rapport]. Direction des communications du ministère de la Santé et services sociaux. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2469_capacite_agir_sentinelles_prevention_suicide.pdf
- Roy, F., & Beaulieu, D. (2014). *Agir en sentinelle en prévention du suicide : cahier du participant* (Version 2). Association québécoise de prévention du suicide.
- Sareen, J., Isaak, C., Bolton, S.-L., Enns, M. W., Elias, B., Deane, F., Munro, G., Stein, M. B., Chateau, D., Gould, M., & Katz, L. Y. (2013). Gatekeeper training for suicide prevention in First Nations community members: a randomized controlled trial. *Depression and Anxiety*, 30(10), 1021–1029. <https://doi.org/10.1002/da.22141>
- Shtivelband, A., Aloise-Young, P. A., & Chen, P. Y. (2015). Sustaining the Effects of Gatekeeper Suicide Prevention Training. *Crisis*, 36(2), 102–109. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000304>
- Smith-Millman, M., Bernstein, L., Link, N., Hoover, S., & Lever, N. (2022). Effectiveness of an online suicide prevention program for college faculty and students. *Journal of American College Health: J of ACH*, 70(5), 1457–1464. <https://doi.org/10.1080/07448481.2020.1804389>
- Teo, A. R., Andrea, S. B., Sakakibara, R., Motohara, S., Matthieu, M. M., & Feters, M. D. (2016). Brief gatekeeper training for suicide prevention in an ethnic minority population: a controlled intervention. *BMC Psychiatry*, 16, 211. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0924-4>

- Tierney, R. J. (1988). *Comprehensive evaluation for suicide intervention training*. University of Calgary.
- Tompkins, T. L., & Witt, J. (2009). The short-term effectiveness of a suicide prevention gatekeeper training program in a college setting with residence life advisers. *The Journal of Primary Prevention*, 30(2), 131–149. <https://doi.org/10.1007/s10935-009-0171-2>
- Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews. Disease Primers*, 5(1), 74. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>
- World Health Organization,. (2014). *Preventing suicide: A global imperative* (No. 9241564776). World Health Organization.
- Westfall, J., Kenny, D. A., & Judd, C. M. (2014). Statistical power and optimal design in experiments in which samples of participants respond to samples of stimuli. *Journal of Experimental Psychology. General*, 143(5), 2020–2045. <https://doi.org/10.1037/xge0000014>
- Wyman, P. A., Brown, C. H., Inman, J., Cross, W. F., Schmeelk-Cone, K., Guo, J., & Pena, J. B. (2008). Randomized trial of a gatekeeper program for suicide prevention: 1-year impact on secondary school staff. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 104–115. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.104>
- Yonemoto, N., Kawashima, Y., Endo, K., & Yamada, M. (2019). Gatekeeper training for suicidal behaviors: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 246, 506–514. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.052>
- Zinzow, H. M., Thompson, M. P., Fulmer, C. B., Goree, J., & Evinger, L. (2020). Evaluation of a Brief Suicide Prevention Training Program for College Campuses. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 24(1), 82–95. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1509749>

CHAPITRE 4
A QUALITATIVE STUDY OF FACTORS INVOLVED IN THE HELPING BEHAVIORS
OF SUICIDE PREVENTION GATEKEEPERS

Montiel, Corentin,^{1,2} Mishara L., Brian^{1,2}

¹Université du Québec à Montréal, Department of Psychology, Canada

²Centre for Research and Intervention on Suicide, Ethical Issues and End-Of-Life Practices (CRISE)

Article publié dans *Death Studies*

4.1 Abstract

This study explores the factors involved in the capacity of newly trained suicide prevention gatekeepers to engage in the identification and support of people at risk of suicide. In-depth telephone interviews were conducted with 18 gatekeepers from various settings who had participated in a larger quantitative study of the impact of gatekeeper training. Conventional content analysis was performed on the data collected. Participants said that gatekeeper training provided key information and legitimized their role. Previous experience with suicidal friends and family members motivated their involvement and helped them to engage with at-risk individuals. Support available from the setting, including attitudes toward suicide, resources for referrals and promotion of the gatekeeper activities, were instrumental in gatekeepers' ability to fulfill their role. Gatekeeper programs may benefit from adopting a comprehensive approach to gatekeeper helping behaviors by attending to their contextual influences, and the effects of gatekeepers' personal experiences.

Keywords: gatekeeper training, suicide prevention, community, helping behaviors, context

4.2 Introduction

Gatekeeper programs are community-based programs aimed to develop participants' knowledge, attitudes, and skills for identifying individuals at risk of suicide, determining the level of risk, and then referring at-risk individuals to appropriate help resources (Burnette et al., 2015; Roberge & Bouguezour, 2018; Yonemoto et al., 2019). Gatekeeper training is recommended by the World Health Organization (2014) as a key component of national suicide prevention strategies. The Quebec (Canada) suicide prevention plan prescribes gatekeeper training (Gouvernement du Québec, 2022). Professional (or designated) gatekeepers are individuals who already possess specialized training, expertise, and legal/ethical responsibilities toward suicide (e.g., people in the fields of medicine, social work, nursing, and psychology). In contrast, natural (or emergent) gatekeepers are non-professionals who regularly interact with at-risk individuals due to their role or their setting (Matthieu et al., 2009; Robinson-Link et al., 2020; Ramsey et al., 1990). Since 2008, the Quebec Association for Suicide Prevention (AQPS) gatekeeper training program has been provided to more than 20,000 laypeople throughout the province (AQPS, 2019). Although gatekeeper training is offered in many countries, there are few studies of the extent to which gatekeepers assume their role, and the factors that influence these activities.

The logic model used to justify the appropriateness of gatekeepers in suicide prevention is based upon findings that most individuals with suicidal thoughts do not seek or receive help because they are unaware of where to get help or are reluctant to seek help on their own (Corrigan, 2004; Pisani et al., 2012). Teaching community members the knowledge, skills, and confidence to correctly identify sources of help and to refer at-risk individuals should help prevent suicide attempts (Wyman et al., 2008). The duration of gatekeeper training can vary, ranging from a few hours to several days (Burnette et al., 2015; Roberge & Bouguezour, 2018; Yonemoto et al., 2019). The content of the training varies, but certain essential elements are commonly included, such as addressing personal attitudes towards suicide and their impact on the helping process, developing knowledge and skills in identifying a suicidal person, presenting an effective suicide prevention model, including simulations and observations, and providing information about local resources and how to contact them (Isaac et al., 2009). Findings from the international literature suggest that gatekeeper programs hold promise for developing a community safety net, but the effects of

gatekeeper programs on desired outcomes vary. Literature reviews show strong short-term effects of gatekeeper training on knowledge and perceived self-efficacy, moderate effects on intention to help and helping behaviors, and weak effects on improving attitudes, with effects often decreasing after several months (Burnette et al., 2015; Holmes et al., 2019; Shtivelband et al., 2015). Since they are often part of suicide prevention strategies, it is challenging to study the isolated impact of gatekeeper programs on suicidality at the population level.

4.2.1 The Quebec Gatekeeper Program

The Quebec gatekeeper program was developed in 2008 by the AQPS and is deployed by regional Suicide Prevention Centers in their respective territories. It was developed to support gatekeeper efforts already in place in different regions and provide a standardized program across the province (Roy, 2006). The program consists of a seven-hour training (in-person or online since the Covid-19 pandemic) to train volunteer community members (i.e., natural gatekeepers) to adequately identify at-risk individuals and refer them to resources for help. The training includes eight modules of theoretical information, tools and material, practical activities, syntheses, reflective exercises, scientific references, and role plays. The trainers are all trained by the AQPS, and documents (e.g., trainer guide, implementation guide, participant booklet) developed by the AQPS are used. There is no formal accreditation, and 37 institutions are offering the training as of June 2023 (crisis centers and health institutions provide the training in some regions). The training is standardized but includes versions for different settings/populations (i.e., agricultural settings, elderly, youth). Trainers have the flexibility to adapt the training with specific examples and resources for each setting in their region. Groups of trained gatekeepers in the same setting are referred to as gatekeeper networks. Each gatekeeper network has a designated local designated resource person, to whom the gatekeeper can refer at-risk individuals. This person is usually a professional with expertise in intervention who works in the same setting (e.g., a school psychologist). The designated resource person can assess the suicide risk and the person's needs in order to develop an appropriate intervention plan, which may include establishing a safety plan (Roy, 2006). In settings where a skilled resource person is unavailable or when the gatekeeper is not trained to be part of a network (i.e., independent gatekeepers), the regional Suicide Prevention Center is designated as the designated resource. Often, before the gatekeeper training begins, the Suicide Prevention Center will train an appropriate person (e.g., human resources coordinator) in

the setting to become the designated resource, using a three-day intervention training course. For more information on the Quebec gatekeeper program, please see Montiel & Mishara (2023).

4.2.2 Individual Factors Associated with Gatekeeper Skills and Behaviors

Several studies have examined the association between demographic and professional gatekeeper characteristics and their knowledge, skills, and activities. Women have been reported to have more objective knowledge prior to and after gatekeeper training than men and were more likely to intervene with at-risk individuals than men (Aseltine & DeMartino, 2004; Aseltine et al., 2007; Clark et al., 2010; Rallis et al., 2018). Tompkins et al. (2009) found that age and previous experiences with suicidal individuals also moderate helping behaviors. Younger school personnel and people with no prior contact with suicidal youth developed more skills after training (Tompkins et al., 2009), possibly indicating a ceiling effect for others.

Mental health professionals have higher pre- and post-training knowledge than some other professions, but gatekeeper training increases knowledge regardless of the profession (Cross et al., 2011; Matthieu et al., 2008; Tsai et al., 2011). In schools, Lamis and colleagues (2017) found smaller increases in knowledge and skills in guidance counselors compared to teachers and classroom aids. Cross et al. (2011) found little difference between non-mental health school personnel and parents. Wyman and colleagues (2008) reported that gatekeeper training does not affect the helping behaviors of administrative staff, but faculty were more likely to identify and refer at-risk students. However, Kuhlman and colleagues (2017) found no significant differences between faculty/staff and undergraduate/graduate students in helping behaviors following training. These contradictory findings present challenges in understanding, since an overarching theory to explain the underlying mechanisms accounting for these inconsistencies is lacking. Furthermore, there are often conflicting results from studies in different settings, suggesting that local contextual factors may influence training effects.

4.2.3 Contextual Factors Influencing Gatekeeper Experience

A cross-sectional survey of 1,288 gatekeepers conducted by the Quebec National Institute of Public Health (Roberge et al., 2018) found large differences between settings in the percentage of

gatekeepers having identified a person in distress after training. Compared to other settings, almost twice as many respondents in agricultural settings said they had never clearly asked a question to check for suicidal thoughts. Carpenter and colleagues (2021) found that, although pharmacy staff has a privileged position to act as gatekeepers, environmental and organizational barriers complicate their ability to assume this role. Lack of privacy in the pharmacy can increase discomfort in asking about suicide, the high cost of paying for private therapists and long waitlist for public counseling can hinder referrals, and laws requiring pharmacists to stay on-site make it difficult to accompany at-risk individuals to resources (Carpenter et al., 2021).

Several authors suggested strategies to strengthen the ability of a setting to have more positive long-term effects of their gatekeeper training. These include providing safe spaces to meet with others, having support for gatekeepers readily available, and providing community suicide awareness activities (Evans & Price, 2013; Shtivelband et al., 2015). Moore and colleagues (2011) found that the number of helping behaviors was associated with social support at work (e.g., coworkers appreciating the gatekeeper role) and reducing situational barriers in the workplace (e.g., lack of time, lack of privacy). Schools in which high numbers of at-risk students were identified more often had organized procedures and protocols to address the needs of at-risk students and tended to have strong support from the school district and school administration (Stein et al., 2010).

We know from the research that individual and contextual factors are associated with the extent to which gatekeepers effectively fulfill their role. This study used a qualitative methodology to better understand gatekeepers' perceptions of the training's impacts on their use of their skills in identifying and referring individuals at risk of suicide to local supports.

4.3 Methods

4.3.1 Design and Paradigm

The qualitative design is rooted in a critical realism paradigm (Bhaskar, 1975: 1979; 1998), which challenges the positivist idea of complete, infallible knowledge of reality (Fletcher, 2017; Sturgiss & Clark, 2019), asserting that our observations are always fallible, social, and subjective. It

acknowledges the existence of an external reality independent of our knowledge, but stresses the mediation of our senses, brain, language, and culture in our apprehension of this reality (Wong et al., 2012). The authors chose this paradigm because it favors explanatory, theory-driven research questions that aim to understand how mechanisms work in a specific context (Maxwell, 2012; Vincent & O'Mahoney, 2018). It is particularly appropriate for theory-based program evaluations in which the influence of context on the intervention's efficacy is investigated (Clark et al., 2012; Lacouture et al., 2015; Sturgiss & Clark, 2019).

The study was part of a doctoral thesis in community psychology. The male doctoral student (first author) was experienced in suicide prevention, mixed methods, and program evaluation. The consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) checklist for qualitative studies was used to guide the reporting of this study.

4.3.2 Recruitment

Between September 2021 and July 2022, all gatekeepers who received training in the Province of Quebec, Canada, and who had participated in a quantitative questionnaire study of the impact of their gatekeeper training were invited by email to participate in an interview. Participants had to be at least 18 years old, have completed the standardized gatekeeper training provided by a regional Suicide Prevention Center at least six months ago, and have French language proficiency (French being the official language of Quebec). The first author invited participants after they had completed the last questionnaire (six months after training). The thirty-nine people who indicated an interest in learning more about participating were all contacted by email. Sixteen did not respond, and five declined to participate after a telephone presentation of the research and researcher. The remaining 18 people agreed to participate (see Table 4.1). Data saturation did not direct the sample size. Participants did not receive financial compensation, and they signed an informed consent electronically prior to the interview. The study received approval from the Université du Québec à Montréal Institutional Research Ethics Committee (Certificate No. 3,247).

4.3.3 Data Collection

Semi-structured telephone interviews lasted between 22 and 48 minutes (mean 32 minutes), conducted in French by the first author. The interviewer asked participants about the nature of the setting where they were trained (type, size, personnel, roles, other gatekeepers, at-risk groups, designated resources), its particularities in terms of gatekeeper programs (support, facilitators, barriers), their gatekeeper experiences with at-risk individuals, and helping behaviors they had provided before and after training. A professional transcribed verbatim the audio recordings. The authors first pilot-tested the interview guide with two participants and then revised it by eliminating two questions that appeared irrelevant to the research objectives. See supplemental material 1 for the interview guide.

4.3.4 Data Analysis

The first author analyzed the data by using Hsieh and Shannon's (2005) conventional content analysis with a manifest content approach following the Assarroudi (2018) 16-step method (MAXQDA software v. 2022.6.1). This analysis concurs with the paradigm of the study and favors an organized, practical, and descriptive (non-interpretative) report of commonalities and differences in the data (Vaismoradi & Snelgrove, 2019). The author identified words, sentences, and paragraphs containing aspects related to each other through their content and context to extract meaning units (Graneheim & Lundman, 2004). He condensed meaning units prior to merging them into single codes. He then categorized clusters of codes into subcategories and main categories. The first author extracted 765 meaning units, 21 subcategories, and four main categories. Then, he presented and discussed the data analysis with the second author, and they reached a consensus for the final categorization, but they did not perform an inter-rater agreement.

4.4 Results

Participants were aged 46.5 on average, predominantly male (55.5%), married or cohabiting (55.5%), and had a college or university diploma (61.1%). They were trained to act in a wide range of settings (e.g., university, community organization, governmental agency, private business), occupied various roles (e.g., human resources, teaching, volunteering, agronomist, university residences housekeeping), in different regions ($\pm 23,000$ to $\pm 1,825,000$ inhabitants). Most (83.3%)

had reported some kind of contact with an at-risk individual before gatekeeper training. Participants received the training a median of 7.5 months before the interview [range of 7–14]. Only one participant received the training more than a year before.

Factors influencing the gatekeepers' experiences were grouped into four main categories: (1) *Adequacy and role of training for gatekeeper activities*; (2) *Personal experiences of gatekeepers*; (3) *Support available in the setting*; and (4) *Interactions with people at risk of suicide*

Demographic Variables		Frequency (%)
Age (Range; <i>M</i> ; <i>SD</i>)		[24–70]; 46.5; 14.4
Gender	Male	10 (55.5)
	Female	8 (44.4)
Marital Status	Single	6 (33.3)
	Married or cohabiting	10 (55.5)
	Separated/divorced/widowed	2 (11.1)
Education	High school	2 (11.1)
	Trade school	2 (11.1)
	Junior College (CEGEP)	3 (16.7)
	College/University	11 (61.1)
Gatekeeper Type	In a network	14 (77.8)
	Independent	4 (22.2)
Setting	Workplace	5 (27.8)
	School	5 (27.8)
	Community	5 (27.8)
	Health and social services	0 (0.0)
	Agricultural	1 (5.6)
	No particular setting	2 (11.1)
Had Contact with At-risk Individual over Lifetime	Yes	15 (83.3)
	No	3 (16.7)

Tableau 4.1 Characteristics of Gatekeepers Interviewed

4.4.1 Adequacy and Role of Training for Gatekeeper Activities

Participants all discussed the importance of feeling adequately equipped to act in their gatekeeper role. Overall, they felt their gatekeeper training provided the necessary information, tools, and practical skills. Gatekeepers highlighted the usefulness of pamphlets and memory aids with information on emergency services, help resources, and the gatekeeper referral process. They reported that training also helped them deconstruct preconceived notions and learn about the

importance of asking direct questions to an at-risk individual, a practice that surprised many of them:

[I feel] pretty comfortable actually, because the first time is always the hardest, but I realized that being direct, thanks to my training, by asking the question directly, people don't seem offended when you ask the question, on the contrary, they feel more respected, welcomed, or cared for [...] – Man, age 32, work setting

For some, the training was a foundation from which to build. They recommended follow-up refresher training, as well as additional more specific training on how to interact with different types of at-risk populations. Some found it challenging to remember all the information, comparing it to first aid training in terms of the large amount of content.

I think it should be a bit like CPR, you have to do it again after so many years because, honestly, it's been like eight months since I did it and I've already forgotten quite a bit of content. – Man, age 29, agricultural setting

About half of the participants discussed being comfortable in their new role and the helping process. However, half also discussed difficulties. They talked about feelings of discomfort, fear, clumsiness, and feeling pressure when interacting with at-risk and distressed people. Some mentioned difficulties in gauging how far they can go with the person, ending the conversation at the right moment, and asking directly whether they are thinking of suicide. Many were unsure about who their designated resource was and the role of the regional suicide prevention center. This lack of clarity was more often present when gatekeepers were trained to engage with a specific population. For example, gatekeepers trained in a school were often unsure where to refer colleagues since the designated resources (e.g., student mental health centers) were only for students. Settings with clear roles and referral processes were viewed more favorably.

Many participants felt limited in their gatekeeper role. Most often, participants indicated feeling powerless when referring to someone they do not know well. They indicated often being unsure whether the person went to the resource, since they rarely receive follow-up. In some cases, gatekeepers found themselves with limited options when the individuals would not consent to be

referred to the designated resource. Some also provided examples of their limited capacity to act when they could not physically stay with the distressed person due to personal obligations. Some also reported feeling that since their role was limited to suicide prevention, they were not always able to help people experiencing other difficulties.

Participants felt that gatekeeper training legitimized and comforted them in their suicide prevention role, saying that being a gatekeeper gives you the right to act in a difficult situation.

I had this kind of inhibition to talk about suicide with someone who was... Maybe I felt I had not the right, if you will, to intervene with someone who was in distress. Now I have the right because I am a gatekeeper. There is a difference. I have, like... not a prerogative, how can I put it? I have the right to intervene. Whereas before, I would have felt like I was interfering in something that wasn't my business. – Man, age 67, work setting

Some participants liked the autonomy of being a gatekeeper. They also discussed their appreciation for the reduced stress associated with their obligation not to intervene themselves. They appreciated being known as gatekeepers in their setting, and some used different strategies to display their role (e.g., email signature, office door poster, team presentations).

4.4.2 Personal Experiences of Gatekeepers

Participants were also unanimous in indicating that a gatekeeper's previous personal experiences highly influence their role. They discussed several personal traits that help them be good gatekeepers, such as having good interpersonal skills, empathy, and extraversion.

I think it's my personality. I am Latin American; I am very open and smiling. I get along with everyone, both students and other people find it easy to come in contact with me. It has always been like that [...]. – Woman, 47 years old, school setting

Some gatekeepers emphasized the importance of being a good listener, available, sensitive, and interested in others. Many said they have a naturally helpful nature and a general tendency to help

people. A few criticized some other gatekeepers in their settings for not being proactive enough and ‘staying behind the scenes.’

Participants indicated that their own experiences influence their capacity to act as gatekeepers. A few discussed previous training or psychology classes as helpful. Personal experiences with mental health difficulties and suicide were seen as insider information to better understand other people’s situations. Moreover, they perceived their own resiliency as evidence of the potential for improvement. Their experiences with resources and professionals reinforced their belief in the usefulness of referrals. However, one participant shared that although their personal difficulties were resolved, interacting with distressed individuals could stimulate reliving past experiences.

Participants perceived past experiences with distressed and suicidal individuals, often family members, as helpful in identifying and interacting with people at-risk. However, a negative experience with emergency services intervening with a suicidal family member inhibited one participant from proceeding with the established referral process.

It took several months after the internment [of the family member] to calm down. That’s why there really was a post-traumatic shock. So that’s it, I’m a little bit mixed-up too, knowing someone who, according to them, really didn’t help the... It went badly. The intervention was not gentle, it was brutal. – Woman, age 37, work setting

Participants said previous work and volunteering in community mental health and healthcare organizations was helpful. Those previous occupations taught them valuable skills and competencies that could be applied to their new role, such as interpersonal skills, knowledge of suicidal behavior signs, and leadership. Experience in their current job was often considered helpful for capacity-building and knowledge of the at-risk populations. Moreover, experience in their gatekeeper role and with the referral process was instrumental in helping gatekeepers feel comfortable and reassured in their role.

Participants discussed many factors motivating their involvement in the gatekeeper program. Being a gatekeeper was perceived as an important responsibility; participants expressed a wish to help and take care of others. A few people indicated that this interest developed following the

suicide of a spouse or a friend, or from helping a family member currently at risk. Finally, several participants mentioned pride in their role and recognition from others.

I lost my spouse to suicide. I experienced all kinds of emotions through that, including the guilt that I still feel. And I tell myself, I couldn't help them. If I can help others, at least that's what I'll have done [...]. I will tell you that my relatives don't know what a gatekeeper is exactly. When I explain to them what it is... I can't explain it to everyone else either because I've been through a suicide bereavement. And they're afraid that I won't let go of it and that it will stick to me. So, I don't talk about it much.
– Woman, age 48, work setting

I even have a little bit of pride, I went to see a comedy show, it was our first couple's night out. And the comedian was talking about gatekeepers. He asked if there were any gatekeepers in the room, I think there were two or three of us in the theater, that's a nice attention. He pushed that mental health was important. – Man, 32 years old, work setting

4.4.3 Support Available in the Setting

Some gatekeepers felt supported in their role by colleagues, while others felt that their colleagues might not be able to help in the event there was a person at risk of suicide, particularly in work settings. Participants appreciated having the opportunity to receive additional training in their setting. However, the gatekeepers insisted that to perform their role, they needed easy access to professional services for referrals. Long waiting times, waitlists, and unhelpful professionals negatively affected their capacity to act. Gatekeepers found it helpful to know about additional resources outside their setting

No, I think the only thing that I find regrettable, for example, it's not really in my role as a gatekeeper, but regarding the student help center. If a student needs help that we don't necessarily consider very urgent, but that they should see a psychologist quickly. I know that they have long waiting times. So, I think it's a little tricky sometimes [...]
– Woman, age 39, school setting

They generally maintained a good relationship with designated resources and viewed the presence of other gatekeepers in their setting favorably. Participants with designated resources in their own setting appreciated the proximity and availability, while participants whose designated resource was their regional Suicide Prevention Center appreciated their rapidity in responding.

The importance of receiving relevant information and having their questions answered was central to their capacity to act. Many appreciated that their regional Suicide Prevention Center sends reminders for trainings, comes to their setting yearly to talk about the importance of gatekeepers and suicide prevention, and sends relevant information to gatekeepers. In several settings, the designated resources formed an online group to provide support, knowledge exchange, and discussion. Gatekeepers highly appreciated resources following up with them after a referral, reassuring them concerning the interaction, and letting them know that the person was safe. They also discussed the importance of debriefing with someone after difficult interactions and having someone listen to them when needed.

Several aspects of organizational culture influence gatekeepers' experience. Participants praised the impact of a positive work atmosphere and supportive interpersonal relationships. Smaller teams were perceived as more united and friendly, facilitating the gatekeeper role. In one case, a gatekeeper described a conflict between the workplace's entrepreneurial values and suicide prevention goals.

Because we're mostly focused on the numbers in our business. And it's a very competitive business, so I think there are a lot of trustees in bankruptcy, I'm not necessarily talking about my firm, but I think about the society in general in the insolvency field that is trying to get as many clients as possible and not necessarily trying to find a solution to the human problems of the person. – Man, age 32, work setting

Gatekeepers praised some settings for their awareness of the importance of suicide prevention and mental health. Some engaged in regular prevention awareness events and provided information (e.g., pamphlets, presentations, tools) on suicide prevention. Work superiors offering the training

themselves, organizing it, and allowing gatekeepers to receive the training during work hours were greatly appreciated.

4.4.4 Interactions with People at Risk of Suicide

Interactions with at-risk individuals, their quality, and the opportunities for contact highly influenced the experience of gatekeepers. Participants' role in their setting was central in shaping their interactions with at-risk individuals. Respondents felt that larger settings with more people at risk of suicide provided more opportunities to perform their role. Some said that the limited number of people they meet limits the probability that they will encounter someone at risk of suicide. One participant explained that his occupation involved frequently meeting farmers, a population with a larger proportion of people at risk of suicide.

It's mostly because I know there are many mental health issues among agricultural producers. Farmers are often in situations where they are pretty isolated. There is a lot of stress associated with this job. Many hours, periods when there is not much sleep, so basically, it's a whole melting pot of situations that can reduce the mental balance a little bit. – Man, age 29, agricultural setting

Gatekeepers with advising and interpersonal occupations (e.g., teaching, human resources, community organization, student counseling) described a coherence between their position and the gatekeeper role. Positions with limited social interactions, such as some office occupations, offered fewer opportunities to interact. Positions where participants assisted people with other difficulties could facilitate their gatekeeper role. For example, one participant working in bankruptcy insolvency explained how his occupation complements their gatekeeper role.

We tend to work with people who are under a lot of stress, and it's one of the rare times or one of the first times that they open up to us, open up to someone else to talk about their situation to try to find solutions... They open up to me... I've dealt with... talked to people who were suicidal on a few occasions. So, by being a gatekeeper, I felt more equipped to help them in their most profound distress by helping them as a

human being and not solely a trustee to solve their debts... – Man, age 32 years old,
work setting

Almost all gatekeepers indicated that their relationship with the person was an important determinant of their comfort in interacting with them. Most said their role was not bound to the setting. For some, identifying someone they are close to was easier due to proximity and increased contact. It was also easier to notice behavioral changes in people with whom they have more profound and meaningful relationships. However, most gatekeepers thought interacting with someone they are close to was more challenging and sometimes paralyzing. They also indicated that with people they know, they may not be able to intervene as much as they want:

There's not like a barrier, I would say. We feel like we shouldn't go too far with our knowledge, we don't want to push them. Whereas a person we don't know, it's not that I want to push them or that I do, it's that I don't feel that barrier. I don't know if you know what I mean. Maybe pushing is the wrong word, but it's like there's... It's like when it's too close, it gets hard. Because you're thinking about your loved ones too. Like my nephew, I was always thinking about my brother-in-law, my sister-in-law, so I shouldn't make a big deal and... You know, it could easily lead to a conflict, it could make me feel uncomfortable or bad or whatever. With my friend, it's the same. I don't want to alienate his girlfriend. That's it, that's... That's where I find it touchy. When it's other people, when I don't know the other people, the person is in contact with, I don't mind. – Man, 55 years old, no particular setting

Particularities of individuals with whom gatekeepers interact are also essential to consider. Gatekeepers interacting with different religious and ethnic communities thought that some cultural norms regarding help-seeking and mental health could interfere with their efforts. One participant explained that the remnants of Catholicism in Quebec, with suicide being a mortal sin, could discourage some people from discussing suicide openly.

Finally, the extraordinary context of the Covid-19 pandemic forced gatekeepers to switch to working from home, noticeably changing their relationships. Most indicated a generalized

decrease in contact with strangers, service users, and loved ones. Using online telecommunication mediums significantly reduced gatekeepers' perceived efficacy in identifying signs of suicide risk.

4.5 Discussion

This study sought to understand the experience of newly trained suicide prevention gatekeepers regarding factors involved in their capacity to identify and support people at risk of suicide. Gatekeepers trained by the five different regional suicide prevention centers agreed that the standardized training adequately equipped them for their role. Our findings differ from some studies in which participants reported inadequate initial gatekeeper training (Shtivelband et al., 2015). This could be partly explained by the flexibility Quebec instructors have in adapting the training to local needs (Stein et al., 2010), since gatekeeper training is differentially effective depending on gatekeeper occupation (Reis & Cornell, 2008; Wyman et al., 2008). Additional and follow-up training have nonetheless been proposed by the participants, as in other studies (Shtivelband et al., 2015), specifically to learn more about helping people from different cultures and faiths. Cultural norms in some communities may discourage help-seeking (Chu et al., 2011; Davis et al., 2008; Goldston et al., 2008) and hinder gatekeepers' capacity to act (Posselt et al., 2021).

Several gatekeepers also indicated difficulties with the referral process established by the suicide prevention center, including not knowing where to refer people outside the target group, such as school gatekeepers for students not knowing where to refer school staff. Studies have found that established protocols and known referral processes were essential to successfully implement gatekeeper programs. In Stein and colleagues (2010), having plans with clear lines of communication, a team-based approach, and explicit procedures and protocols distinguished most schools with perceived successful program implementation. Clearly delineated and documented protocols and procedures are essential to support gatekeepers in handling different at-risk individuals (Stein et al., 2010). Despite these suggestions, participants in our study indicated that they were generally satisfied with the training they received.

Consistent with previous studies, individual factors such as personal and previous experience were found to be an important influence on their capacity to fulfill their role. People were often

motivated to become gatekeepers as a result of interacting with people they knew who died by suicide, engaged in suicidal behaviors, or were at risk of suicide. Motivation has seldom been investigated as a predictor of helping behaviors, although gatekeepers' intention to help is significantly associated with helping behaviors before (Deane et al., 2006) and following training (Montiel & Mishara, 2023). Generally, gatekeepers in our study saw these experiences as facilitating their ability to engage with people who are at risk of suicide, but previous experience with suicidal individuals alone does not consistently predict gatekeeper helping behaviors (Cross et al., 2010, 2011). Moreover, they may trigger negative memories and emotions for some, which is the reason why recent bereavement is an exclusion criterion for becoming a Quebec gatekeeper.

As participants have highlighted, it is possible that personality traits may also play a role in gatekeepers' experience, particularly traits of extraversion, sociability, and empathy. While openness to experience was not associated with enhanced skills following training in Cross et al. (2010), altruism positively predicted helping behavior six months following training in Moore (2011), suggesting unexplored potential personality predictors. Kuhlman et al. (2020) recently proposed to include personality factors in further gatekeeper program evaluations. Lack of empathy has been used as an exclusion criterion by Suicide Prevention Centers in the past (Ministère de la santé et des services sociaux, 2012). Administrators of gatekeeper programs may want to consider these experiences and characteristics in their screening. Individual characteristics of effective gatekeepers need to be more thoroughly explored. Our results also show that gatekeepers perceive support from their setting as essential for their role. Employers and supervisors should be encouraged to provide incentives and support to gatekeepers, as well as providing activities in mental health and suicide prevention initiatives to reduce stigma. These findings demonstrate the importance of implementing gatekeeper programs in collaboration with communities and maximizing gatekeeper connections. It is important to keep in mind that the role of the gatekeeper is limited to suicide prevention and gatekeepers are not trained to act as referral experts for other psychosocial difficulties. For some, more training in helping with other issues is desired.

Our results also show that gatekeepers perceive support from their setting as essential for their role. This confirms previous research findings showing that support from supervisors and the

organization is highly valued (Stein et al., 2010) and positively associated with helping behaviors (Moore et al., 2011). Employers and supervisors should be encouraged to provide incentives and support to gatekeepers, as well as provide activities in mental health and suicide prevention initiatives to reduce stigma. These findings demonstrate the importance of implementing gatekeeper programs in collaboration with communities and maximizing gatekeeper connections. Indeed, one of the proposed strengths of gatekeeper programs is the training of trusted individuals in the community who can use existing relationships to assist those at risk (Isaac et al., 2009; Shtivelband et al., 2015). It is important to keep in mind that the role of the gatekeeper is limited to suicide prevention, and gatekeepers are not trained to act as referral experts for other psychosocial difficulties. For some, more training in helping with other issues is desired.

One of the unique features of the Quebec gatekeeper program is that it does not train mental health professionals, thus limiting the influence of mental health intervention skills and competencies on gatekeepers' capacity to act. Although some abilities were seen as valuable (e.g., interpersonal skills), the participants emphasized the influence of their position in the setting to determine their opportunities to engage with those at risk. This finding concurs with the conclusion by Rodgers (2010) that the lack of finding significant changes in helping behavior following gatekeeper training may simply be the result of a lack of opportunities to engage with those at risk. It was also previously found that time spent with youth predicted the number of at-risk youths identified and referred, regardless of the profession (Condrón et al., 2015). The importance of already established relationships with distressed individuals is the main argument of some authors encouraging the targeting and training of gatekeepers with specific roles (Tompkins et al., 2009). The importance of opportunities for contact was also highlighted when participants discussed the difficulties related to the Covid-19 pandemic in having interactions with others. Further research could focus on contextual influences and interaction opportunities by assessing gatekeeper helping behaviors online and in-person.

Although gatekeepers are not trained to help loved ones and friends, participants often reported gatekeeper interventions with family members and close friends. It has been suggested in the past that friends and family may be best suited to act as gatekeepers based on their close relationship with those at risk of suicide (Moskos et al., 2005). However, participants also reported uneasiness

in engaging with loved ones. This is coherent with findings showing high comfort in helping students following gatekeeper training in a school setting (Cimini et al., 2014), but contrary to the experience of gatekeepers in an Aboriginal community reporting difficulties helping individuals outside of their family (Deane et al., 2006). Findings from our study suggest that gatekeeper interactions with family and friends may be more complex to navigate. Future studies should seek to better understand factors affecting gatekeeper interactions with people they know well and their implications for the content of gatekeeper training.

4.6 Limitations

Some limitations of the current study need discussing. Our sample of voluntary participants, who received no financial compensation, was not random. Those who agreed to participate in the interview may consist of highly motivated people whose experiences may not reflect the broader gatekeeper population nationally and abroad. To date, research on gatekeeper programs has mostly concerned schools, with a smaller number of studies in workplaces. Since the nature of the setting and the support, resources available and general attitudes toward suicide and suicide prevention have been reported to influence the ability of gatekeepers to fulfill their role, it is important to conduct larger studies where the influence of different contexts can be better identified and understood. Although qualitative research based upon interviews adds more in-depth information about potential factors affecting their role, we can only learn about what the participants perceive to have influenced their behaviors. Additional research using a variety of qualitative and quantitative methodologies in a variety of settings is necessary to gain a more exhaustive understanding of the behaviors of gatekeepers.

4.7 Conclusion

Quantitative research on gatekeeper programs has so far focused on the influence of individual variables on knowledge, skills, and helping behavior, with little attention to the contextual factors involved (Burnette et al., 2015; Evans & Price, 2013). Yet, gatekeepers are both enabled and constrained by situational factors (Stein et al., 2010). The results of this study support a more comprehensive model of understanding gatekeepers' capacity to act, which includes an understanding of their individual experiences and abilities in the context of the support they receive

in their setting, as well as practical concerns, such as their opportunities to spend time with others. Training programs and research protocols should pay greater attention to the influence of these factors to help ensure that more gatekeepers are able to effectively perform their role in identifying and successfully referring people at risk of suicide to appropriate resources where they will get the help they need.

4.8 Acknowledgment

The authors thank all participants in this study. The authors would also like to thank Isabelle Bélanger, Gabriel Marcotte, Jolyane Molaison and Luc Vallerand (Suicide Action Montréal), Kim Basque and Fany Lacerte (Association québécoise de prévention du suicide), Marie-Claude Roberge (Institut National de santé publique du Québec), Émilie Lanthier and Frédérique Tremblay-Légaré for their input and their help in developing the data collection tools. Finally, the authors thank Tania Boilar and Josée Lavictoire (JEVI Centre de prévention du suicide - Estrie), Bleuenn Henry and Renée-Claude Laroche (Centre de prévention du suicide de Charlevoix), Josée Bergeron, Sophie Hubert and Joyce Lawless (Centre de prévention du suicide de Lanaudière), Andréane Boyer and Lynda Poirier (Centre de prévention du suicide de Québec), Mylène Savard-Ménard and Sandrine Vanhoutte (Centre d'écoute et de prévention du suicide Drummond) for their help with recruitment.

4.9 Funding details

This work was supported by the Fonds de Recherche du Québec – Société et Culture (FRQ-SC) and the Center for Research and Intervention on Suicide, Ethical Issues and End-of-life Practices at the Université du Québec à Montréal.

4.10 References

- Aseltine, R. H., Jr, & DeMartino, R. (2004). An outcome evaluation of the SOS Suicide Prevention Program. *American Journal of Public Health*, 94(3), 446–451. <https://doi.org/10.2105/ajph.94.3.446>
- Aseltine, R. H., Jr, James, A., Schilling, E. A., & Glanovsky, J. (2007). Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension. *BMC Public Health*, 7(1), 161. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-161>
- Assarroudi, A., Heshmati Nabavi, F., Armat, M. R., Ebadi, A., & Vaismoradi, M. (2018). Directed qualitative content analysis: the description and elaboration of its underpinning methods and data analysis process. *Journal of Research in Nursing: JRN*, 23(1), 42–55. <https://doi.org/10.1177/1744987117741667>
- Association québécoise de prévention du suicide. (2019). *Rapport annuel 2018-2019*. Association québécoise de prévention du suicide. https://www.aqps.info/media/documents/RapportAnnuel_AQPS_2019_BasseReso.pdf
- Bhaskar, R. (1975). *A Realist Theory of Science*. Routledge. Routledge.
- Bhaskar, R. (1979). The possibility of naturalism : a philosophical critique of the contemporary human sciences. *Atlantic Highlands*.
- Bhaskar, R. (1998). Philosophy and scientific realism. In M. Archer, R. Bhaskar, A. Collier, T. Lawson, & A. Norrie (Eds.), *Critical realism: Essential readings* (pp. 16–47). Sage.
- Burnette, C., Ramchand, R., & Ayer, L. (2015). Gatekeeper training for suicide prevention: A theoretical model and review of the empirical literature. *Rand Health Quarterly*, 5(1), 16. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28083369>
- Carpenter, D. M., Roberts, C. A., Lavigne, J. E., & Cross, W. F. (2021). Gatekeeper training needs of community pharmacy staff. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 51(2), 220–228. <https://doi.org/10.1111/sltb.12697>
- Chu, J. P., Hsieh, K.-Y., & Tokars, D. A. (2011). Help-seeking tendencies in Asian Americans with suicidal ideation and attempts. *Asian American Journal of Psychology*, 2(1), 25–38. <https://doi.org/10.1037/a0023326>
- Cimini, M. D., Rivero, E. M., Bernier, J. E., Stanley, J. A., Murray, A. D., Anderson, D. A., Wright, H. R., & Bapat, M. (2014). Implementing an audience-specific small-group gatekeeper training program to respond to suicide risk among college students: a case study. *Journal of American College Health: J of ACH*, 62(2), 92–100. <https://doi.org/10.1080/07448481.2013.849709>
- Clark, A. M., Briffa, T. G., Thirsk, L., Neubeck, L., & Redfern, J. (2012). What football teaches us about researching complex health interventions. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 345(dec14 12), e8316. <https://doi.org/10.1136/bmj.e8316>
- Clark, T. R., Matthieu, M. M., Ross, A., & Knox, K. L. (2010). Training outcomes from the Samaritans of New York suicide awareness and prevention programme among community- and school-based staff. *British Journal of Social Work*, 40(7), 2223–2238. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcq016>

- Condrón, D. S., Garraza, L. G., Walrath, C. M., McKeon, R., Goldston, D. B., & Heilbron, N. S. (2015). Identifying and Referring Youths at Risk for Suicide Following Participation in School-Based Gatekeeper Training. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 45(4), 461–476. <https://doi.org/10.1111/sltb.12142>
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *The American Psychologist*, 59(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Cross, W. F., Matthieu, M. M., Lezine, D., & Knox, K. L. (2010). Does a brief suicide prevention gatekeeper training program enhance observed skills? *Crisis*, 31(3), 149–159. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000014>
- Cross, W. F., Seaburn, D., Gibbs, D., Schmeelk-Cone, K., White, A. M., & Caine, E. D. (2011). Does practice make perfect? A randomized control trial of behavioral rehearsal on suicide prevention gatekeeper skills. *The Journal of Primary Prevention*, 32(3–4), 195–211. <https://doi.org/10.1007/s10935-011-0250-z>
- Davis, R. G., Ressler, K. J., Schwartz, A. C., Stephens, K. J., & Bradley, R. G. (2008). Treatment barriers for low-income, urban African Americans with undiagnosed posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 218–222. <https://doi.org/10.1002/jts.20313>
- Deane, F. P., Capp, K., Jones, C., de Ramirez, D., Lambert, G., Marlow, B., Rees, A., & Sullivan, E. (2006). Two-Year Follow-Up of a Community Gatekeeper Suicide Prevention Program in an Aboriginal Community. *The Australian Journal of Rehabilitation Counselling*, 12(1), 33–36. <https://doi.org/10.1375/jrc.12.1.33>
- Evans, R. E., & Price, S. (2013). Exploring organisational influences on the implementation of gatekeeper training: a qualitative study of the Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST) programme in Wales. *Critical Public Health*, 23(2), 213–224. <https://doi.org/10.1080/09581596.2012.752069>
- Fletcher, A. J. (2017). Applying critical realism in qualitative research: methodology meets method. *International Journal of Social Research Methodology*, 20(2), 181–194. <https://doi.org/10.1080/13645579.2016.1144401>
- Goldston, D. B., Molock, S. D., Whitbeck, L. B., Murakami, J. L., Zayas, L. H., & Hall, G. C. N. (2008). Cultural considerations in adolescent suicide prevention and psychosocial treatment. *The American Psychologist*, 63(1), 14–31. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.1.14>
- Gouvernement du Québec. (2022). *Rallumer l'espoir. Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026*. [Rapport]. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-247-01W.pdf>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Holmes, G., Clacy, A., Hermens, D. F., & Lagopoulos, J. (2019). The Long-Term Efficacy of Suicide Prevention Gatekeeper Training: A Systematic Review. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 25(2), 177–207. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1690608>

- Hsieh, H.-F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277–1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Isaac, M., Elias, B., Katz, L. Y., Belik, S.-L., Deane, F. P., Enns, M. W., Sareen, J., & Swampy Cree Suicide Prevention Team. (2009). Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: a systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 54(4), 260–268. <https://doi.org/10.1177/070674370905400407>
- Kuhlman, S. T. W., Smith, P. N., Marie, L., Fadoir, N. A., & Hudson, K. (2020). A Pilot Randomized Controlled Trial of the Alliance Project Gatekeeper Training for Suicide Prevention. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 25(4), 845–861. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1767246>
- Kuhlman, S. T. W., Walch, S. E., Bauer, K. N., & Glenn, A. D. (2017). Intention to Enact and Enactment of Gatekeeper Behaviors for Suicide Prevention: an Application of the Theory of Planned Behavior. *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research*, 18(6), 704–715. <https://doi.org/10.1007/s11121-017-0786-0>
- Lacouture, A., Breton, E., Guichard, A., & Ridde, V. (2015). The concept of mechanism from a realist approach: a scoping review to facilitate its operationalization in public health program evaluation. *Implementation Science: IS*, 10(1), 153. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0345-7>
- Lamis, D. A., Underwood, M., & D'Amore, N. (2017). Outcomes of a Suicide Prevention Gatekeeper Training Program Among School Personnel. *Crisis*, 38(2), 89–99. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000414>
- Matthieu, M. M., Chen, Y., Schohn, M., Lantinga, L. J., & Knox, K. L. (2009). Educational preferences and outcomes from suicide prevention training in the Veterans Health Administration: one-year follow-up with healthcare employees in Upstate New York. *Military Medicine*, 174(11), 1123–1131. <https://doi.org/10.7205/milmed-d-00-1109>
- Matthieu, M. M., Cross, W. F., Batres, A. R., Flora, C. M., & Knox, K. L. (2008). Evaluation of gatekeeper training for suicide prevention in veterans. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 12(2), 148–154. <https://doi.org/10.1080/13811110701857491>
- Maxwell, J. A. (2012). *Qualitative research design: An interactive approach*. Sage Publications.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2012). *Implantation des réseaux de sentinelles en prévention du suicide dans quatre régions du Québec. Rapport d'évaluation*. [Rapport] Ministère de la santé et des services sociaux. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-825-01W.pdf>
- Montiel, C., & Mishara, B. L. (2023). *Evaluation of the outcomes of the Quebec Provincial Suicide Prevention Gatekeeper Training on knowledge, recognition of attitudes, perceived self-efficacy, intention to help, and helping behaviors* [Manuscript submitted for publication]. Department of Psychology, Université du Québec à Montréal.
- Moore, J. T. (2011). Training individuals in suicide prevention: Individual and organizational characteristics of effective gatekeepers. Doctoral thesis. Colorado State University. <https://search.proquest.com/openview/1cb935d3b95bace14b79544ba121182b/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>

- Moore, J. T., Cigularov, K. P., Chen, P. Y., Martinez, J. M., & Hindman, J. (2011). The effects of situational obstacles and social support on suicide- prevention gatekeeper behaviors. *Crisis*, 32(5), 264–271. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000090>
- Moskos, M., Olson, L., Halbern, S., Keller, T., & Gray, D. (2005). Utah youth suicide study: psychological autopsy. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 35(5), 536–546. <https://doi.org/10.1521/suli.2005.35.5.536>
- Pisani, A. R., Schmeelk-Cone, K., Gunzler, D., Petrova, M., Goldston, D. B., Tu, X., & Wyman, P. A. (2012). Associations between suicidal high school students' help-seeking and their attitudes and perceptions of social environment. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(10), 1312–1324. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9766-7>
- Posselt, M., Loughhead, M., Ferguson, M., McIntyre, H., Kenny, M. A., & Procter, N. (2021). Suicide prevention gatekeeper training for those supporting refugees and asylum seekers: perspectives of participants. *Advances in Mental Health*, 19(3), 260–271. <https://doi.org/10.1080/18387357.2021.1948799>
- Ramsay, R. F., Cooke, M. A. et Lang, W. A. (1990). Alberta's suicide prevention training programs: a retrospective comparison with Rothman's developmental research model. *Suicide & life-threatening behavior*, 20(4), 335-351.
- Rallis, B. A., Esposito-Smythers, C., Disabato, D. J., Mehlenbeck, R. S., Kaplan, S., Geer, L., Adams, R., & Meehan, B. (2018). A brief peer gatekeeper suicide prevention training: Results of an open pilot trial. *Journal of Clinical Psychology*, 74(7), 1106–1116. <https://doi.org/10.1002/jclp.22590>
- Reis, C., & Cornell, D. (2008). An evaluation of suicide gatekeeper training for school counselors and teachers. *Professional School Counseling*, 11(6), 2156759X0801100. <https://doi.org/10.1177/2156759x0801100605>
- Roberge, M.-C., & Bouguezour, N. (2018). *Capacité d'agir des sentinelles en prévention du suicide au Québec*. Institut national de santé publique du Québec.
- Robinson-Link, N., Hoover, S., Bernstein, L., Lever, N., Maton, K., & Wilcox, H. (2020). Is Gatekeeper Training Enough for Suicide Prevention? *School Mental Health*, 12(2), 239–249. <https://doi.org/10.1007/s12310-019-09345-x>
- Rodgers, P. L. (2010). *Review of the applied suicide intervention skills training program (ASIST): rationale, evaluation results, and directions for future research*. LivingWorks Education Incorporated Calgary, Alberta, Canada.
- Roy, F. (2006). *L'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide : cadre de référence*. Direction des communications du ministère de la Santé et services sociaux. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2469_capacite_agir_sentinelles_prevention_suicide.pdf
- Shtivelband, A., Aloise-Young, P. A., & Chen, P. Y. (2015). Sustaining the Effects of Gatekeeper Suicide Prevention Training. *Crisis*, 36(2), 102–109. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000304>
- Stein, B. D., Kataoka, S. H., Hamilton, A. B., Schultz, D., Ryan, G., Vona, P., & Wong, M. (2010). School personnel perspectives on their school's implementation of a school-based

- suicide prevention program. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 37(3), 338–349. <https://doi.org/10.1007/s11414-009-9174-2>
- Sturgiss, E. A., & Clark, A. M. (2019). Using critical realism in primary care research: an overview of methods. *Family Practice*, 37(1), 143–145. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz084>
- Tompkins, T. L., Witt, J., & Abraibesh, N. (2009). Does a gatekeeper suicide prevention program work in a school setting? Evaluating training outcome and moderators of effectiveness. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 39(6), 671–681. <https://doi.org/10.1521/suli.2009.39.6.671>
- Tsai, W.-P., Lin, L.-Y., Chang, H.-C., Yu, L.-S., & Chou, M.-C. (2011). The effects of the Gatekeeper Suicide-Awareness Program for nursing personnel. *Perspectives in Psychiatric Care*, 47(3), 117–125. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2010.00278.x>
- Vaismoradi, M., & Snelgrove, S. (2019). Theme in Qualitative Content Analysis and Thematic Analysis. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 20(3). <https://doi.org/10.17169/fqs-20.3.3376>
- Vincent, S., & O'Mahoney, J. (2018). Critical realism and qualitative research: An introductory overview. In *The SAGE Handbook of Qualitative Business and Management Research Methods: History and Traditions* (pp. 201–216). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781526430212.n13>
- Wong, G., Greenhalgh, T., Westhorp, G., & Pawson, R. (2012). Realist methods in medical education research: what are they and what can they contribute? *Medical Education*, 46(1), 89–96. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04045.x>
- World Health Organization,. (2014). *Preventing suicide: A global imperative* (No. 9241564776). World Health Organization.
- Wyman, P. A., Brown, C. H., Inman, J., Cross, W. F., Schmeelk-Cone, K., Guo, J., & Pena, J. B. (2008). Randomized trial of a gatekeeper program for suicide prevention: 1-year impact on secondary school staff. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 104–115. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.104>
- Yonemoto, N., Kawashima, Y., Endo, K., & Yamada, M. (2019). Gatekeeper training for suicidal behaviors: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 246, 506–514. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.052>

CHAPITRE 5

DISCUSSION GÉNÉRALE

Dans ce chapitre, nous discutons et interprétons les résultats présentés dans les chapitres précédents à la lumière de la littérature, de notre expérience et notre positionnement. Nous faisons des liens entre les résultats du projet de recherche et les différents éléments du cadre théorique des programmes sentinelles proposés suite à la revue de la littérature. Finalement, nous proposons une nouvelle version du cadre théorique alimenté par les résultats issus de notre démarche. Ce chapitre présente une réflexion intégrée du contenu des différentes parties de la thèse pour offrir une discussion sur le programme sentinelle québécois. Les résultats quantitatifs et qualitatifs sont donc discutés de façon séquentielle, mais intégrés lorsque pertinents, pour refléter le processus méthodologique tout en formant un tout cohérent. La discussion débute par un bref retour sur les objectifs et les questions de recherche. La discussion aborde ensuite les résultats sous trois angles : la formation sentinelle comme préparation au rôle de sentinelle, les particularités et complexités de chaque sentinelle, et les sentinelles dans divers contextes. Elle conclut par une présentation des forces et limites du projet doctoral.

5.1 Retour sur les questions de recherche

La thèse s'insère dans un contexte d'important déploiement du programme sentinelle québécois, avec plus de 30 000 personnes formées à travers la province. Pourtant, peu de données sont disponibles concernant l'efficacité de ce programme qui a été développé spécifiquement pour le contexte québécois. C'est également dans un contexte de multitude de programmes sentinelles existants et de manque de consensus concernant les effets du programme sur les participants que le travail de thèse sur l'évaluation du programme sentinelle québécois s'inscrit et prend toute son importance.

L'objectif général de la thèse était d'évaluer l'impact du programme sentinelle québécois. Plus spécifiquement, les objectifs spécifiques de la thèse étaient d'examiner l'impact de la formation sentinelle sur les effets ciblés par la formation et les comportements d'aide des sentinelles, déterminer de l'association entre ces effets et les comportements d'aide, et d'explorer les facteurs impliqués dans les comportements d'aide des sentinelles. Afin de répondre à ces objectifs, un devis

mixte séquentiel explicatif guidé par un paradigme de réalisme critique et une approche d'évaluation centrée sur la théorie nous a amenés à poser trois questions de recherche. Les choix méthodologiques ont permis une visée explicative du phénomène à l'étude et une emphase sur la complémentarité des différents contextes, des perspectives et des méthodes. Les questions de recherche énoncées étaient les suivantes :

1. Quels sont les effets de la formation sentinelle québécoise sur les connaissances sur la prévention du suicide et le rôle de sentinelle, la reconnaissance de l'influence des attitudes en prévention, l'intention d'aider, la connaissance des services d'aide, et la perception d'efficacité (effets cibles), et les comportements d'aide des sentinelles ?
2. Quels effets cibles de la formation sentinelle sont associés aux comportements d'aide des sentinelles ?
3. Quels sont les différents facteurs qui pourraient avoir un effet sur la capacité des sentinelles à entreprendre des comportements d'aide ?

Ces trois questions de recherche furent l'objet d'une attention particulière dans les chapitres précédents. Les deux premières questions de recherche furent répondues dans le chapitre 3. Les résultats surprenants concernant les comportements d'aide ont engendré une troisième question de recherche qui fut répondue dans le chapitre 4. Nous proposons maintenant de faire un retour sur nos principaux résultats, leur signification, et leur importance, tout en faisant le pont entre les deux phases de l'étude. Les élaborations proposées dans ce chapitre visent à offrir une compréhension plus complète de l'impact du programme sentinelle québécois et de le placer dans un modèle logique approprié.

5.2 Interprétation des principaux résultats de la thèse

5.2.1 La formation sentinelle comme préparation au rôle de sentinelle

5.2.1.1 Connaissances sur la prévention du suicide, intention d'aider et perception d'efficacité

Les résultats du projet de thèse soutiennent le grand nombre de preuves scientifiques sur l'impact des formations sentinelles sur les participants. Les résultats obtenus montrent tout d'abord que la

participation à la formation a entraîné une amélioration des connaissances sur la prévention du suicide et le rôle de sentinelle, l'intention d'aider, et la perception d'efficacité. Ces effets cibles, les plus étudiés (Holmes *et al.*, 2019), forment souvent la base des programmes sentinelles. Les résultats démontrent donc que la formation québécoise se compare aux autres formations sentinelles déployées et évaluées dans les dernières années à travers le monde. Ils suggèrent également que la formation prépare adéquatement les sentinelles dans leur rôle comme établi par le cadre de référence québécois (Roy, 2006). Nos résultats démontrent tout de même une diminution des effets de la formation sur les connaissances sur la prévention du suicide et la perception d'efficacité dans les six mois après la formation, suggérant la pertinence des formations d'appoints offertes (Holmes *et al.*, 2019 ; Roberge et Bouguezour, 2018). Dans notre échantillon, presque aucune sentinelle n'avait déjà reçu une telle formation lors du suivi six mois après la formation, mais 66 % des sentinelles québécoises formées depuis plus d'un an déclarent avoir reçu une formation de suivi (Roberge & Bouguezour, 2018). Les études futures devraient inclure des mesures de suivi supplémentaires et inclure des évaluations de l'impact des formations d'appoint dans leurs modèles statistiques.

5.2.1.2 Connaissance des services d'aide et reconnaissance de l'influence des attitudes

Les résultats de la première phase du projet montrent également que la formation a un impact sur des effets cibles plus spécifiques au programme sentinelle québécois, comme les connaissances des ressources d'aide et la reconnaissance de l'influence des attitudes en prévention. La connaissance des services d'aide est un effet cible de certains programmes sentinelles, mais n'est pas grandement répandue à travers les différents programmes existants. Dans le cadre de la formation québécoise, les références aux services de soutien et aux ressources d'aide appropriées sont fournies aux individus qui ne sont pas évalués comme étant à risque de suicide, mais les sentinelles sont censées référer les participants à risque de suicide à leur intervenant désigné. Le rôle de sentinelle reste donc centré sur le risque suicidaire avec un processus de référence vers une ressource établie, et n'est pas celui d'une personne-ressource pour diverses problématiques et difficultés psychosociales. Cependant, les sentinelles ont exprimé l'importance et le besoin de connaître diverses ressources disponibles. Cela peut être expliqué par la grande motivation intrinsèque des sentinelles à aider la population dans le besoin, mais également par le manque de clarté du processus de référence établi relevé dans certains cas (sentinelles indépendantes, CPS comme

intervenant désigné, ressource désignée limitée à une population). Dans le contexte de la formation sentinelle québécoise, il serait donc utile de se questionner sur la justesse des efforts visant à accroître la connaissance des ressources d'aide non liées au suicide.

Les résultats du projet de recherche montrent également un impact de la formation sur la reconnaissance de l'influence des attitudes en prévention du suicide. Les attitudes en matière de suicide sont complexes et peuvent présenter de multiples facettes (Aldrich *et al.*, 2014 ; Osteen *et al.*, 2014) et la façon dont elles sont abordées dans les formations peut avoir un impact substantiel sur les résultats des programmes sentinelles. La reconnaissance de l'influence des attitudes en prévention du suicide n'est pas explicitement nommée dans les documents relatifs à la formation sentinelle québécoise, mais a été proposée par les membres du comité consultatif pendant la phase de consultation. En effet, la présence et l'influence des valeurs et des croyances sont abordées lors de la formation québécoise, mais sans l'objectif de changer les attitudes des sentinelles formées (Roy et Beaulieu, 2014). La formation sentinelle se démarque donc des autres formations sentinelles sur cet aspect, bien que le programme ASIST offre un objectif similaire : « Reconnaître que les soignants et les personnes à risque sont affectés par les attitudes personnelles et sociétales à l'égard du suicide » (LivingWorks, s. d.). Étant donné que l'impact des formations sentinelles sur les attitudes est souvent minime ou bref (Holmes *et al.*, 2019), et même jugé inutile par certains (Coppens *et al.*, 2014), une transition vers ce construit peut être pertinent.

5.2.2 Les particularités et complexités de chaque sentinelle

Les comportements d'aide sont des éléments clés des programmes sentinelles et sont considérés comme le principal mécanisme permettant de réduire la suicidalité (Burnette *et al.*, 2015). Néanmoins, les résultats présentés dans le premier article suggèrent qu'il n'y aurait pas de différence dans les comportements d'aide des sentinelles entre les six mois avant et les six premiers mois après leur formation. Ces résultats sont incohérents avec la théorie du programme, en plus de différer de ceux de plusieurs études (Condrón *et al.*, 2015 ; Ewell Foster *et al.*, 2016 ; Rallis, 2017). Plusieurs explications sont tout d'abord proposées pour expliquer ce résultat dans le contexte de la première phase quantitative. La particularité de notre devis mixte séquentiel explicatif nous a ensuite permis de nous pencher plus particulièrement sur l'explication de ce phénomène grâce à une phase qualitative, et ainsi offrir des explications nécessaires.

5.2.2.1 Explications méthodologiques

Il est tout d'abord possible que la taille d'échantillon modeste ($n = 78$) et la prévalence peu élevée de la détresse suicidaire dans la population générale ne nous aient pas permis de relever une différence significative. Néanmoins, la taille d'échantillon serait suffisante pour détecter une taille d'effet modeste de .4, un alpha de .05, et une puissance de .95 pour le test des rangs signés de Wilcoxon bilatéral (*two-tailed*). Cela suggère que s'il existe un effet de la formation sur les comportements d'aide, celui-ci serait probablement faible. Il est également possible qu'un effet plafond dans les mesures, incluant les comportements d'aide, soit présent chez les personnes formées, ce qui aurait conduit à une absence de changement statistiquement significatif dans les scores. Par exemple, les scores étaient de 10,5/12 et 10,01/12 pour les connaissances du rôle de sentinelle et de la prévention du suicide au posttest et suivi, et 22,97/24 et 21,29/24 pour la perception d'efficacité au posttest et suivi. Les effets plafonds sont fréquents dans les mesures des études sur les sentinelles, particulièrement dans les mesures de connaissances, d'attitudes et d'intention d'aider (p. ex. Baber et Bean, 2009 ; Bean et Baber, 2011 ; Chagnon *et al.*, 2007 ; Litteken et Sale, 2018). Il est plausible que les sentinelles aient choisi de participer à la formation après avoir eu un contact récent avec une personne ayant démontré un besoin d'aide. Après la formation, les nouveaux contacts auraient été moins nombreux et il y aurait eu moins d'occasions d'identifier et de référer des personnes à risque (Kitchener et Jorm, 2002). De plus, les personnes qui se sont portées volontaires pour participer au programme et à la présente étude étaient possiblement déjà très motivées pour adopter des comportements d'aide (Condrón *et al.*, 2015), comme le montrent les scores élevés d'intention d'aider obtenus au prétest. Cette hypothèse est soutenue par le nombre élevé de comportements d'aide rapportés par les sentinelles sur une période de six mois, avec presque un comportement d'aide pour deux sentinelles, avant et après la formation. Ces résultats sont comparables avec plusieurs études ayant des mesures semblables (Deane *et al.*, 2006 ; Rallis *et al.*, 2018 ; Reiff *et al.*, 2019), et sont cohérents avec le sondage de Roberge et Bouguezour (2018) indiquant que deux tiers des sentinelles répondantes indiquent avoir eu l'occasion de repérer une personne en détresse depuis leur formation. Nous soulignons également que la majorité des comportements d'aide rapportés provenaient d'un petit sous-groupe de sentinelles, suggérant une variabilité des opportunités et/ou de la motivation à s'engager auprès de personnes à risque.

Le choix du nombre de comportements d'aide comme variable mesurée présenterait donc certaines limites. Pourtant, elle est la seule variable utilisée pour conceptualiser les comportements d'aide dans la littérature, et fait partie intégrante du modèle logique de tout programme sentinelle (Burnette *et al.*, 2015 ; Holmes *et al.*, 2021). Il serait donc difficile de remplacer cet élément de la théorie de programme. Dans notre étude, nous avons également évalué la satisfaction des différentes sentinelles par rapport à chacune des interactions qu'elles ont rapportée avec une personne à risque. Les scores de satisfaction des sentinelles quant à leurs interactions avec les personnes à risque restent quelque peu similaires après avoir reçu leur formation (3,70/5 c. 3,43/5). Néanmoins aucune comparaison statistique n'a pu être faite en raison du faible nombre de comportements d'aide rapportés par différentes sentinelles avant et après la formation. Il était donc impossible de comparer les scores des mêmes participants. Si l'on porte une attention plus particulière sur la perception d'efficacité des sentinelles, la satisfaction des sentinelles concernant leurs interactions pourrait également être incluse dans la conception d'une variable de comportements d'aide. Cela permettrait de répondre à certaines limites identifiées avec cet indicateur, qui est affecté par divers facteurs discutés dans ce chapitre. Avec un échantillon plus large, cette variable pourrait présenter une valeur ajoutée permettant de nuancer et compléter les évaluations de programmes sentinelles.

5.2.2.2 Explications théoriques des chemins causaux

Il est également possible que les processus individuels proposés liant les effets cibles et les comportements d'aide soient incomplets ou incorrects. Les différents effets cibles n'influenceraient pas directement les comportements d'aide, expliquant pourquoi une augmentation des différents effets cibles n'est pas accompagnée d'une augmentation des comportements d'aide. Cela a été suggéré par plusieurs études sur les programmes sentinelles (p. ex. Indelicato *et al.*, 2011 ; Kitchener et Jorm, 2002 ; Lipson *et al.*, 2014 ; McLean et Swanbrow Becker, 2018 ; Robinson-Link *et al.*, 2020 ; Sareen *et al.*, 2013 ; Tompkins et Witt, 2009) et une méta-analyse sur la relation entre les attitudes et les comportements (Glasman et Albarracín, 2006). Nous pourrions penser, par exemple, que l'augmentation de certains effets cibles, tels que les connaissances en prévention du suicide, ne se traduit pas par un plus grand nombre de comportements d'aide, mais plutôt par une meilleure identification des personnes à risque (Condrón *et al.*, 2015 ; Robinson-Link *et al.*, 2020). Cela est difficile à vérifier, et nécessiterait un suivi auprès des intervenants désignés ou des

ressources d'aide auxquelles les sentinelles réfèrent les individus identifiés. Nos résultats, bien que non testés statistiquement, montrent une plus grande proportion de personnes identifiées étant référées par les sentinelles après avoir suivi la formation (75 % avant la formation c. 86 % après la formation).

Des effets médiateurs entre les effets cibles et les comportements d'aide pourraient également être présents et pourraient appuyer la pertinence d'un modèle théorique plus complexe. Nous avons rapporté que la majorité des programmes sentinelles empruntent à la TCP de Ajzen (1991, 2011) pour la modélisation de leur modèle logique, et que les formations recensées dans la littérature, en général, augmentent les différents effets cibles. Néanmoins, aucun document sur le programme sentinelle québécois ne mentionne la TCP comme cadre théorique sur laquelle le programme se baserait, offrant un modèle théorique potentiel qui emprunte tout de même certains de ses éléments (voir Figure 1.2). L'étude de Kuhlman et collègues (2017), ayant appliqué la TCP dans leur évaluation, démontrait que l'intention d'aider serait significativement associée aux comportements de questionnement et de référence. Les résultats de notre étude sont cohérents avec ces résultats, puisque seule l'intention d'aider était un prédicteur significatif des comportements d'aide lors du suivi. En effet, plusieurs études soutiennent que la probabilité autodéclarée d'un individu de s'engager dans des comportements est une indication importante de sa probabilité de passer à l'action (Albright *et al.*, 2016). Néanmoins, Kuhlman et collègues (2017) notent que seule la perception d'efficacité était significativement associée à l'intention de questionner des sentinelles, et non les attitudes, les normes subjectives et les connaissances subjectives. Cela ne soutient donc pas une bonne partie du modèle théorique de la TCP, et suggère l'implication de processus ou de chemins différents.

5.2.2.3 Inconfort et intention d'aider

Les études sur les programmes sentinelles ont jusqu'à maintenant conceptualisé l'intention d'aider très largement, en incluant diverses raisons telles que le malaise, le stigma et l'adéquation des comportements. L'hypothèse que le manque de comportements d'aide serait le résultat d'un malaise interpersonnel ou d'une ambivalence à aborder un sujet aussi personnel a été émise dans le passé (McLean et Swanbrow Becker, 2018 ; Mitchell *et al.*, 2013). Ces éléments ont été capturés durant nos entrevues, mettant la lumière sur un certain inconfort des sentinelles à intervenir auprès

de personnes à risque, particulièrement si celles-ci sont des proches. Les personnes interrogées par Reiff et collègues (2019) ont également fait état d'un certain malaise lors de la mise en pratique des compétences, et plusieurs ont indiqué que la conversation leur paraissait gênante ou peu naturelle. Surtout, l'inconfort des sentinelles a été capturé par le projet de Roberge et Bouguezour (2018), dans lequel environ 9 % ont ne pas être entré en contact avec la personne repérée dans le passé, invoquant comme raison, entre autres, ne pas se sentir à l'aise de le faire.

Les participants à la présente étude doctorale rapportent tout de même avoir apprécié la formation sentinelle et que celle-ci les a bien préparés à entreprendre leur rôle. Cela est appuyé par les données quantitatives démontrant une augmentation des connaissances après avoir suivi la formation, bien que les scores se trouvaient être déjà élevés avant la formation. Malgré le manque d'association avec le nombre de comportements d'aide, cet effet cible reste donc important à inclure dans une formation sentinelle. Les résultats montrent que, même auprès de personnes de la communauté qui entreprennent déjà un nombre important de comportements d'aide, les connaissances objectives en prévention du suicide sont pertinentes. Un exemple flagrant est le nombre important de sentinelles rencontrées en entrevues ayant été surprises d'apprendre que de poser la question de façon directe lors d'une identification d'un risque suicidaire est une bonne pratique en prévention du suicide (Carpenter *et al.*, 2021).

5.2.2.4 Établissement du processus d'aide

Par contre, une certaine confusion et un manque de connaissances par rapport au processus de référence établi ont été évoqués par les participants des entrevues. Certaines sentinelles ont rapporté ne pas savoir quel était leur intervenant désigné, ou vers quelles ressources diriger des personnes à risque en dehors de leur milieu, comme des proches. Le recours à un intervenant désigné n'est donc pas constant, et certaines actions sortent du cadre de référence québécois (MSSS, 2012). Ces résultats ont également été soulignés par Roberge et Bouguezour (2018), qui indiquent que les participants abondent pour dire que le rôle de sentinelle devrait être mieux défini. Elles ajoutent que la plupart des participants ayant déjà repéré une personne en détresse entreprenaient des démarches qui, selon le cadre de référence et la formation, sont des mesures qui ne devraient être utilisées que lorsqu'il est impossible de joindre l'intervenant désigné (p. ex. accompagner soi-même une personne vers une ressource, contacter la famille). Les auteures avancent que cela serait

expliqué par la responsabilité que les sentinelles ressentent envers la personne en détresse. Le non-respect des limites du rôle de sentinelle serait donc en partie motivé par une combinaison de non-disponibilité de l'intervenant désigné et d'un sens de responsabilité sociale des sentinelles, plutôt qu'un manque de connaissances sur le processus de référence.

Également soulignés par plusieurs études (Carpenter *et al.*, 2021 ; Shtivelband *et al.*, 2015), les résultats des entrevues soulignent que la connaissance d'une diversité de ressources d'aide est un élément important pour les sentinelles. Dans notre étude, le nombre de ressources d'aide connue par les participants augmentait significativement après la formation, mais diminuait six mois plus tard pour rester au-dessus du niveau au prétest. Le nombre de ressources connues variait également de façon importante entre les différents participants. Dans le cas de la formation sentinelle, le nombre de ressources connues n'est peut-être pas le meilleur indicateur à prendre en considération. Cette connaissance sera tout d'abord influencée par le milieu dans laquelle la sentinelle se trouve, comme le témoigne le nombre de ressources moins élevé relevé chez les participants formés par le CPS situé dans la région la plus rurale. Ensuite, dans le cadre de la formation québécoise, le rôle des sentinelles se limite à la référence vers leur intervenant désigné dans la présence d'un risque suicidaire. Cet intervenant est une personne formée dans le milieu ou le CPS régional. Le nombre de ressources connues ne devrait donc pas être d'intérêt pour l'évaluation. Pourtant, cet indicateur a été identifié par les personnes consultées. Bien que cela peut varier entre CPS, les ressources d'aide disponibles dans la région sont abordées lors de la formation et un bottin des ressources mis à jour est fourni (Roberge et Bouguezour, 2018). Lorsque le CPS ne peut répondre à lui seul aux besoins, les personnes à risque sont également parfois référées vers d'autres ressources ; les Centres intégrés de santé et services sociaux dans la majorité des cas (MSSS, 2012). Dans l'absence de risque suicidaire, la sentinelle informera la personne des ressources disponibles et l'encouragera à les utiliser. Un équilibre est donc à trouver entre fournir aux sentinelles diverses ressources d'aide pour des enjeux variés, et limiter leur rôle à la prévention du suicide. Il est important de noter que le nombre de ressources d'aide connues comme variable est également limité, puisque nous n'avons pas assez d'information pour déterminer comment cette connaissance est utilisée. L'utilisation d'une grille détaillant le profil et l'interaction comme celle utilisée dans notre étude, incluant les signes, la situation et la ressource suggérée, permettrait de déterminer de la pertinence des ressources suggérées pour la situation de la personne à risque aidée.

5.2.2.5 Personnalité, expérience et motivation

Plusieurs autres éléments peuvent expliquer les comportements d'aide des sentinelles, incluant les caractéristiques personnelles telles que l'extraversion, les habiletés interpersonnelles, et l'intérêt pour les autres seraient centraux dans le rôle de sentinelle. Une nature aidante et une certaine proactivité sont soulignées, démontrant de certains traits de personnalité positifs qui pourraient être influents dans l'évaluation subjective de l'intention d'aider et les comportements d'aide entrepris. Bien que cela soit rare, il arrive que des CPS refusent des candidats qui ne sont pas jugés suffisamment empathiques (MSSS, 2012), démontrant de l'importance de cet élément peu souvent abordé. Pourtant, la littérature sur le sujet est presque inexistante, bien que les traits et caractéristiques inhérents sont reconnus comme influents dans la TCP (Ajzen et Fishbein, 2005), et que la pertinence d'un recrutement ciblé de sentinelles selon des attributs et caractéristiques individuelles a été suggérée (Fulginiti et Hsu, 2022). Une seule étude récemment publiée soutient que les croyances qui sous-tendent les intentions comportementales soient en partie liées aux traits et caractéristiques inhérents, notamment l'optimisme, l'empathie, la gentillesse et l'extraversion (Williford *et al.*, 2022). Ainsi, les caractéristiques personnelles et traits de personnalité sont des éléments fondamentaux qui semblent contribuer au succès des sentinelles dans leur rôle.

Les éléments motivationnels des comportements d'aide des sentinelles sont rarement discutés dans la littérature. Ceux-ci ne sont pas non plus adressés par le programme sentinelle québécois, puisque la formation est suivie sur une base volontaire qui sous-entend que les personnes formées sont intéressées et motivées pour entreprendre ce rôle. Le rapport de Roberge et Bougezour (2018) indique que :

« [...] quelques répondants ont ainsi expliqué que le rôle de sentinelle relèverait d'une motivation intrinsèque et d'un important sens de l'engagement face à la prévention du suicide, mais aussi face au bien-être des citoyens de façon générale. » (p. 23)

Pourtant, cette motivation semble être un élément important ayant potentiellement une grande influence sur la capacité d'agir des sentinelles. Cela est probablement expliqué par la grande proportion de programmes sentinelles dont l'objectif est de former des professionnels en relation d'aide à intervenir directement avec la personne à risque. Il est donc attendu à ce que la sentinelle

ait une motivation professionnelle à aider. Conséquemment, les évaluations de programmes sentinelles se sont souvent penchées sur les différences entre sentinelles naturelles et sentinelles professionnelles dans les connaissances, attitudes et intentions (Hawgood *et al.*, 2021 ; Matthieu *et al.*, 2008 ; Tsai *et al.*, 2011). Cette dichotomie n'est pas aussi pertinente dans le contexte du programme sentinelle québécois, puisque seules des sentinelles émergentes sont formées. Nos entrevues suggèrent néanmoins que l'historique personnel et professionnel des sentinelles peut être pertinent à prendre en compte. Les sentinelles peuvent retirer de leur expérience personnelle et professionnelle des connaissances pertinentes, des attitudes positives et surtout une forte motivation à entreprendre leur rôle.

Bien que les personnes récemment endeuillées ne peuvent participer à la formation (MSSS, 2012), un nombre assez important de participants à l'étude ont associé leur motivation à entreprendre ce rôle suite à la perte d'un proche ou à une expérience difficile récente. Bien que généralement perçue comme risquée (Beautrais, 2004), la pair-aidance en prévention du suicide aurait de nombreux avantages (Schlichthorst *et al.*, 2020). Par contre, les experts du domaine s'entendent sur l'importance de choisir des pairs aidants qui ont réussi à surmonter leur propre perte et qui ne sont pas actuellement confrontés à des problèmes de deuil non résolus ou à d'autres problèmes de vie (Bartone *et al.*, 2018). De plus, les pairs aidants potentiels doivent être conscients de leurs propres capacités et comprendre les raisons qui les poussent à faire ce choix. Les auteurs rapportent également que certains organismes ont appris à appliquer des lignes directrices ou des règles empiriques pour faciliter la sélection des pairs qui soutiennent les personnes endeuillées (p. ex. minimum de 18 mois depuis le deuil), des critères moins restrictifs que certains CPS québécois.

Maintenant, une expérience personnelle antérieure avec la suicidalité, la détresse psychologique, ou des difficultés de santé mentale peut également représenter un facteur facilitant. Les participants ont avancé que ces expériences étaient considérées comme des informations privilégiées qui les aident à mieux comprendre la situation de la personne. De plus, la propre résilience des participants était également perçue comme une preuve de l'amélioration potentielle des personnes aidées. Leur expérience des ressources d'aide et des professionnels a renforcé la perception de l'utilité des références et la conviction des sentinelles de se référer à de telles ressources. La compréhension de l'expérience vécue du suicide et la place critique qu'elle occupe dans la prévention du suicide reflètent des connaissances essentielles et émergentes en matière de savoirs fondamentaux qui sont

pertinentes pour comprendre, établir des liens et répondre à la crise suicidaire (Hawgood *et al.*, 2020). En soi, les expériences personnelles de suicidalité sont associées à une plus grande acceptation sociale et à moins de colère à l'égard des pairs suicidaires (Eskin, 1999). Certaines données suggèrent que les étudiants du secondaire et du collégial qui ont été confrontés à des idées ou un comportement suicidaire chez quelqu'un de leur entourage sont plus susceptibles de réagir aux pairs à risque avec sensibilité et d'entreprendre des comportements proactifs recommandés (p. ex., informer une personne responsable) que les étudiants qui n'ont pas été confrontés à ces situations (Dunham, 2004 ; Norton *et al.*, 1988).

Toutefois, il a été montré que les personnes ayant été confrontées à des idées ou un comportement suicidaire chez quelqu'un de leur entourage étaient plus susceptibles d'adopter des stratégies inadaptées telles que garder secrètes les intentions d'un pair à risque ou ne rien faire (Gould *et al.*, 2004 ; Kalafat et Elias, 1992). L'étude de Midorikawa (2020) suggère qu'il existe une différence d'attitude à l'égard du suicide entre les sentinelles dont la santé mentale est bonne et celle dont la santé mentale est faible, puisque le groupe ayant une faible santé mentale était plus susceptible d'avoir une vision « permissive du droit de se suicider ». Par conséquent, si les sentinelles vivent une période de détresse psychologique ou de difficultés de santé mentale, leur attitude à l'égard du suicide pourrait devenir inappropriée, ce qui nuirait à leurs comportements d'aide. Les personnes engagées en prévention du suicide doivent être conscientes que leur propre état de santé mentale peut affecter leurs comportements d'aide en prévention du suicide. Dans notre étude, il a été mentionné qu'interagir avec des personnes en détresse pouvait faire revivre des expériences passées, même si ces difficultés ont été résolues. Ces éléments renvoient à l'importance de sensibiliser les sentinelles à l'influence de leurs attitudes et de leur propre subjectivité dans leur rôle de sentinelle.

L'expérience personnelle de la suicidalité peut donc être une source d'information privilégiée qui peut augmenter la capacité d'agir des sentinelles, mais une situation difficile vécue au moment du recrutement devrait exclure la participation au programme sentinelle. Le rapport d'implantation du MSSS (2012) indique que les critères d'exclusion incluent être suicidaire et avoir été récemment touché par le suicide (certains milieux précisent ne pas avoir été endeuillés par un suicide au cours des trois dernières années). Néanmoins, des acteurs rencontrés rapportaient n'avoir jamais refusé personne, même lorsqu'un candidat avait récemment été touché par le suicide (MSSS, 2012). Les

acteurs désignés pour soutenir les sentinelles méritent donc de prendre cet élément en considération. Les données de l'étude suggèrent que les administrateurs de programmes sentinelles pourraient avoir intérêt à tenir compte de plusieurs types de caractéristiques dans leur sélection de personnes à former, particulièrement dans le cas de personnes formées non volontaires. Des entrevues de présélection ou des questionnaires axés sur ces traits de personnalité, la motivation et les expériences personnelles sont des exemples de moyens qui pourraient être mis en place pour s'assurer de former des sentinelles efficaces.

5.2.2.6 Relation avec la personne aidée

De plus, plusieurs sentinelles ont indiqué avoir reçu cette formation dans l'objectif, entre autres, de s'outiller pour interagir avec quelqu'un de leur entourage. Les sentinelles s'entendaient également pour dire qu'il était également bien plus facile de jouer leur rôle auprès de personnes avec qui celles-ci sont plus proches, ce qui a été également mentionné dans les entrevues de Williford et collègues (2022). Bien qu'ils ne soient pas les personnes formées cibles de la majorité des programmes sentinelles, les membres de la famille et les amis sont bien placés pour adopter un rôle de sentinelle en raison de leurs relations étroites avec les proches ou les amis à risque, jouant souvent un rôle intégral dans les réseaux de soutien, la guérison et l'intervention en cas de crise (McLaughlin *et al.*, 2016). Les proches et les amis ont une expérience beaucoup plus nuancée en termes de niveau de proximité, de préoccupation et d'émotion dans le soutien apporté à leur proche ou à leur ami (Morton *et al.*, 2021).

Les programmes sentinelles peuvent avoir un impact différent sur les personnes susceptibles d'entrer en contact avec une personne suicidaire par rapport aux personnes qui s'occupent activement d'un proche à risque de suicide et qui ont besoin d'un soutien immédiat. Cette distinction est alors importante, car la famille et les amis qui s'occupent activement d'une personne à risque de suicide peuvent trouver différents éléments des programmes sentinelles utiles, tout en souhaitant un contenu qui puisse se rapporter plus précisément à leur expérience vécue (Morton *et al.*, 2021). Néanmoins, suivre la formation sentinelle pour soutenir un proche suicidaire ne cadre pas avec les objectifs du programme, et serait ainsi dissuadé lors de la formation. Une formation plus spécifique pour les proches de personnes à risque suicidaire est privilégiée et offerte par plusieurs CPS. Malgré cela, il est possible qu'une sentinelle puisse se retrouver un jour dans une

situation avec un proche à risque. Il est juste de penser que la sentinelle mettra tout de même à profit les connaissances et compétences acquises lors de la formation pour aider son proche, même si celles-ci se prêtent moins à ce contexte relationnel.

5.2.3 Les sentinelles dans divers contextes

Même les personnes les plus motivées à appliquer les compétences qu'elles ont acquises pendant la formation peuvent parfois être découragées, inhibées ou empêchées de le faire par des facteurs externes (Mathieu et Martineau, 1997 ; Tannenbaum et Yukl, 1992 ; dans Moore *et al.*, 2011). Evans et Price (2013) résument cette tension pour les sentinelles formées dans les milieux de travail :

Alors que certaines données suggèrent que les formations améliorent les connaissances et les compétences des sentinelles, les données concernant les changements de comportement liés à la formation restent floues. Cette rupture de la voie causale entre la compétence et l'action suggère la nécessité d'aborder les médiateurs contextuels de la mise en œuvre de la formation des sentinelles et de considérer l'individu comme *un agent situé*, qui est à la fois habilité et contraint par les discours et les pratiques de travail de l'organisation dans laquelle il travaille (p. 213, traduction libre).

Dans ce projet doctoral, une approche d'évaluation réaliste a permis d'éloigner l'attention habituellement portée sur les effets cibles de la formation et les facteurs démographiques influents en amenant une perspective plus écologique du rôle de sentinelle. En examinant les différents facteurs présents dans la capacité d'agir des sentinelles, plusieurs éléments contextuels, sociaux, environnementaux et organisationnels ont également été identifiés. Dans la présente section, les différents facteurs contextuels identifiés sont discutés en relation avec la faible littérature scientifique sur le sujet dans l'objectif d'élargir la théorie de programme et de proposer un modèle théorique plus complet incluant les différents éléments présentés dans le projet.

5.2.3.1 Présence de personnes à risque

De façon générale, la probabilité que les sentinelles entrent en contact avec des individus à risque dépend en grande partie de la présence de ces personnes dans leur milieu. Dans le contexte du

programme sentinelle, les formations sont majoritairement déployées dans des milieux à risque après une analyse des données gouvernementales sur le suicide, permettant une intervention ciblée. Étant donné qu'une grande partie des participants se trouvaient déjà dans des environnements à risque ou étaient déjà en contact avec des personnes à risque, il est possible que leur participation à une formation sentinelle ne modifie pas de manière significative le nombre de personnes à risque avec lesquelles elles interagissent. À l'intérieur même de ces milieux, différents rôles et positions ont été identifiés par les sentinelles comme ayant un impact sur leur probabilité d'entrer en contact avec ces personnes, ou de pouvoir interagir en sentinelle auprès d'elles. Des rôles d'écoute et de conseil axés sur les relations interpersonnelles sont particulièrement facilitants, et peuvent se retrouver en dehors des professions souvent privilégiées par les programmes sentinelles comme les professeurs et les professionnels en santé mentale (p. ex. Cross *et al.*, 2011 ; Hawgood *et al.*, 2021 ; Link, 2018 ; Matthieu *et al.*, 2008 ; Wyman *et al.*, 2008). De plus, il est également important de noter que le rôle des sentinelles ne se limite pas au milieu dans lequel elles ont été formées, et que des individus à risque peuvent être aidés dans d'autres milieux de la vie de la sentinelle, ce qui est rarement discuté et évalué dans la littérature. En termes d'implications pratiques, cela suggère que l'identification de milieux à risque dans lesquels implanter des réseaux sentinelles est une stratégie judicieuse et cohérente avec l'objectif du programme. De plus, ces résultats soulignent que certaines personnes sont mieux placées pour s'approprier le rôle de sentinelles dans leur milieu, et que les évaluations méritent de prendre cet élément en considération.

5.2.3.2 Soutien du milieu

Le milieu en lui-même représente une force importante permettant de faciliter ou entraver le rôle de sentinelle. Burnette et collègues (2015) avançaient déjà que le soutien du système dans lequel se retrouve une sentinelle est décisif, et que celui-ci inclue différentes sources. L'employeur, le superviseur, ou la personne responsable dans le milieu de la sentinelle, peut grandement contribuer à la capacité d'agir de la sentinelle. Les sentinelles nécessitent un soutien important dans leur rôle. En effet, en plus d'être fortement apprécié (Stein *et al.*, 2010), le soutien des superviseurs et de l'organisation est positivement associé aux comportements d'aide des sentinelles (Moore *et al.*, 2011). Des efforts pour mettre en place des conditions favorables à leur engagement peuvent être suggérés par les sentinelles, comme des endroits intimes ou une pause de travail pour s'acquitter de son rôle lorsque nécessaire. Le milieu (ou l'organisation) doit créer un climat favorable au rôle

de sentinelle ; le rôle de sentinelle mériterait de gagner à être promu dans plusieurs milieux, et des incitatifs pourraient être fournis pour les personnes souhaitant recevoir la formation. Valoriser le rôle de la sentinelle auprès des membres du milieu permettrait notamment d'en augmenter l'acceptabilité sociale de ce rôle et de renforcer la perception d'efficacité des sentinelles. Dans ce sens, encourager les initiatives en matière de santé mentale et de prévention du suicide afin de réduire la stigmatisation sont également à favoriser.

Les pairs, collègues et autres sentinelles présentes dans le milieu peuvent être des alliés importants. Les participants ont discuté de leurs préoccupations quant aux compétences des personnes dans leur milieu à aider des personnes à risque. Les membres de la communauté doivent être intéressés et investis dans la reconnaissance de la nécessité de la prévention du suicide (Isaac *et al.*, 2009). Maintenant, il semblerait que la formation d'un réseau de plusieurs sentinelles dans un même milieu soit la stratégie la plus adéquate pour y répondre et partager la responsabilité en prévention du suicide. Les résultats de la thèse suggèrent que le simple fait de former des réseaux sentinelles allègerait la perception de responsabilité personnelle des différentes sentinelles dans le milieu. Les réseaux de sentinelles peuvent aider à maintenir les effets de la formation en renforçant les connaissances et la perception d'efficacité à intervenir, mais également en fournissant du soutien émotionnel lors de situations difficiles. Dans leur étude sur un programme sentinelle composé de sentinelles indépendantes, Shitvelband et collègues (2015) soulignaient même l'importance du réseau social des sentinelles, et du désir d'augmenter leurs contacts avec d'autres sentinelles. Le programme sentinelle québécois comporte donc un facilitateur important de la capacité d'agir des sentinelles comparativement aux autres programmes, même si cet élément est pour le moment omis des théories de programme. Le programme sentinelle ne prévoit néanmoins aucune forme de structure et d'objectifs interactionnels entre sentinelles d'un même réseau. L'initiative et le leadership de l'intervenant désigné semblent donc être nécessaires pour établir et entretenir ces groupes de différentes manières (par Teams, par exemple). Les réseaux de sentinelles ainsi que les initiatives de regroupement des sentinelles dans un même milieu pour fournir des informations, du soutien et des conseils représentent des particularités qui méritent d'être répliquées. Nous suggérons que les CPS et les milieux ciblés pour recevoir la formation sentinelle travaillent de concert pour identifier des intervenants désignés qui seront en mesure de soutenir le regroupement de sentinelles d'un même réseau. Cela permettrait de conserver la relation entre sentinelles et

intervenant désigné, développer les liens entre sentinelles, renforcer les acquis des sentinelles, partager des informations, offrir du soutien, et faire le pont avec le CPS.

Le soutien de l'intervenant désigné et du CPS régional doit être maintenu et renforcé, puisque celui-ci a été identifié comme essentiel pour maintenir la capacité d'agir des sentinelles. Bien sûr, le manque de services disponibles a un impact négatif sur les comportements d'aide (Carpenter *et al.*, 2021). La relation entre sentinelles et les différents services d'aide à l'intérieur du milieu doivent être favorisés et entretenus. Nos résultats montrent que le bon lien établi avec ces ressources renforce la perception d'efficacité des sentinelles. Ces résultats soulignent l'importance de mettre en œuvre des programmes de sentinelles en collaboration avec les communautés et de maximiser les liens avec les sentinelles. Les sentinelles se retrouvent également dans un milieu avec une culture et des normes sociales plus larges qui régissent les comportements et attitudes des autres et les leurs. Les sentinelles qui interagissent avec différentes communautés religieuses et culturelles, comme ceux qui sont en contact avec des étudiants internationaux, ont rapporté que certaines normes concernant la recherche d'aide et la santé mentale pourraient interférer avec leurs efforts. L'adaptation et la prise en compte de la situation et du contexte de chaque individu ont été jugées nécessaires.

5.3 Proposition d'un modèle théorique adapté du programme sentinelle

Les résultats présentés jusqu'à maintenant suggèrent que le modèle logique du programme sentinelle mérite d'être adapté. Notre approche méthodologique ancrée dans un paradigme de réalisme critique soutient la modification de la théorie à la lumière de nouveaux résultats :

Les théories initiales peuvent être plus ou moins correctes - nous devons « éviter tout attachement au contenu de théories spécifiques et reconnaître la nature conditionnelle de tout résultat » (Bhaskar, 1979, p. 6 ; traduction libre).

En vue de ces réflexions, nous proposons plusieurs changements au modèle théorique privilégié des programmes sentinelles de Burnette et collègues (2015) pour intégrer les facteurs individuels et contextuels jusqu'à maintenant ignorés (Figure 5.1).

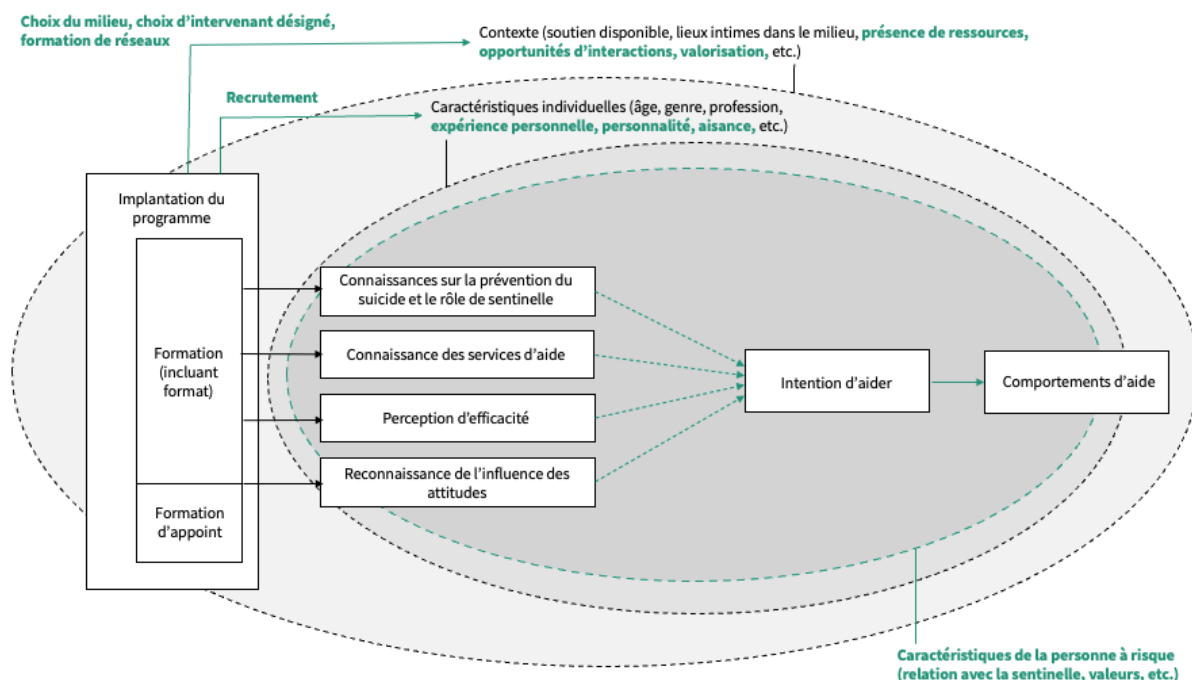


Figure 5.1 Modèle théorique révisé du programme sentinelle adapté de Burnette *et al.* (2015)

La première phase de l'étude nous a tout d'abord permis de confirmer que la formation sentinelle a un impact significatif sur les différents effets cibles, incluant les connaissances sur la prévention du suicide et le rôle de sentinelle, la connaissance des services d'aide, la perception d'efficacité, la reconnaissance de l'influence des attitudes et l'intention d'aider. La diminution des scores six mois après la formation suggère que les formations d'appoints seraient possiblement pertinentes pour maintenir ces acquis. La première phase du projet a également mis en lumière que seule l'intention d'aider serait associée à l'entreprise de comportements d'aide suivant la formation, suggérant un effet médiateur de l'intention d'aider sur la relation entre les différents effets cibles et les comportements d'aide, tel que proposé par Kuhlman et al. (2017). Les résultats de la deuxième phase du projet sont cohérents avec cette hypothèse, puisque la motivation à aider (substitut ou indicateur potentiel de l'intention d'aider) était longuement discutée par les sentinelles rencontrées comme facteur impliqué dans les comportements d'aide. La première phase nous interroge également sur les modalités du format (en ligne ou en personne) de la formation. Bien que des limites méthodologiques ne permettaient pas de déterminer avec certitude de l'impact de la modalité du format, nos analyses préliminaires suggèrent que ce facteur serait à considérer. Étant

donné que la littérature scientifique s'est exclusivement penchée sur les formations sentinelles en ligne de type modules éducatifs, il est impossible d'en tirer davantage de conclusions.

La deuxième phase de l'étude a tout d'abord renforcé l'importance des caractéristiques individuelles impliquées dans le modèle théorique, et plus particulièrement dans les comportements d'aide. Certains facteurs démographiques ayant déjà fait l'objet de plusieurs études sur les programmes sentinelles, comme l'âge, la profession ou le genre, sont déjà présents. Le projet doctoral souligne la pertinence d'ajouter certains autres facteurs individuels comme l'expérience personnelle, l'aisance à interagir avec des personnes à risque, le rôle de la sentinelle dans son milieu, et la personnalité de la sentinelle. La deuxième phase de l'étude renforce également l'importance du contexte dans le modèle, qui est intégré dans certaines théories de programmes sentinelles, mais qui n'a été que rarement inclus comme variable pouvant avoir un effet sur l'impact de la formation. Nous parlons ici du soutien disponible de la part du milieu, de l'intervenant désigné et du CPS, et des autres personnes dans le milieu, des opportunités d'interactions liées au milieu (p. ex. bureaux fermés), et de la valorisation de son rôle, par exemple. Dans le modèle révisé, les caractéristiques de la personne aidée sont ajoutées comme étant un facteur ayant une influence sur l'interaction avec la sentinelle ; certaines de ces caractéristiques, comme les valeurs et normes culturelles pourraient être atténuées par le contenu de formation.

Finalement, bien que le projet doctoral se soit penché plus particulièrement sur les effets de la formation du programme sentinelle, plusieurs éléments propres à l'implantation du programme identifiés dans la deuxième phase méritent d'être ajoutés dans le modèle. Par exemple, le choix de milieu, d'intervenant désigné et de formation de réseau ou non aura un impact important sur les facteurs contextuels impliqués. Nous pouvons penser, par exemple, à la différence de soutien que pourra recevoir une sentinelle de la part d'un intervenant désigné selon la motivation et la disponibilité de ce dernier. Les choix en matière de recrutement auront également un impact évident sur les caractéristiques individuelles des sentinelles formées. Bien que cela soit moins important dans un contexte de formation volontaire avec peu de critères d'exclusion, les personnes intéressées à devenir sentinelles possèdent diverses caractéristiques qui auront un impact important sur leur expérience de sentinelles. Les recherches futures mériteraient de prendre ces différents éléments en considération afin d'entreprendre des évaluations plus réalistes et rendre un portrait plus complet des processus impliqués dans les programmes sentinelles.

5.4 Forces et limites de l'étude

Certaines des forces et limites ont brièvement été abordées dans les articles présentant les résultats, nous abordons ici les forces et limites du projet de recherche doctoral plus généralement. L'étude comprend tout d'abord quatre grandes forces qui méritent d'être soulignées.

Premièrement, elle est la première étude préexpérimentale sur les effets du programme sentinelle québécois avec un échantillon de la population générale. Le programme sentinelle québécois est un des programmes de prévention du suicide les plus répandus dans la province. En 2019, on recensait quelques 98 formateurs sentinelles actifs au Québec (AQPS, 2022) et quelques 20 000 sentinelles formées depuis 2008 (AQPS, 2019), un chiffre qui se trouverait maintenant proche de 30 000. Le déploiement de formations sentinelles dans divers milieux est assuré par la majorité des CPS québécois et fait partie des mesures privilégiées de la stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 du MSSS (Gouvernement du Québec, 2022). Pourtant, à notre connaissance, aucune étude n'a porté sur l'évaluation des effets de cette formation sur la population générale formée. La pertinence d'examiner l'impact de la formation sentinelle a été répétée par plusieurs acteurs du milieu de la prévention du suicide, et fait partie des recommandations de Roberge et Bouguezour (2018). La contribution du projet s'ajoute donc ainsi à celles de l'essai doctoral de Vachon (2017) auprès de sentinelles âgées de 50 ans et plus, et de l'étude transversale descriptive de Roberge et Bouguezour (2018) sur la capacité d'agir des sentinelles québécoises.

Deuxièmement, la présente recherche puise sa force dans l'importance qu'elle apporte au modèle logique du programme. Le développement du modèle logique en collaboration avec un comité consultatif a tout d'abord permis d'orienter la méthodologie et d'assurer une validité de l'évaluation. Cette étape de consultation de divers acteurs gravitant autour du programme sentinelle québécois, ainsi que deux sentinelles ayant été formées dans le passé, est une grande force de la thèse. Cette étape avait d'ailleurs été soulignée comme étant manquante des études d'évaluation des programmes sentinelles dans la littérature. Pourtant, elle est essentielle pour s'assurer que les construits évalués et les instruments de mesure utilisés sont cohérents avec l'objet d'évaluation. Ces activités de consultation ont permis d'orienter l'évaluation vers des construits et des instruments pertinents aux objectifs et activités de la formation sentinelle québécoise (p. ex. reconnaissance de l'influence des attitudes, connaissance des services d'aide). C'est également une

des rares études ayant comparé les comportements d'aide des sentinelles avant et après la formation, bien que l'augmentation de ces comportements soit un des principaux objectifs du programme. La revue systématique de Holmes et collègues (2019) rapporte que seulement 35 % des évaluations identifiées dans la littérature mesuraient au moins un aspect des comportements d'aide. La relation entre les différents facteurs cibles de la formation et les comportements d'aide est également peu étudiée (Burnette *et al.*, 2015). Pourtant, elle représente un processus important de la logique théorique du programme. À notre connaissance, l'étude de Kuhlman et collègues (2017) seraient la seule ayant tenté de déterminer de la validité de la relation effets cibles-comportements d'aide du modèle théorique. Le projet doctoral ajoute donc une contribution importante aux connaissances sur le programme sentinelle québécois, mais également aux connaissances sur la théorie des programmes sentinelles plus largement.

Troisièmement, l'importance du contexte est prise en considération tout au long du projet doctoral, ce qui représente une force importante de l'étude. En effet, le projet est ancré dans une approche d'évaluation réaliste qui souligne l'influence de facteurs contextuels sur les effets de l'évaluation. À ce niveau, l'inclusion d'une phase qualitative permettant de situer les résultats de la première phase dans un contexte donné est une particularité qui démarque le projet des autres études sur le sujet. En effet, la contextualisation des comportements d'aide des sentinelles est absente des méthodologies utilisées pour le moment, et les données quantitatives présentées dans la littérature peinent à expliquer les processus impliqués dans la capacité d'agir des sentinelles. Cette perspective est cohérente avec les principes de psychologie communautaire, et une approche écologique privilégiée par le domaine (Nelson et Prilleltensky, 2010). L'intégration de diverses approches méthodologiques se révèle être un catalyseur important pour l'avancement de la compréhension et de la théorisation des phénomènes complexes. En raison de la complexité et du manque d'études approfondies sur les variables structurelles, il est impératif de transcender les paradigmes de recherche à méthodologie unique (Prilleltensky, 2003). La conjonction de méthodes quantitatives et qualitatives s'avère bénéfique pour évaluer les interactions entre différents niveaux (Nastasi et Hitchcock, 2009), facilitant ainsi la transition d'approches axées sur des solutions individuelles à des implications plus systémiques du changement (Javdani et al., 2023). Ce type d'approche permet également de valoriser les expériences des parties prenantes impliquées dans le

sujet d'étude, rendant ainsi les résultats plus accessibles et significatifs pour un éventail diversifié d'acteurs impliqués.

Quatrièmement, il est également important de souligner l'échantillon assez important de participants, les trois temps de mesure, et le temps de mesure de suivi de six mois après la formation. Ces paramètres sont présents dans une minorité des études sentinelles, bien qu'ils soient considérés comme des éléments essentiels des évaluations de programmes sentinelles (Burnette *et al.*, 2015 ; Holmes *et al.*, 2019). Il est également juste de souligner l'inclusion d'une phase qualitative au devis de recherche, qui ajoute de la complexité, du temps et des ressources au projet de recherche doctoral. Le devis de recherche mixte de l'étude ajoute une complémentarité, une rigueur et une cohérence avec les objectifs décrits. La méthodologie du projet est donc une force à considérer dans le cadre d'une thèse de doctorat.

Notre étude comporte également trois grandes limites qui doivent être discutées. D'abord, notre étude comporte une certaine faiblesse méthodologique associée au manque de groupe témoin. En effet, le manque de groupe contrôle ne permet tout d'abord pas d'affirmer avec certitude que les changements observés dans le temps sont liés à la formation sentinelle. Un devis d'essai randomisé contrôlé permettrait d'isoler l'effet de la formation et de conclure de l'efficacité du programme avec une plus grande certitude. Les essais randomisés contrôlés sont tout de même rares dans la littérature sur les programmes sentinelles, à l'exception d'études comme celle de Wyman et collègues (2008), considérée comme une référence sur le sujet.

Étant située dans un paradigme de réalisme critique, la phase qualitative aurait également bénéficié de l'utilisation d'un devis d'étude de cas multiples. L'étude de cas multiples est la forme la plus courante, et sans doute la plus utile, de la recherche en réalisme critique. Elle consiste en une exploration approfondie de plusieurs cas afin d'extraire les mécanismes de causalité de leurs manifestations empiriques (Vincent et O'Mahoney, 2018). Les « cas » peuvent être des personnes, des organisations ou des nations entières. Dans le cas du projet doctoral, l'hétérogénéité des divers milieux dans lesquels les sentinelles étaient formées ne permettait pas de bien cerner les particularités du (type de) contexte. Il est préférable d'examiner un phénomène commun dans des contextes similaires qui partagent des caractéristiques importantes pour explorer l'existence et l'activation d'un mécanisme dans chaque contexte unique (Wynn Jr et Williams, 2012). Les futures

études empruntant un paradigme de réalisme critique mériteraient d'utiliser ce type de devis pour explorer l'influence des facteurs contextuels dans un type de milieu spécifiquement. Par exemple, il serait possible de s'intéresser aux facteurs contextuels dans les milieux scolaires ou agricoles plus particulièrement. Une évaluation réaliste traditionnelle permettrait alors de développer des configurations CMO (*context-mechanism-outcome*) utiles pour fournir une description détaillée de la manière dont le contexte, les mécanismes et les résultats sont interconnectés dans une situation spécifique (Pawson et Tilley, 1997). Elles permettraient d'expliquer comment le programme sentinelle fonctionne dans des conditions données, et pourraient être testées empiriquement pour valider ou ajuster la théorie développée.

L'importante attrition est également discutable, puisque 50,9 % des participants recrutés au premier temps de mesure n'ont pas rempli les trois temps de mesure. Il est possible que ceux-ci diffèrent des participants ayant rempli les trois temps de mesure. En effet, les analyses menées démontraient qu'il existait une différence significative dans la moyenne d'âge des deux groupes. Il est donc possible que notre échantillon quantitatif présente certaines particularités et que la généralisation des résultats à toutes les sentinelles formées soit limitée. Au sein de la phase qualitative, les participants représentent un échantillon particulièrement motivé, qui peut également se distinguer de la population sur plusieurs points. Nous soulignons par exemple le manque de participants formés dans des milieux de la santé et des services sociaux, un milieu qui présente ces propres caractéristiques.

L'utilisation d'un devis mixte séquentiel explicatif QUAN → qual, bien que permettant une explication et mise en contexte de l'évaluation de la théorie de programme, est limitée. Elle présente une approche incrémentale de l'étude du programme sentinelle basée sur les données existantes. Avec ce type de devis, l'identification de facteurs individuels et contextuels impliqués dans les comportements d'aide après l'évaluation des effets ne permet pas d'inclure ceux-ci dans le modèle statistique. Un devis mixte séquentiel complémentaire qual → QUAN, dans lequel des entrevues sont utilisées pour identifier différents facteurs ensuite inclus dans le modèle statistique, aurait été une alternative intéressante (voir les évaluations réalistes étendues, extensives realist evaluations ; Kazi *et al.*, 2002 ; Kazi, 2003). L'étude aurait néanmoins souffert de difficultés méthodologiques (temps requis, puissance statistique, difficulté de développer des mesures pertinentes).

Finalement, il est important de souligner que le projet doctoral s'est déroulé pendant la crise sanitaire de COVID-19 au Québec. Ce contexte particulier, en plus d'amener des défis méthodologiques, a pu avoir un impact important sur les données recueillies. Nous savons que, durant cette période, la détresse psychologique était plus élevée qu'à la normale (Findlay et Arim, 2020 ; Jenkins *et al.*, 2021 ; Zajacova *et al.*, 2020), mais que le taux de suicide, lui, était moins élevé (Levesque *et al.*, 2022). En réponse aux impacts physiques, psychologiques et pratiques de la COVID-19, nous avons également assisté à une période de grande solidarité sociale, d'empathie, et de soutien interpersonnel (Berardi *et al.*, 2020 ; Igwe *et al.*, 2020 ; Yue et Yang, 2022). Certains de ces éléments ont été discutés par les participants rencontrés en entrevues dans la phase qualitative, mais aucun facteur propre au contexte pandémique n'a été intégré ou contrôlé d'une façon ou d'une autre dans la phase quantitative. Il est très fort probable que ceux-ci puissent avoir eu un impact sur différents résultats, comme les opportunités et possibilités d'entreprendre des comportements d'aide (p. ex. travail à la maison, couvre-feu, taux de suicidalité moins élevé dans la population). Cette limite est donc à prendre en considération dans l'interprétation et la généralisation des résultats présentés.

5.5 Implications des résultats présentés

Au fil de la thèse, plusieurs implications des résultats ont été énoncées. Cette section rassemble ces différents éléments dans l'objectif de fournir une liste claire, concise et complète des recommandations. Fletcher (2017) rappelle que les réalistes critiques cherchent à expliquer et à critiquer les conditions sociales. Cela rend possible, et même souhaitable, la formulation de recommandations politiques concrètes et de revendications définitives en faveur d'une action face aux problèmes sociaux. Bien que ces recommandations soient faillibles et dépendent du contexte, les recommandations sont fondées sur les tendances et les mécanismes causaux identifiés. C'est dans cette perspective que la section sur les implications est présentée. Elle est divisée en deux parties : les implications pour la recherche et les implications pour la pratique.

5.5.1 Implications pour la recherche

Le projet de recherche doctoral présenté s'ajoute aux nombreuses évaluations incluant plusieurs temps de mesure. Les résultats démontrant une diminution des acquis six mois après la formation soutiennent la pertinence de formations d'appoint.

Piste de recherche future : Les études futures devraient inclure des mesures de suivi supplémentaires (un à deux ans) et inclure l'impact des formations d'appoint dans leurs modèles statistiques.

La littérature scientifique sur les programmes sentinelles présente souvent très peu d'information sur le programme évalué (son contenu, ses objectifs spécifiques), le développement de l'évaluation (contexte théorique, choix méthodologiques), et l'implantation dans divers contextes. Le processus consultatif entrepris dans le projet de thèse a permis de modifier un modèle théorique initial basé sur la littérature pour l'adapter au contexte spécifique au programme québécois. Il a permis, par exemple, d'adapter le questionnaire sur les connaissances sur la prévention du suicide et le rôle de sentinelle pour refléter adéquatement le contenu de la formation québécoise. Les particularités de chaque programme et leurs influences sur les effets cibles doit être prises en considérations. Dans le cadre du programme sentinelle québécois, la formation de réseaux sentinelles représente une particularité intéressante à étudier.

Piste de recherche future : Les études futures mériteraient d'explicitier leur contexte théorique, leur modèle logique et leur rationnel méthodologique justifiant certains choix (incluant les variables d'intérêt), afin de présenter une évaluation logique et contextuellement adaptée.

Piste de recherche future : De futures études évaluatives mériteraient de comparer les effets de la formation québécoise sur les sentinelles indépendantes, les sentinelles formées en réseau qui ne se rencontrent pas, et les sentinelles formées en réseaux qui se regroupent ponctuellement afin d'éclaircir l'importance de cet élément de la structure du programme.

Ensuite, nos résultats quantitatifs sont cohérents avec l'étude de Kuhlman et collègues (2017), ayant appliqué la TCP dans leur évaluation, qui démontrait que l'intention d'aider serait significativement associée aux comportements de questionnement et de référence. La probabilité autodéclarée d'un individu de s'engager dans des comportements serait donc une indication importante de sa probabilité de passer à l'action et mérite d'être intégrée dans les évaluations. Nos résultats qualitatifs suggèrent également que la motivation pourrait être une variable impliquée qui représente mieux le concept sous-jacent mesuré par l'intention d'aider.

Piste de recherche future : Lorsque cohérent avec le contenu et les objectifs du programme, les évaluations de programmes sentinelles méritent d'utiliser le modèle de la TCP comme base pour expliquer les processus individuels impliqués dans les comportements d'aide des sentinelles formées.

Piste de recherche future : Des recherches explorant la conceptualisation de l'intention d'aider et de la motivation permettraient de raffiner le modèle théorique privilégié de la TCP dans le contexte des programmes sentinelles.

Les résultats présentés soutiennent la pertinence d'inclure une mesure de comportements d'aide dans l'évaluation. Cette mesure présente néanmoins certaines limites méthodologiques qui sont à prendre en considération, comme le caractère quelque peu aléatoire de la présence de personnes à risque dans le milieu d'une sentinelle. Également, un modèle plus robuste est nécessaire pour relever des différences modestes entre les temps de mesure d'une variable dont l'occurrence est aussi rare.

Piste de recherche future : Les études futures méritent d'examiner l'impact de la formation sentinelle sur les comportements d'aide auprès d'un grand échantillon de participants, en contrôlant pour plusieurs variables identifiées.

Piste de recherche future : L'inclusion d'une mesure de satisfaction avec les comportements d'aide entrepris permettrait de répondre à certaines limites méthodologiques et offrir un portrait plus nuancé de l'expérience des sentinelles.

Ensuite, très peu de données existent sur les interactions entre les sentinelles et les personnes à risque. Nous avons très peu d'information sur le profil des personnes aidées, leur relation avec la sentinelle, les signes identifiés, et les ressources qui ont été suggérées par la sentinelle.

Piste de recherche future : L'utilisation d'une grille détaillant le profil de la personne aidée et l'interaction avec la sentinelle, incluant les signes, la situation de la personne à risque et la ressource suggérée par la sentinelle, permettrait de déterminer de la pertinence des ressources suggérées pour la situation de la personne à risque aidée.

Finalement, la thèse a permis de mettre de l'avant l'importance du contexte dans lequel le programme sentinelle est déployé. Par contre, la grande variabilité de milieux dans lesquels les sentinelles sont formées limite l'exploration de facteurs contextuels plus spécifiques.

Piste de recherche future : Les futures études empruntant un paradigme de réalisme critique mériteraient d'utiliser un devis d'étude de cas multiples pour explorer l'influence des facteurs contextuels dans un type de milieu spécifiquement.

5.5.2 Implications pour la pratique

Le projet de recherche doctoral propose plusieurs recommandations pratiques qui doivent être approchées au cas par cas, et être adaptées selon le programme sentinelle. Les résultats soulignent tout d'abord que la majorité des comportements d'aide rapportés provenaient d'un petit sous-groupe de sentinelles, et que l'expérience personnelle, la motivation, et les traits de personnalité sont grandement impliqués dans la susceptibilité des sentinelles à entreprendre des comportements d'aide.

Piste de réflexion : Les milieux qui accueillent des sentinelles et les milieux formateurs qui sélectionnent les personnes à former comme sentinelles auraient avantage à développer des critères de sélection ou d'inclusion/exclusion basés sur certaines caractéristiques personnelles associées aux comportements d'aide.

L'étude met l'accent sur les opportunités d'interactions entre sentinelles et personnes à risque comme déterminantes de la susceptibilité des sentinelles à entreprendre des comportements d'aide. Des milieux qui sont plus à risque offrent davantage d'opportunités d'interactions. De plus, les résultats soulignent qu'à l'intérieur d'un même milieu, certaines personnes sont mieux placées pour s'approprier le rôle de sentinelles en raison de leur rôle et tâches professionnelles.

Piste de réflexion : Les milieux formateurs méritent de collaborer avec la santé publique pour identifier les milieux à risque dans lesquels implanter des réseaux sentinelles afin de maximiser les effets positifs du programme.

Piste de réflexion : Il serait pertinent d'identifier, au sein du milieu qui accueille des sentinelles, les membres qui occupent des rôles et positions offrant un lien privilégié avec les personnes à risque dans le milieu.

Certaines sentinelles ont également indiqué avoir revécu des expériences personnelles difficiles après avoir interagi avec des personnes en détresse. Nos résultats sont cohérents avec la littérature grise rapportant que les critères d'exclusion de deuil récent ne sont pas toujours respectés, ce qui peut être problématique pour certaines personnes.

Piste de réflexion : Les milieux formateurs devraient développer et appliquer des critères d'exclusion basés sur l'expérience récente de suicidalité et/ou de deuil, et de faire un suivi avec les personnes ayant eu une telle expérience dans leur vie.

Les résultats suggèrent également que la relation entre la sentinelle et la personne aidée peut être source de difficulté et compliquer la capacité d'agir des sentinelles, particulièrement si cette personne est un proche. Bien que les sentinelles ne sont pas censées prendre le rôle de sentinelle avec des proches, il est naturel de penser que ces premières vont mettre en pratique leur acquis pour aider ces derniers. Ce type de situation mérite donc d'être réfléchi.

Piste de réflexion : Les milieux de pratique devraient développer et intégrer un processus de réponse spécifique aux proches des sentinelles si celles-ci ne sont pas autorisées à entreprendre le processus de référence standard.

Le projet de thèse souligne également les défis auxquels les sentinelles sont confrontées lorsqu'elles souhaitent référer une personne qui ne fait pas partie du groupe à risque visé lors de l'implantation, ou si la personne vit une situation difficile qui n'est pas une crise suicidaire. Certaines sentinelles ont rapporté ne pas savoir qui était leur intervenant désigné, ou vers quelles ressources diriger des personnes à risque qui ne font pas partie du milieu formé, comme des proches.

Piste de réflexion : Dans les milieux dans lesquels l'intervenant désigné est une ressource réservée ou davantage accessible à un certain groupe, comme les services psychologiques étudiants, il serait impératif d'identifier et de renforcer la présence d'une ressource complémentaire (p. ex. CPS)

Piste de réflexion : Les milieux de pratique devraient entreprendre une réflexion sur la pertinence et les limites de l'enseignement de ressources d'aide non liées au suicide.

Le soutien du réseau est un élément indispensable, et qui inclut les collègues/pairs, les supérieurs et les ressources présentes. Cela permet d'alimenter la relation entre sentinelles et intervenant désigné, de développer les liens entre sentinelles, de renforcer les acquis des sentinelles, de partager des informations, d'offrir du soutien, et de faire le pont avec le CPS.

Piste de réflexion : Les milieux qui accueillent des sentinelles devraient valoriser et renforcer le rôle de la sentinelle auprès des membres afin d'augmenter l'acceptabilité sociale de ce rôle et de renforcer la perception d'efficacité des sentinelles.

Piste de réflexion : Les milieux qui accueillent des sentinelles devraient encourager les initiatives en matière de santé mentale et de prévention du suicide afin de réduire la stigmatisation et faciliter le rôle de sentinelle.

Piste de réflexion : Les milieux de pratiques et les milieux qui reçoivent une formation sentinelle devraient travailler de concert pour identifier des intervenants désignés qui seront en mesure de soutenir le regroupement de sentinelles d'un même réseau.

Ensuite, l'évaluation présentée se démarque de la littérature scientifique dans son utilisation d'une mesure de reconnaissance de l'influence des attitudes en prévention, plutôt qu'une variable de changement dans les attitudes, souvent utilisée, mais rarement affectée par les formations sentinelles.

Piste de réflexion : Les milieux de pratique devraient s'interroger sur la capacité de la formation offerte à affecter de façon durable et concrète les attitudes des sentinelles formées (si cela est un objectif).

Enfin, les attitudes et valeurs des personnes à risque présentent un défi. Les sentinelles qui interagissent avec différentes communautés religieuses et culturelles, comme ceux qui sont en contact avec des étudiants internationaux, ont rapporté que certaines normes concernant la recherche d'aide et la santé mentale pourraient interférer avec leurs efforts.

Piste de réflexion : Les formations sentinelles doivent être adaptées au contexte dans lequel elles sont déployées, et inclure des informations sur les interactions avec des personnes ayant des valeurs, attitudes et normes différentes par rapport en prévention du suicide.

CONCLUSION

Le programme sentinelle québécois est une composante importante de la stratégie provinciale en prévention du suicide. La présente étude visait à en approfondir sa compréhension par le biais d'une évaluation axée sur la théorie de programme utilisant un devis de mixte. Kelly et collègues (2020) affirmaient qu'afin que la psychologie communautaire soit attentive à la promotion des compétences des personnes dans leurs systèmes sociaux, les psychologues communautaires doivent utiliser une vision écologique de ces systèmes. C'est avec cette perspective de contextualisation que le projet de thèse s'est penché sur les effets de la formation sentinelle sur les participants. Elle représente, à notre connaissance, la première évaluation de l'impact de la formation sentinelle québécoise sur la population générale de sentinelles formées, offrant un premier portrait des forces et des limites de ce programme. Le projet de recherche doctoral a permis de répondre à trois objectifs de recherche distincts, mais complémentaires.

Un premier objectif était d'évaluer les effets de la formation sentinelle québécoise sur les connaissances sur la prévention du suicide et le rôle de sentinelle, la reconnaissance de l'influence des attitudes en prévention, l'intention d'aider, la connaissance des services d'aide, la perception d'efficacité, et les comportements d'aide des participants. L'étude a souligné un impact positif de la formation sur tous les effets cibles mesurés, bien que ces effets diminuent six mois plus tard tout en restant plus élevés qu'avant la formation. Cela soutient l'adéquation entre les activités de la formation et les effets cibles. Néanmoins, la formation n'a pas eu d'impact sur le nombre de comportements d'aide des sentinelles, soulevant d'importantes questions sur la théorie du programme et l'efficacité de celui-ci. En effet, les comportements d'aide sont un des éléments clés du programme sentinelle pour expliquer le lien entre la formation et la réduction de la suicidalité. Plusieurs explications sont offertes, comme la faible puissance statistique de l'étude et les comportements d'aide déjà élevés de la part des sentinelles formées, mais le devis quantitatif limite les explications possibles.

Un deuxième objectif était de déterminer des facteurs associés aux comportements d'aide des sentinelles. Le projet de recherche a montré que le niveau d'éducation moins élevé et l'intention d'aider étaient associés aux comportements d'aide des sentinelles dans les six premiers mois après

leur formation. Bien que l'association entre l'éducation et les comportements d'aide reste à expliquer, le lien entre l'intention d'aider et les comportements d'aide est cohérent avec les postulats de la TCP de Ajzen. Une exploration plus approfondie de ce construit suggère que l'intention d'aider est elle-même influencée par divers facteurs.

Un troisième et dernier objectif était d'explorer les différents facteurs impliqués dans la capacité des sentinelles à entreprendre des comportements d'aide. Le projet doctoral souligne l'impact de certains facteurs individuels sur les comportements d'aide, comme la motivation, l'expérience et la personnalité de la sentinelle. Il démontre également de l'influence de facteurs contextuels comme le soutien du milieu, y compris les attitudes à l'égard du suicide, les ressources pour la référence et la promotion des activités de sentinelle.

En guise de conclusion, nous soulignons que la formation sentinelle québécoise en prévention du suicide semble être efficace pour préparer les participants à leur rôle, mais ne semble pas augmenter les comportements d'aide. Notre étude soutient l'influence de facteurs individuels et contextuels impliqués dans la capacité des sentinelles d'entreprendre des comportements d'aide expliquant ces résultats, comme les opportunités d'interaction dans le milieu et l'expérience personnelle des sentinelles. Les programmes sentinelles bénéficieraient d'une approche plus écologique d'impacts de la formation en tenant compte des influences contextuelles et individuelles présentes.

ANNEXE A
QUESTIONNAIRE PHASE 1

Formation sentinelle - Questionnaire T1

Début de bloc : Partie 1. Description

t1_inclusion0

Évaluation des effets de la formation *Agir en sentinelle pour la prévention du suicide*

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à cette étude importante qui mesure les effets de la formation *Agir en sentinelle pour la prévention du suicide* offerte un Centre de prévention du suicide ou organisme partenaire. Le questionnaire contient des questions très précises qui devraient prendre environ 15 à 20 minutes à compléter. Ce sont des mesures qui nous aideront à créer un portrait de vos connaissances et comportements actuels et de vérifier, à la fin de votre formation, et six mois plus tard, comment ceux-ci ont changés.

Les questions suivantes serviront à déterminer si vous remplissez les critères de participation à l'étude. Veuillez donc répondre au meilleur de vos connaissances.

T1_inclusion1

Quel âge avez-vous ? (1-999)

T1_inclusion2

Avez-vous une bonne compréhension du français écrit ?

☐ Oui (2)

☐ Non (1)

T1_inclusion3

Êtes-vous inscrit(e) à une formation *Agir en sentinelle pour la prévention du suicide* offerte par un Centre de prévention du suicide ou organisme partenaire ?

☐ Oui (2)

☐ Non (1)

T1_inclusion4

Quelle est la date prévue de cette formation ? (jj/mm/aaaa, ex. 31/12/2020)

T1_inclusion5 Avez-vous prévu un changement de milieu (déménagement, changement d'emploi) qui nécessitera un possible retrait ou changement de réseau sentinelles dans lequel vous êtes formé ?

☐ Oui (2)

☐ Non (1)

Fin de bloc : Partie 1. Description

Début de bloc : Partie 1.2. Critères refus

Afficher cette question :

If Si Quel âge avez-vous ? (1-99) Text Response est inférieur à 18

Or T1_inclusion2 = 1

Or T1_inclusion3 = 1

T1_refus1

Désolé, vous ne répondez pas aux critères d'inclusion pour cette étude, nous vous remercions néanmoins de votre intérêt !

Passer à : Fin de l'enquête Si T1_refus1 est affiché

Fin de bloc : Partie 1.2. Critères refus

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT ÉLECTRONIQUE

Titre du projet de recherche

L'évaluation du programme sentinelle québécois en prévention du suicide

Étudiant-chercheur

Corentin Montiel, candidat au doctorat en psychologie communautaire

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

montiel.corentin@courrier.uqam.ca

514-688-1161

Direction de recherche

Brian L. Mishara, Ph.D.

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

mishara.brian@uqam.ca

514-987-4832

Collaborateurs

Tania Boilar, JEVI Centre de prévention du suicide - Estrie

Renée-Claude Laroche, Centre de prévention du suicide de Charlevoix

Joyce Lawless, Centre de prévention du suicide de Lanaudière

Lynda Poirier, Centre de prévention du suicide de Québec

Sandrine Vanhoutte, Centre d'écoute et prévention suicide Drummond

Préambule

Vous êtes invité(e) à participer à une étude qui s'adresse à tous les participants à la formation Agir en sentinelle pour la prévention du suicide offerte par les Centres de prévention du suicide du Québec. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à entrer en contact avec l'étudiant-chercheur responsable du projet ou avec les autres membres du personnel affecté au projet de recherche pour leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair ou poser toutes les questions que vous jugerez utiles. Les coordonnées de ces personnes sont écrites plus bas.

Description du projet et de ses objectifs

L'objectif principal de cette recherche est d'évaluer les effets de la formation sentinelle en prévention du suicide offerte par les Centres de prévention du suicide du Québec et d'explorer ce qui pourrait influencer ces effets.

Nature et durée de votre participation

Afin de participer à cette étude, vous devez : être âgé(e) de 18 ans et plus ; avoir une bonne compréhension du français écrit ; être inscrit pour suivre la formation sentinelle en prévention du

suicide offerte par un Centre de prévention du suicide dans les prochaines semaines. Malheureusement, si vous avez prévu un changement de milieu (déménagement, changement d'emploi, etc.) qui nécessitera un retrait ou un changement de réseau sentinelles, vous ne pouvez pas participer. Au total, un minimum de 160 personnes sera recruté pour participer à cette étude. Votre participation consistera à : remplir un questionnaire sécurisé sur Internet portant sur vos connaissances sur le suicide et vos attitudes générales par rapport à la prévention du suicide. Environ 15 à 25 minutes sont à prévoir pour compléter l'ensemble du questionnaire. Afin de pouvoir mesurer les changements survenus dans le temps, suite à votre participation à la formation, vous serez de nouveau invité(e) à remplir le même questionnaire à la fin de la formation, puis six mois plus tard. Un rappel à cet effet est prévu par courriel.

Avantages liés à la participation

En participant, vous contribuerez à l'avancement des connaissances sur les interventions efficaces pour prévenir le suicide.

Risques liés à la participation

Ce genre d'études ne comporte aucun risque pour votre santé. Le seul inconvénient est le temps que vous consacrez à participer (total d'environ 45 à 75 minutes si vous remplissez le questionnaire à trois reprises). Aucun Centre de prévention du suicide ne sera informé de votre participation à l'étude. Votre décision de participer ou non n'aura donc aucun impact sur vos relations avec ces organismes.

Confidentialité

Les questionnaires seront remplis en ligne. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet vous seront demandés. Votre nom et vos coordonnées complètes ne seront pas recueillis. Votre adresse courriel sera utilisée pour vous envoyer des rappels à compléter le questionnaire aux trois moments prévus. Les informations seront traitées de manière strictement confidentielle et anonyme. Un code non-nominal vous sera attribué et seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès à ces informations. L'étudiant-chercheur et la direction de recherche s'engagent à respecter la confidentialité des renseignements recueillis. Les informations seront conservées sur le serveur institutionnel de l'Université du Québec à Montréal. Les données seront conservées pendant cinq ans et par la suite détruites de façon sécuritaire.

Aucune publication sur la recherche ne contiendra de renseignements permettant de vous identifier.

Vous avez le droit de demander à consulter les renseignements à votre sujet qui sont conservés par les chercheurs. Vous avez également le droit de demander à ce que toute inexactitude soit corrigée.

Utilisation secondaire des données

Si vous acceptez, les données de recherches dénominalisées pourraient être utilisées pour réaliser d'autres projets de recherche dans le même domaine.

Ces projets de recherche seront évalués et approuvés par un Comité d'éthique de la recherche de l'UQAM avant leur réalisation. Les données de recherche seront conservées de façon sécuritaire.

Afin de préserver votre identité et la confidentialité des données de recherche, vous ne serez identifié que par un numéro de code.

Participation volontaire et retrait

Votre participation à ce questionnaire est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer et vous pouvez refuser de répondre à certaines questions ou vous retirer de l'étude en tout temps en quittant le questionnaire sans le compléter. Peu importe la décision que vous prendrez, cela n'aura aucun impact sur vos relations avec votre Centre de prévention du suicide.

Indemnité compensatoire

Aucune compensation financière n'est remise pour la participation à cette phase du projet de recherche.

Des questions sur le projet ?

Pour toute question additionnelle sur le projet et sur votre participation, vous pouvez communiquer avec les responsables du projet, M. Brian Mishara (mishara.brian@uqam.ca ; 514-987-4832) et M. Corentin Montiel (montiel.corentin@courrier.uqam.ca ; 514-688-1161). Des questions sur vos droits ? Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE) a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la coordonnatrice du CERPÉ de la Faculté des sciences humaines : cerpe.fsh@uqam.ca ou (514) 987-3000 poste : 3642.

Remerciements

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier.

TI_consentement1

Consentement

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie que j'ai eu l'occasion de contacter l'équipe de recherche afin de poser toutes les questions concernant ce projet de recherche. Dans le cas où j'ai effectivement contacté l'équipe de recherche, je confirme qu'on a répondu à toutes mes questions à ma satisfaction. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour réfléchir et prendre ma

décision. Je sais que je pourrai me retirer de cette étude en tout temps. Je recevrai un exemplaire du présent formulaire par courriel.

J'accepte de participer à cette étude.

☐ Oui (2)

☐ Non (1)

TI_consentement2

J'accepte que les données recueillies soient utilisées dans le cadre de futurs projets de recherche.

☐ Oui (2)

☐ Non (1)

TI_consentement3

Je voudrais recevoir un résumé des résultats de l'étude par courriel.

☐ Oui (2)

☐ Non (1)

TI_consentement4

Afin de pouvoir vous envoyer le lien du deuxième questionnaire à remplir après votre formation, veuillez inscrire **votre adresse courriel** :

Fin de bloc : Partie 2. Consentement

Début de bloc : Partie 2.1. Critère refus

Afficher cette question :

If TI_consentement1 = 1

T1_refus2

Désolé, devez donner votre consentement pour pouvoir participer à cette étude !

Passer à : Fin de l'enquête Si T1_refus2 est affiché

Fin de bloc : Partie 2.1. Critère refus

Début de bloc : Partie 3. Connaissances sur prévention et rôle

T1_role0

Les questions suivantes ont plusieurs choix de réponse. Veuillez sélectionner la meilleure réponse, selon vous.

T1_role1

1. Le suicide est habituellement la conséquence de :

- ☐ Un trop grand stress (1)
- ☐ Une dépression (2)
- ☐ Un abus de substance (alcool ou drogue) (3)
- ☐ Plusieurs facteurs ou causes (4)

T1_role2

2. Quand il est confronté à la possibilité d'un comportement suicidaire chez un individu, un(e) aidant(e) devrait en premier lieu :

- ☐ Référer la personne à des ressources spécialisées dans le domaine du suicide (1)
- ☐ En discuter directement avec la personne (2)
- ☐ Faire appel à des personnes significatives dans la vie de l'individu (3)
- ☐ Encourager la personne à parler des aspects positifs de sa vie (4)

TI_role3

3. Les plans de suicide sont explorés selon la base :

- ☐ Du degré de planification (1)
 - ☐ De l'âge (2)
 - ☐ De la gravité de l'état de la personne (3)
 - ☐ De la détresse apparente (4)
-

TI_role4

4. Dans quel groupe retrouve-t-on le plus haut taux de suicide ?

- ☐ Les femmes (1)
 - ☐ Les hommes (2)
 - ☐ Les adolescents (3)
 - ☐ Les personnes âgées (4)
-

TI_role5

5. Les gens qui expriment des intentions de se suicider :

- ☐ Veulent vraiment mourir (1)
 - ☐ Sont ambivalents (indécis) à propos de mourir (2)
 - ☐ Veulent punir les autres (3)
 - ☐ Sont manipulateurs (4)
-

TI_role6

6. Parmi les éléments suivants, qu'est-ce qui ne fait pas partie des informations relatives à la planification du suicide :

- ☐ La présence d'un trouble de santé mentale (1)
- ☐ La fréquence des idées suicidaires (2)
- ☐ L'endroit prévu du passage à l'acte (3)
- ☐ L'accessibilité du moyen pour se suicider (4)

TI_role7

7. Généralement, qu'est-ce qui détermine si un comportement est suicidaire ?

- ☐ L'humeur de la personne (1)
 - ☐ L'intention de la personne (2)
 - ☐ La létalité (risque de mort) de la méthode utilisée (3)
 - ☐ L'histoire de la personne (4)
-

TI_role8

8. Si quelqu'un présente des signes et des symptômes suggérant des intentions de suicide, l'aidant devrait :

- ☐ Recueillir davantage d'informations sur ce qui dérange la personne (1)
 - ☐ Se renseigner sur le soutien disponible dans la famille et chez les amis (2)
 - ☐ Déterminer si la toxicomanie (alcool/drogue) joue un rôle (3)
 - ☐ Demander si la personne pense au suicide (4)
-

TI_role9

9. Si une personne avoue avoir des idées suicidaires, l'aidant devrait :

- ☐ S'informer calmement de ce qui se passe dans sa vie (1)
 - ☐ Découvrir si elle a songé à la façon dont elle allait se suicider (2)
 - ☐ Informer les personnes significatives dans son entourage (3)
 - ☐ Référer immédiatement la personne (4)
-

Tl_role10

10. Les tâches clés pour une sentinelle sont :

- ☐ Identifier et référer (1)
- ☐ S'impliquer et accompagner (2)
- ☐ Évaluer et s'informer des ressources (3)
- ☐ Établir un contrat de non-suicide et implanter une aide (4)

Tl_role11

11. Le rôle de l'aidant envers la personne en détresse :

- ☐ Devrait être expliqué clairement à la personne à risque (1)
 - ☐ Devrait être caché à la personne (2)
 - ☐ Peut avoir des conséquences positives ou négatives (3)
 - ☐ À peu à voir avec le processus d'aide (4)
-

Tl_role12

12. Quelle démarche, parmi les suivantes, serait la plus appropriée à suggérer à quelqu'un qui pense au suicide :

- ☐ Suivre une thérapie (1)
- ☐ Rencontrer à nouveau l'aidant le lendemain pour discuter (2)
- ☐ Appeler un service d'intervention téléphonique pour crise suicidaire (3)
- ☐ Discuter avec une personne proche (famille/ami.e) (4)

Fin de bloc : Partie 3. Connaissances sur prévention et rôle

Début de bloc : Partie 4. Reconnaissance des attitudes

Tl_attitudes1

Pour chaque énoncé, veuillez indiquer votre degré d'accord.

	Tout à fait en désaccord (1)	En désaccord (2)	En accord (3)	Tout à fait en accord (4)

La réaction de quelqu'un face à une personne suicidaire est influencée par certaines de ses croyances et préjugés (1)

☐ ☐ ☐ ☐

Ma réaction face à une personne suicidaire est influencée par certaines de mes croyances et préjugés (2)

☐ ☐ ☐ ☐

Fin de bloc : Partie 4. Reconnaissance des attitudes

Début de bloc : Partie 5. Intention d'aider

TI_intentionI

Voici des énoncés qui décrivent des comportements. Vous devez indiquer à quel point il est probable que vous entrepreniez ces comportements.

	Très peu probable (1)	Peu probable (2)	Probable (3)	Très probable (4)
Que vous discutiez de vos inquiétudes avec une personne qui démontre des signes de risque suicidaire ? (1)	☐	☐	☐	☐
Que vous recommandiez des ressources ou services d'aide en santé mentale à une personne qui démontre des signes de risque suicidaire ? (2)	☐	☐	☐	☐

Fin de bloc : Partie 5. Intention d'aider

Début de bloc : Partie 6. Connaissance des services d'aide

TI_servicesI

Quels sont les ressources et services d'aide que vous connaissez, auxquels vous pourriez référer

une personne vulnérable au suicide ?

Nommez ceux-ci.

Fin de bloc : Partie 6. Connaissance des services d'aide

Début de bloc : Partie 7. Identification et référence

t1_id1

Dans votre vie, avez-vous déjà eu à aider une personne en détresse/à risque suicidaire ?

- ☐ Oui (2)
- ☐ Non (1)

t1_id2

Dans les 6 derniers mois, **avez-vous été approché(e)** par une personne en détresse/à risque suicidaire pour de l'aide ?

- ☐ Oui (2)
- ☐ Non (1)

Afficher cette question :

If t1_id2 = 2

t1_id3

Veillez remplir le tableau suivant pour chaque personne **qui vous a approché dans les 6 derniers mois.**

Genre de la personne	Âge de la personne	Votre relation avec cette personne (p. ex. ami(e), collègue, famille, inconnu(e), voisin(e), etc.)	Quelle était sa situation ? (p. ex. perte ou difficulté vécue par la personne, etc.)	Avez-vous référé cette personne ?	Si oui, à qui ? (p. ex. ligne d'écoute, organisme communautaire, etc.)	Quelle est votre satisfaction concernant votre interaction ?	Commentaires
Homme, Femme, Ne sait pas	0 à 9, 10 à 19, 20 à 29...			Oui, Non		Pas du tout satisfait(e), Peu satisfait(e)...	

t1_id4

Dans les 6 derniers mois, **avez-vous identifié** une personne démontrant des signes de détresse/à risque suicidaire ?

☐ Oui (2)

☐ Non (1)

Afficher cette question :

If t1_id4 = 2

t1_id5

Veillez remplir le tableau suivant pour chaque personne que **vous avez identifiée dans les 6 derniers mois.**

Genre de la personne	Âge de la personne	Votre relation avec cette personne (p. ex. ami(e), collègue, famille, inconnu(e), voisin(e), etc.)	Quelle était sa situation ? (p. ex. perte ou difficulté vécue par la personne, etc.)	Avez-vous approché cette personne? Si oui, veuillez remplir les colonnes suivantes -> Si non, inscrire la raison dans commentaires	Quelle était sa situation (p. ex. perte ou difficulté vécue par la personne, etc.)	Avez-vous référé cette personne ?	Si oui, à qui ? (p. ex. ligne d'écoute, organisme communautaire, etc.)	Quelle est votre satisfaction concernant votre interaction ?	Commentaires
Homme, Femme, Ne sait pas	0 à 9, 10 à 19, 20 à 29...			Oui, Non		Oui, Non		Pas du tout satisfait(e), Peu satisfait(e)...	(1)

Fin de bloc : Partie 7. Identification et référence

Début de bloc : Partie 8. Perception d'efficacité

T1_efficacité

Pour chaque énoncé, cochez la réponse qui correspond le mieux au degré de compétence que vous estimez avoir en ce moment pour agir en prévention du suicide.

Je me sens capable de...

	Tout à fait en désaccord (1)	En désaccord (2)	En accord (3)	Tout à fait en accord (4)
1. Définir le rôle de la sentinelle en prévention du suicide	☐	☐	☐	☐
2. Reconnaître l'influence de mes croyances et préjugés sur ma réaction face à une personne suicidaire	☐	☐	☐	☐
3. Repérer la personne vulnérable au suicide	☐	☐	☐	☐
4. Entrer en communication avec une personne de façon appropriée	☐	☐	☐	☐
5. Vérifier la présence d'idées suicidaires	☐	☐	☐	☐
6. Recueillir les informations relatives à la planification du suicide	☐	☐	☐	☐
7. Transmettre les informations utiles à l'intervenant désigné afin que la personne suicidaire reçoive l'aide appropriée	☐	☐	☐	☐
8. Favoriser la demande d'aide	☐	☐	☐	☐
9. Déterminer les services de soutien offerts aux sentinelles	☐	☐	☐	☐

Fin de bloc : Partie 8. Perception d'efficacité

Début de bloc : Partie 9. Partie Sociodémo

TI_socio0

Informations générales et sociodémographiques

TI_socio1

Votre genre :

- ☐ Homme (1)
 - ☐ Femme (2)
 - ☐ Autre (3)
-

TI_socio2

Votre dernier diplôme obtenu :

- ☐ Secondaire non complété (1)
 - ☐ Diplôme d'études secondaires (2)
 - ☐ Diplôme d'études professionnelles (3)
 - ☐ Diplôme d'études collégiales (préuniversitaire ou technique) (4)
 - ☐ Diplôme universitaire (5)
-

TI_socio3

Votre état civil :

- ☐ Célibataire (1)
 - ☐ Marié(e) ou conjoint(e) de fait (2)
 - ☐ Veuf(ve) (3)
 - ☐ Séparé(e)/divorcé(e) (4)
-

TI_socio4

Votre emploi :

TI_socio5

Les 3 premiers caractères de votre code postal :

TI_socio6

Je serai formé(e) en tant que sentinelle avec l'organisme suivant :

- ☐ Suicide Action Montréal (1)
 - ☐ Centre de prévention du suicide de Québec (2)
 - ☐ Centre de prévention du suicide de Lanaudière (3)
 - ☐ Centre d'écoute et de prévention suicide Drummond (4)
 - ☐ Centre de prévention du suicide de Charlevoix (6)
 - ☐ JEVI Centre de prévention du suicide - Estrie (7)
-

TI_socio7

Je serai formé(e) en tant que sentinelle pour agir dans le milieu suivant :

- ☐ En entreprise (1)
 - ☐ En milieu scolaire (2)
 - ☐ En milieu communautaire (3)
 - ☐ Dans le réseau public de la santé et des services sociaux (4)
 - ☐ En milieu agricole (5)
 - ☐ En milieu de loisirs (6)
 - ☐ Autre, précisez: (7) _____
 - ☐ Je ne serai pas formé(e) dans un milieu particulier (8)
-

TI_socio8

Je serai formé(e) en tant que sentinelle...

- ☐ Dans un réseau (1)
 - ☐ Ouverte (indépendante) (2)
-

TI_comment

Avez-vous des commentaires généraux ou précisions à apporter ?

Fin de bloc : Partie 9. Partie Sociodémo

Formation sentinelle - Questionnaire T2

Début de bloc : Partie 1. Description

t2_inclusion0

Évaluation des effets de la formation *Agir en sentinelle pour la prévention du suicide*

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à cette étude importante qui mesure les effets de la formation *Agir en sentinelle pour la prévention du suicide* offerte un Centre de prévention du suicide ou organisme partenaire. Ce deuxième questionnaire contient des questions très précises qui devraient prendre environ 5 à 10 minutes à compléter.

T2_courriel

Quelle est votre adresse courriel ?

T2_format

Quel était le format de la formation ?

- ☐ En personne (1)
 - ☐ En ligne (2)
-

T2_complet

Avez-vous suivi la formation sentinelle au complet ?

- ☐ J'ai suivi la formation au complet (1)
 - ☐ J'ai suivi une partie de la formation (3)
-

T2_date

Quelle était la date de votre formation ? (jj/mm/aaaa, ex. 31/12/2020)

Fin de bloc : Partie 1. Description

Début de bloc : Partie 2. Connaissances sur prévention et rôle

T2_role0

Les questions suivantes ont plusieurs choix de réponse. Veuillez sélectionner la meilleure réponse, selon vous.

T2_role1

1. Le suicide est habituellement la conséquence de :

- ☐ Un trop grand stress (1)
- ☐ Une dépression (2)
- ☐ Un abus de substance (alcool ou drogue) (3)
- ☐ Plusieurs facteurs ou causes (4)

T2_role2

2. Quand il est confronté à la possibilité d'un comportement suicidaire chez un individu, un(e) aidant(e) devrait en premier lieu :

- ☐ Référer la personne à des ressources spécialisées dans le domaine du suicide (1)
- ☐ En discuter directement avec la personne (2)
- ☐ Faire appel à des personnes significatives dans la vie de l'individu (3)
- ☐ Encourager la personne à parler des aspects positifs de sa vie (4)

T2_role3

3. Les plans de suicide sont explorés selon la base :

- ☐ Du degré de planification (1)
 - ☐ De l'âge (2)
 - ☐ De la gravité de l'état de la personne (3)
 - ☐ De la détresse apparente (4)
-

T2_role4

4. Dans quel groupe retrouve-t-on le plus haut taux de suicide ?

- ☐ Les femmes (1)
 - ☐ Les hommes (2)
 - ☐ Les adolescents (3)
 - ☐ Les personnes âgées (4)
-

T2_role5

5. Les gens qui expriment des intentions de se suicider :

- ☐ Veulent vraiment mourir (1)
 - ☐ Sont ambivalents (indécis) à propos de mourir (2)
 - ☐ Veulent punir les autres (3)
 - ☐ Sont manipulateurs (4)
-

T2_role6

6. Parmi les éléments suivants, qu'est-ce qui ne fait pas partie des informations relatives à la planification du suicide :

- ☐ La présence d'un trouble de santé mentale (1)
- ☐ La fréquence des idées suicidaires (2)
- ☐ L'endroit prévu du passage à l'acte (3)
- ☐ L'accessibilité du moyen pour se suicider (4)

T2_role7

7. Généralement, qu'est-ce qui détermine si un comportement est suicidaire ?

- ☐ L'humeur de la personne (1)
 - ☐ L'intention de la personne (2)
 - ☐ La létalité (risque de mort) de la méthode utilisée (3)
 - ☐ L'histoire de la personne (4)
-

T2_role8

8. Si quelqu'un présente des signes et des symptômes suggérant des intentions de suicide, l'aidant devrait :

- ☐ Recueillir davantage d'informations sur ce qui dérange la personne (1)
 - ☐ Se renseigner sur le soutien disponible dans la famille et chez les amis (2)
 - ☐ Déterminer si la toxicomanie (alcool/drogue) joue un rôle (3)
 - ☐ Demander si la personne pense au suicide (4)
-

T2_role9

9. Si une personne avoue avoir des idées suicidaires, l'aidant devrait :

- ☐ S'informer calmement de ce qui se passe dans sa vie (1)
 - ☐ Découvrir si elle a songé à la façon dont elle allait se suicider (2)
 - ☐ Informer les personnes significatives dans son entourage (3)
 - ☐ Référer immédiatement la personne (4)
-

T2_role10

10. Les tâches clés pour une sentinelle sont :

- ☐ Identifier et référer (1)
- ☐ S'impliquer et accompagner (2)
- ☐ Évaluer et s'informer des ressources (3)
- ☐ Établir un contrat de non-suicide et implanter une aide (4)

T2_role11

11. Le rôle de l'aidant envers la personne en détresse :

- ☐ Devrait être expliqué clairement à la personne à risque (1)
- ☐ Devrait être caché à la personne (2)
- ☐ Peut avoir des conséquences positives ou négatives (3)
- ☐ À peu à voir avec le processus d'aide (4)

T2_role12

12. Quelle démarche, parmi les suivantes, serait la plus appropriée à suggérer à quelqu'un qui pense au suicide :

- ☐ Suivre une thérapie (1)
- ☐ Rencontrer à nouveau l'aidant le lendemain pour discuter (2)
- ☐ Appeler un service d'intervention téléphonique pour crise suicidaire (3)
- ☐ Discuter avec une personne proche (famille/ami.e) (4)

Fin de bloc : Partie 2. Connaissances sur prévention et rôle

Début de bloc : Partie 3. Reconnaissance des attitudes

T2_attitudes1

Pour chaque énoncé, veuillez indiquer votre degré d'accord.

	Tout à fait en désaccord (1)	En désaccord (2)	En accord (3)	Tout à fait en accord (4)

La réaction de quelqu'un face à une personne suicidaire est influencée par certaines de ses croyances et préjugés (1)

☐
☐
☐
☐

Ma réaction face à une personne suicidaire est influencée par certaines de mes croyances et préjugés (2)

☐
☐
☐
☐

Fin de bloc : Partie 3. Reconnaissance des attitudes

Début de bloc : Partie 4. Intention d'aider

T2_intention1

Voici des énoncés qui décrivent des comportements. Vous devez indiquer à quel point il est probable que vous entrepreniez ces comportements.

	Très peu probable (1)	Peu probable (2)	Probable (3)	Très probable (4)
Que vous discutiez de vos inquiétudes avec une personne qui démontre des signes de risque suicidaire ? (1)	☐	☐	☐	☐
Que vous recommandiez des ressources ou services d'aide en santé mentale à une personne qui démontre des signes de risque suicidaire ? (2)	☐	☐	☐	☐

Fin de bloc : Partie 4. Intention d'aider

Début de bloc : Partie 5. Connaissance des services d'aide

T2_services1

Quels sont les ressources et services d'aide que vous connaissez, auxquels vous pourriez référer

une personne vulnérable au suicide ?

Nommez ceux-ci.

Fin de bloc : Partie 5. Connaissance des services d'aide

Début de bloc : Partie 6. Perception d'efficacité

T2_efficacité

Pour chaque énoncé, cochez la réponse qui correspond le mieux au degré de compétence que vous estimez avoir en ce moment pour agir en prévention du suicide.

Je me sens capable de...

	Tout à fait en désaccord (1)	En désaccord (2)	En accord (3)	Tout à fait en accord (4)
1. Définir le rôle de la sentinelle en prévention du suicide	☐	☐	☐	☐
2. Reconnaître l'influence de mes croyances et préjugés sur ma réaction face à une personne suicidaire	☐	☐	☐	☐
3. Repérer la personne vulnérable au suicide	☐	☐	☐	☐
4. Entrer en communication avec une personne de façon appropriée	☐	☐	☐	☐

5. Vérifier la présence d'idées suicidaires	☐	☐	☐	☐
6. Recueillir les informations relatives à la planification du suicide	☐	☐	☐	☐
7. Transmettre les informations utiles à l'intervenant désigné afin que la personne suicidaire reçoive l'aide appropriée	☐	☐	☐	☐
8. Favoriser la demande d'aide	☐	☐	☐	☐
9. Déterminer les services de soutien offerts aux sentinelles	☐	☐	☐	☐

Fin de bloc : Partie 6. Perception d'efficacité

Début de bloc : Partie 7. Partie Sociodémo

T2_socio0

Informations générale

T2_socio1

Je suis formé(e) en tant que sentinelle...

☐ Dans un réseau (1)

☐ Ouverte (indépendante) (2)

T2_socio2

À qui pouvez-vous transmettre les informations concernant une personne qui pense au suicide ?
Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent et précisez (p. ex. psychologue scolaire, CPS,
etc.)

☐

Je transmets les informations à un intervenant désigné dans mon milieu : (1)

☐

Je transmets les informations à une ou plusieurs ressources : (4)

☐

Je ne sais pas à qui transmettre ces informations (6)

T2_comment

Avez-vous des commentaires généraux ou précisions à apporter ?

Fin de bloc : Partie 7. Partie Sociodémo

Formation sentinelle - Questionnaire T3

Début de bloc : Partie 1. Description

t3_inclusion0

Évaluation des effets de la formation *Agir en sentinelle pour la prévention du suicide*

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à cette étude importante qui mesure les effets de la formation *Agir en sentinelle pour la prévention du suicide* offerte un Centre de prévention du suicide ou organisme partenaire. Ce dernier questionnaire contient des questions très précises qui devraient prendre environ 10 à 15 minutes à compléter.

T3_courriel

Quelle est votre adresse courriel ?

T3_formation

J'ai suivi la formation sentinelle au mois de...

(Si vous n'avez finalement pas suivi la formation, cliquez *Je n'ai pas suivi la formation).

▼ *Je n'ai pas suivi la formation sentinelle (4) ... Décembre (18)

Fin de bloc : Partie 1. Description

Début de bloc : Partie 2. Connaissances sur prévention et rôle

T3_role0

Les questions suivantes ont plusieurs choix de réponse. Veuillez sélectionner la meilleure réponse, selon vous.

T3_role1

1. Le suicide est habituellement la conséquence de :

- ☐ Un trop grand stress (1)
 - ☐ Une dépression (2)
 - ☐ Un abus de substance (alcool ou drogue) (3)
 - ☐ Plusieurs facteurs ou causes (4)
-

T3_role2

2. Quand il est confronté à la possibilité d'un comportement suicidaire chez un individu, un(e) aidant(e) devrait en premier lieu :

- ☐ Référer la personne à des ressources spécialisées dans le domaine du suicide (1)
 - ☐ En discuter directement avec la personne (2)
 - ☐ Faire appel à des personnes significatives dans la vie de l'individu (3)
 - ☐ Encourager la personne à parler des aspects positifs de sa vie (4)
-

T3_role3

3. Les plans de suicide sont explorés selon la base :

- ☐ Du degré de planification (1)
 - ☐ De l'âge (2)
 - ☐ De la gravité de l'état de la personne (3)
 - ☐ De la détresse apparente (4)
-

T3_role4

4. Dans quel groupe retrouve-t-on le plus haut taux de suicide ?

- ☐ Les femmes (1)
 - ☐ Les hommes (2)
 - ☐ Les adolescents (3)
 - ☐ Les personnes âgées (4)
-

T3_role5

5. Les gens qui expriment des intentions de se suicider :

- ☐ Veulent vraiment mourir (1)
 - ☐ Sont ambivalents (indécis) à propos de mourir (2)
 - ☐ Veulent punir les autres (3)
 - ☐ Sont manipulateurs (4)
-

T3_role6

6. Parmi les éléments suivants, qu'est-ce qui ne fait pas partie des informations relatives à la planification du suicide :

- ☐ La présence d'un trouble de santé mentale (1)
 - ☐ La fréquence des idées suicidaires (2)
 - ☐ L'endroit prévu du passage à l'acte (3)
 - ☐ L'accessibilité du moyen pour se suicider (4)
-

T3_role7

7. Généralement, qu'est-ce qui détermine si un comportement est suicidaire ?

- ☐ L'humeur de la personne (1)
- ☐ L'intention de la personne (2)
- ☐ La létalité (risque de mort) de la méthode utilisée (3)
- ☐ L'histoire de la personne (4)

T3_role8

8. Si quelqu'un présente des signes et des symptômes suggérant des intentions de suicide, l'aidant devrait :

- ☐ Recueillir davantage d'informations sur ce qui dérange la personne (1)
 - ☐ Se renseigner sur le soutien disponible dans la famille et chez les amis (2)
 - ☐ Déterminer si la toxicomanie (alcool/drogue) joue un rôle (3)
 - ☐ Demander si la personne pense au suicide (4)
-

T3_role9

9. Si une personne avoue avoir des idées suicidaires, l'aidant devrait :

- ☐ S'informer calmement de ce qui se passe dans sa vie (1)
 - ☐ Découvrir si elle a songé à la façon dont elle allait se suicider (2)
 - ☐ Informer les personnes significatives dans son entourage (3)
 - ☐ Référer immédiatement la personne (4)
-

T3_role10

10. Les tâches clés pour une sentinelle sont :

- ☐ Identifier et référer (1)
- ☐ S'impliquer et accompagner (2)
- ☐ Évaluer et s'informer des ressources (3)
- ☐ Établir un contrat de non-suicide et implanter une aide (4)

T3_role11

11. Le rôle de l'aidant envers la personne en détresse :

- ☐ Devrait être expliqué clairement à la personne à risque (1)
 - ☐ Devrait être caché à la personne (2)
 - ☐ Peut avoir des conséquences positives ou négatives (3)
 - ☐ À peu à voir avec le processus d'aide (4)
-

T3_role12

12. Quelle démarche, parmi les suivantes, serait la plus appropriée à suggérer à quelqu'un qui pense au suicide :

- ☐ Suivre une thérapie (1)
- ☐ Rencontrer à nouveau l'aidant le lendemain pour discuter (2)
- ☐ Appeler un service d'intervention téléphonique pour crise suicidaire (3)
- ☐ Discuter avec une personne proche (famille/ami.e) (4)

Fin de bloc : Partie 2. Connaissances sur prévention et rôle

Début de bloc : Partie 3. Reconnaissance des attitudes

T3_attitudes1

Pour chaque énoncé, veuillez indiquer votre degré d'accord.

	Tout à fait en désaccord (1)	En désaccord (2)	En accord (3)	Tout à fait en accord (4)
La réaction de quelqu'un face à une personne suicidaire est influencée par certaines de ses croyances et préjugés (1)	☐	☐	☐	☐
Ma réaction face à une personne suicidaire est influencée par certaines de mes croyances et préjugés (2)	☐	☐	☐	☐

Fin de bloc : Partie 3. Reconnaissance des attitudes

Début de bloc : Partie 4. Intention d'aider

T3_intention1

Voici des énoncés qui décrivent des comportements. Vous devez indiquer à quel point il est probable que vous entrepreniez ces comportements.

	Très peu probable (1)	Peu probable (2)	Probable (3)	Très probable (4)
Que vous discutiez de vos inquiétudes avec une personne qui démontre des signes de risque suicidaire ? (1)	☐	☐	☐	☐
Que vous recommandiez des ressources ou services d'aide en santé mentale à une personne qui démontre des signes de risque suicidaire ? (2)	☐	☐	☐	☐

Fin de bloc : Partie 4. Intention d'aider

Début de bloc : Partie 5. Connaissance des services d'aide

T3_services1

Quels sont les ressources et services d'aide que vous connaissez, auxquels vous pourriez référer

une personne vulnérable au suicide ?

Nommez ceux-ci.

Fin de bloc : Partie 5. Connaissance des services d'aide

Début de bloc : Partie 6. Identification et référence

t3_id2

Dans les 6 derniers mois, **avez-vous été approché(e)** par une personne en détresse/à risque suicidaire pour de l'aide ?

☐ Oui (2)

☐ Non (1)

Afficher cette question :

If t3_id2 = 2

t3_id3

Veillez remplir le tableau suivant pour chaque personne **qui vous a approché dans les 6 derniers mois.**

Genre de la personne	Âge de la personne	Votre relation avec cette personne (p. ex. ami(e), collègue, famille, inconnu(e), voisin(e), etc.)	Quelle était sa situation ? (p. ex. perte ou difficulté vécue par la personne, etc.)	Avez-vous référé cette personne ?	Si oui, à qui ? (p. ex. ligne d'écoute, organisme communautaire, etc.)	Quelle est votre satisfaction concernant votre interaction ?	Commentaires
Homme, Femme, Ne sait pas	0 à 9, 10 à 19, 20 à 29...			Oui, Non		Pas du tout satisfait(e), Peu satisfait(e)...	

t3_id4

Dans les 6 derniers mois, **avez-vous identifié** une personne démontrant des signes de détresse/à risque suicidaire ?

- ☐ Oui (2)
- ☐ Non (1)

Afficher cette question :

If t3_id4 = 2

t3_id5

Veillez remplir le tableau suivant pour chaque personne que **vous avez identifiée dans les 6 derniers mois**.

Genre de la personne	Âge de la personne	Votre relation avec cette personne (p. ex. ami(e), collègue, famille, inconnu(e), voisin(e), etc.)	Quelle était sa situation ? (p. ex. perte ou difficulté vécue par la personne, etc.)	Avez-vous approché cette personne? Si oui, veuillez remplir les colonnes suivantes -> Si non, inscrire la raison dans commentaires	Quelle était sa situation (p. ex. perte ou difficulté vécue par la personne, etc.)	Avez-vous référé cette personne ?	Si oui, à qui ? (p. ex. ligne d'écoute, organisme communautaire, etc.)	Quelle est votre satisfaction concernant votre interaction ?	Commentaires
Homme, Femme, Ne sait pas	0 à 9, 10 à 19, 20 à 29...			Oui, Non		Oui, Non		Pas du tout satisfait(e), Peu satisfait(e)...	(1)

Fin de bloc : Partie 6. Identification et référence

Début de bloc : Partie 7. Perception d'efficacité

t3_efficacité

Pour chaque énoncé, cochez la réponse qui correspond le mieux au degré de compétence que vous estimez avoir en ce moment pour agir en prévention du suicide.

Je me sens capable de...

	Tout à fait en désaccord (1)	En désaccord (2)	En accord (3)	Tout à fait en accord (4)
1. Définir le rôle de la sentinelle en prévention du suicide	☐	☐	☐	☐
2. Reconnaître l'influence de mes croyances et préjugés sur ma réaction face à une personne suicidaire	☐	☐	☐	☐
3. Repérer la personne vulnérable au suicide	☐	☐	☐	☐
4. Entrer en communication avec une personne de façon appropriée	☐	☐	☐	☐
5. Vérifier la présence d'idées suicidaires	☐	☐	☐	☐
6. Recueillir les informations relatives à la planification du suicide	☐	☐	☐	☐
7. Transmettre les informations utiles à l'intervenant désigné afin que la personne suicidaire reçoive l'aide appropriée	☐	☐	☐	☐
8. Favoriser la demande d'aide	☐	☐	☐	☐
9. Déterminer les services de soutien offerts aux sentinelles	☐	☐	☐	☐

Fin de bloc : Partie 7. Perception d'efficacité

Début de bloc : Partie 8. Partie Sociodémo

t3_info0

Informations générales

t3_info1

Êtes-vous affichée en tant que sentinelle dans votre milieu ? (ex. affiche sur porte, répertoire, etc.)

☐ Oui (2) _____

☐ Non (1)

t3_info2

Depuis votre formation, avez-vous reçu des outils supplémentaires ou des formations d'appoint ?
Précisez.

☐ Oui (2) _____

☐ Non (1)

t3_comment

Avez-vous des commentaires généraux ou précisions à apporter ?

t3_entrevues

Suites de l'étude.

Une deuxième partie de cette étude s'intéresse à l'expérience des sentinelles dans leur nouveau rôle, plus précisément en ce qui concerne les particularités de leur milieu comme facilitateurs à leur capacité d'action.

Pour ce faire, de courtes entrevues téléphoniques avec des sentinelles formées dans différents milieux seront tenues dans les prochains mois.

Seriez-vous intéressé(e) à être contacté(e) par courriel concernant la possibilité de participer à cette deuxième partie de l'étude ?

☐ Oui (2)

☐ Non (1)

Fin de bloc : Partie 8. Partie Sociodémo

ANNEXE B

CANEVAS D'ENTREVUE PHASE 2

Partie A. Mise en contexte [5-10 minutes]

1. Pour vous, c'est quoi être une sentinelle ?
Relance : Quelle est, selon vous, l'utilité du rôle de sentinelle dans votre milieu ?
2. Combien de sentinelles font partie de votre réseau ?
Relance : Avez-vous des contacts ensemble ? Du soutien mutuel ?
3. Qui est votre intervenant désigné ?
Relance : Comment définissez-vous le rôle de l'intervenant désigné ?
Relance : Quelle a été votre expérience avec l'intervenant désigné dans votre milieu ?
Relance : Comment est-ce que vous qualifieriez votre relation avec votre intervenant désigné ?

Partie B. Description du milieu et de la procédure [10-15 minutes]

4. Dans quel milieu agissez-vous en tant que sentinelle ? (p. ex. milieu scolaire, entreprise, etc.)
Relance : Décrivez-moi le milieu [milieu].
Relance : Dans quelle ville ?
Relance : Combien de personnes dans le milieu ?
Relance : Qui sont les autres personnes dans le milieu ?
5. Qui sont les personnes à risque dans votre milieu, selon vous ?
Relance : Comment les repérez-vous ?
Relance : Est-ce que vous vous sentez à l'aise d'interagir avec ces personnes-là ?
Relance : Quelle est la procédure à suivre lorsque vous identifiez quelqu'un à risque ?
6. Vous avez été formé dans ce milieu [milieu]. Est-ce que vous avez l'occasion d'interagir avec des personnes à risque en dehors de ce milieu ? Dans quel contexte ?
Relance : Comment les repérez-vous ?
Relance : Est-ce que vous vous sentez à l'aise d'interagir avec ces personnes-là ?
7. Dans le questionnaire, vous avez indiqué avoir interagi avec [personnes]. Comment ça s'est passé (demander pour chaque cas) ?
Relance : Est-ce que la personne a consulté la référence ? Qu'est-ce que s'est passé ?
Relance : Est-ce que vous vous sentiez à l'aise d'interagir avec ces personnes-là ?

PARTIE C. Particularités du milieu et comportements d'aide [15-20 minutes]

8. À quel point est-ce que vous vous sentez soutenu(e) dans votre rôle de sentinelle (pas du tout, un peu, beaucoup) ?

- a. Par votre entourage ?
 - b. Par l'intervenant désigné ?
 - c. Par le Centre de prévention du suicide ?
9. Qu'est-ce qui facilite votre rôle de sentinelle dans votre milieu ? Qu'est-ce qui pourrait vous aider ?
10. Qu'est-ce qui nuit à votre rôle de sentinelle dans votre milieu ? Quels obstacles est-ce que vous rencontrez dans votre milieu ?
- Relance :** *Qu'est-ce qui être modifié pour favoriser votre action en tant que sentinelle dans votre milieu ?*
- Relance :** *Est-ce que votre milieu est sensibilisé à la prévention du suicide ?*
11. Est-ce que votre formation de sentinelle était suffisante pour vous former pour assumer ce rôle ? Sinon, qu'est-ce qu'ils doivent améliorer, ajouter ou faire différemment ?
12. Étiez-vous bénévole pour participer à la formation ? Pour quelles raisons vouliez-vous participer à ce programme ?
13. Depuis votre formation comme sentinelle, est-ce qu'il y a eu un événement de suicide ou de tentative de suicide dans votre milieu ?
- Relance :** *S'il vous plait, décrire la situation et ce que vous connaissez de la personne, les circonstances, et comment vous avez vécu le suicide/tentative ?*

ANNEXE C

ATTESTATION DE CONFORMITÉ ÉTHIQUE



No. de certificat: 3247
Certificat émis le: 17-06-2019

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (Janvier 2016) de l'UQAM.

Titre du projet:	L'évaluation du programme sentinelles québécois en prévention du suicide
Nom de l'étudiant:	Corentin MONTIEL
Programme d'études:	Doctorat en psychologie (profil scientifique-professionnel)
Direction de recherche:	Brian L. MISHARA

Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.



Anne-Marie Parisot

Professeure, Département de linguistique
Présidente du CERPÉ FSH

ANNEXE D
LETTRES D'AUTORISATION DE RECRUTEMENT



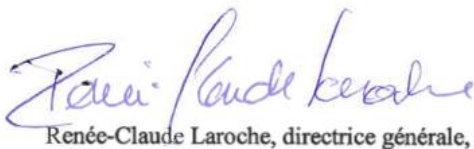
Comité d'éthique de la recherche pour les
projets étudiants impliquant des êtres humains
de la Faculté des sciences humaines de l'UQAM
Local DS-1900
320, rue Sainte-Catherine Est
Montréal (Québec) H2X 1L7

La Malbaie, le 21 octobre 2020

Madame, Monsieur,

Par la présente, j'autorise Corentin Montiel, candidat au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Montréal, l'accès et le recrutement de participant.es inscrits.es à la formation *Agir en sentinelle pour la prévention du suicide* de notre organisme, le Centre de prévention du suicide de Charlevoix. Cette autorisation n'est valable que dans le cadre du projet de recherche doctorale de l'étudiant.

Cordialement,



Renée-Claude Laroche, directrice générale,

Centre de prévention du suicide de Charlevoix
367, rue Saint-Étienne, bureau 115
La Malbaie (Québec) G5A 1M3
418 665-0096 /direction@cps-charlevoix.com



Sandrine Vanhoutte
Centre d'écoute et prévention suicide Drummond
575-101 rue des écoles, Drummondville J2B 6J1

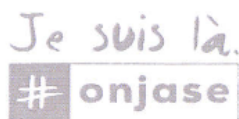
Comité d'éthique de la recherche pour les
projets étudiants impliquant des êtres humains
de la Faculté des sciences humaines de l'UQAM
Local DS-1900
320, rue Sainte-Catherine Est
Montréal (Québec) H2X 1L7

Madame, Monsieur,

Par la présente, j'autorise Corentin Montiel, candidat au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Montréal, à recruter des participant.es inscrit.es à la formation *Agir en sentinelle pour la prévention du suicide* de notre organisme, le Centre d'écoute et prévention suicide Drummond. Cette autorisation n'est valable que dans le cadre du projet de recherche doctorale de l'étudiant.

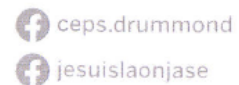
Cordialement,

Sandrine Vanhoutte
Directrice générale
Centre d'écoute et prévention suicide Drummond



www.onjase.ca | www.cepsd.ca

Téléphone : 819.478.5806
Courriel : direction@cepsd.ca





10 septembre 2020

Comité d'éthique de la recherche pour les
projets étudiants impliquant des êtres humains
de la Faculté des sciences humaines de l'UQAM
Local DS-1900
320, rue Sainte-Catherine Est
Montréal (Québec) H2X 1L7

Objet : Autorisation

Madame, Monsieur,

Par la présente, j'autorise Corentin Montiel, candidat au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Montréal, à recruter des participant.es inscrit.es à la formation *Agir en sentinelle pour la prévention du suicide* par notre organisme, le Centre de prévention du suicide de Lanaudière. Cette autorisation n'est valable que dans le cadre du projet de recherche doctorale de l'étudiant.

Joyce Lawless
Directrice

Centre de prévention du suicide de Lanaudière
C.P. 39, Joliette (Québec) J6E 3Z3
1 866 APPELLE / 1 866 277-3553

Tania Boilar
JEVI Centre de prévention du suicide - Estrie
120 11e Avenue N.
Sherbrooke, QC J1E 2T8

Comité d'éthique de la recherche pour les
projets étudiants impliquant des êtres humains
de la Faculté des sciences humaines de l'UQAM
Local DS-1900
320, rue Sainte-Catherine Est
Montréal (Québec) H2X 1L7

Sherbrooke, le 5 octobre 2020

Madame, Monsieur,

Par la présente, j'autorise Corentin Montiel, candidat au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Montréal, l'accès et le recrutement de participant.es inscrit.es à la formation *Agir en sentinelle pour la prévention du suicide* de notre organisme, JEVI Centre de prévention du suicide - Estrie. Cette autorisation n'est valable que dans le cadre du projet de recherche doctorale de l'étudiant.

Cordialement,



Tania Boilar, directrice générale,
JEVI Centre de prévention du suicide - Estrie

Lynda Poirier
Centre de prévention du suicide de Québec
1310 1^{re} avenue, Québec, QC G1L 3L1

Comité d'éthique de la recherche pour les
projets étudiants impliquant des êtres humains
de la Faculté des sciences humaines de l'UQAM
Local DS-1900
320, rue Sainte-Catherine Est
Montréal (Québec) H2X 1L7

Québec, le 12 novembre 2020

Madame, Monsieur,

Par la présente, j'autorise Corentin Montiel, candidat au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Montréal, l'accès et le recrutement de participant.es inscrit.es à la formation *Agir en sentinelle pour la prévention du suicide* de notre organisme, le Centre de prévention du suicide de Québec. Cette autorisation n'est valable que dans le cadre du projet de recherche doctorale de l'étudiant.



Cordialement,

Lynda Poirier, directrice générale,
Centre de prévention du suicide de Québec

BIBLIOGRAPHIE

- Adams, C., Gringart, E. et Strobel, N. (2022). Explaining adults' mental health help-seeking through the lens of the theory of planned behavior: a scoping review. *Systematic reviews*, 11(1), 160. <https://doi.org/10.1186/s13643-022-02034-y>
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-t](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-t)
- Ajzen, I. (2011). The theory of planned behaviour: reactions and reflections. *Psychology & health*, 26(9), 1113-1127. <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.613995>
- Ajzen, I. et Fishbein, M. (2005). The Influence of Attitudes on Behavior. Dans D. Albarracín, B. T. Johnson et M. P. Zanna (dir.), *The Handbook of Attitudes* (p. 173-221). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Albarracín, D., Johnson, B. T., Fishbein, M. et Muellerleile, P. A. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: A meta-analysis. *Psychological bulletin*, 127(1), 142-161. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.1.142>
- Albright, G. L., Davidson, J., Goldman, R., Shockley, K. M. et Timmons-Mitchell, J. (2016). Development and Validation of the Gatekeeper Behavior Scale. *Crisis*, 37(4), 271-280. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000382>
- Aldrich, R. S., Harrington, N. G. et Cerel, J. (2014). The willingness to Intervene Against Suicide Questionnaire. *Death studies*, 38(1-5), 100-108. <https://doi.org/10.1080/07481187.2012.738763>
- Amiri, S. (2022). Prevalence of suicide in immigrants/refugees: A systematic review and meta-analysis. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, 26(2), 370-405.
- Arensman, E., Coffey, C., Griffin, E., Van Audenhove, C., Scheerder, G., Gusmao, R., Costa, S., Larkin, C., Koburger, N., Maxwell, M., Harris, F., Postuvan, V. et Hegerl, U. (2016). Effectiveness of Depression-Suicidal Behaviour Gatekeeper Training among police officers in three European regions: Outcomes of the Optimising Suicide Prevention Programmes and Their Implementation in Europe (OSPI-Europe) study. *The International journal of social psychiatry*, 62(7), 651-660. <https://doi.org/10.1177/0020764016668907>
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C. et Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC psychiatry*, 4(1), 37. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-4-37>
- Aseltine, R. H., Jr et DeMartino, R. (2004). An outcome evaluation of the SOS Suicide Prevention Program. *American journal of public health*, 94(3), 446-451. <https://doi.org/10.2105/ajph.94.3.446>

- Aseltine, R. H., Jr, James, A., Schilling, E. A. et Glanovsky, J. (2007). Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension. *BMC public health*, 7(1), 161. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-161>
- Assarroudi, A., Heshmati Nabavi, F., Armat, M. R., Ebadi, A. et Vaismoradi, M. (2018). Directed qualitative content analysis: the description and elaboration of its underpinning methods and data analysis process. *Journal of research in nursing: JRN*, 23(1), 42-55. <https://doi.org/10.1177/1744987117741667>
- Association québécoise de prévention du suicide. (2017). *Rapport Annuel 2016-2017.pdf*.
- Association québécoise de prévention du suicide. (2019, juin). *Rapport annuel 2018-2019*. Association québécoise de prévention du suicide. https://www.aqps.info/media/documents/RapportAnnuel_AQPS_2019_BasseReso.pdf
- Association québécoise de prévention du suicide. (2022). *Rapport annuel 2021-2022*. Association québécoise de prévention du suicide.
- Baber, K. et Bean, G. (2009). Frameworks: a community-based approach to preventing youth suicide. *Journal of community psychology*, 37(6), 684-696. <https://doi.org/10.1002/jcop.20324>
- Bailey, E., Spittal, M. J., Pirkis, J., Gould, M. et Robinson, J. (2017). Universal suicide prevention in young people. *Crisis*, 38(5), 300-308. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000465>
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annual review of psychology*, 52(1), 1-26. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.1>
- Bartgis, J. et Albright, G. (2016). Online role-play simulations with emotionally responsive avatars for the early detection of Native youth psychological distress, including depression and suicidal ideation. *Am. Indian Alsk. Native Ment. Health Res.*, 23(2), 1-27. <https://doi.org/10.5820/aian.2302.2016.1>
- Bean, G. et Baber, K. M. (2011). Connect: an effective community-based youth suicide prevention program. *Suicide & life-threatening behavior*, 41(1), 87-97. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2010.00006.x>
- Beautrais, A., Fergusson, D., Coggan, C., Collings, C., Doughty, C., Ellis, P., Hatcher, S., Horwood, J., Merry, S., Mulder, R., Poulton, R. et Surgenor, L. (2007). Effective strategies for suicide prevention in New Zealand: a review of the evidence. *The New Zealand medical journal*, 120(1251), U2459. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17384687>
- Beghi, M. et Rosenbaum, J. F. (2010). Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempt: a critical appraisal. *Current opinion in psychiatry*, 23(4), 349-355. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32833ad783>

- Berardi, M. K., White, A. M., Winters, D., Thorn, K., Brennan, M. et Dolan, P. (2020). Rebuilding communities with empathy. *Local Development & Society*, 1(1), 57-67.
- Bhaskar, R. (1975). *A Realist Theory of Science*. Routledge. Routledge.
- Bhaskar, R. (1979). The possibility of naturalism : a philosophical critique of the contemporary human sciences. *Atlantic Highlands*.
- Bhaskar, R. (1998). Philosophy and scientific realism. Dans M. Archer, R. Bhaskar, A. Collier, T. Lawson et A. Norrie (dir.), *Critical realism: Essential readings* (p. 16-47). Sage.
- Blais, M., Gervais, J. et Hébert, M. (2014). Internalized homophobia as a partial mediator between homophobic bullying and self-esteem among youths of sexual minorities in Quebec (Canada). *Ciencia & Saude Coletiva*, 19(3), 727–735.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.16082013>
- Borgogna, N. C., McDermott, R. C., Aita, S. L. et Kridel, M. M. (2019). Anxiety and depression across gender and sexual minorities: Implications for transgender, gender nonconforming, pansexual, demisexual, asexual, queer, and questioning individuals. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 6(1), 54–63. <https://doi.org/10.1037/sgd0000306>
- Bolton, S.-L. (2015). *Evaluation of a gatekeeper training program as suicide intervention training for medical students: A randomized controlled trial*.
- Borges, G., Bagge, C. L., Cherpitel, C. J., Conner, K. R., Orozco, R. et Rossow, I. (2017). A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt. *Psychological medicine*, 47(5), 949-957. <https://doi.org/10.1017/s0033291716002841>
- Bostwick, J. M., Pabbati, C., Geske, J. R. et McKean, A. J. (2016). Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: Even more lethal than we knew. *The American journal of psychiatry*, 173(11), 1094-1100. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15070854>
- Bravo, M. (2003). Instrument development: Cultural adaptations for ethnic minority research. Dans *Handbook of Racial & Ethnic Minority Psychology* (p. 220-236). SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781412976008.n12>
- Braun, V. et Clarke, V. (2022). Toward good practice in thematic analysis: Avoiding common problems and be(com)ing a knowing researcher. *International Journal of Transgender Health*, 1–6. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2129597>
- Brent, D. A. (1996). Suicidal behavior runs in families. *Archives of general psychiatry*, 53(12), 1145. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830120085015>
- Brent, D. A., Oquendo, M., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., Zelazny, J., Brodsky, B., Melhem, N., Ellis, S. P. et Mann, J. J. (2004). Familial transmission of mood disorders: convergence and divergence with transmission of suicidal behavior. *Journal of*

- the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(10), 1259-1266.
<https://doi.org/10.1097/01.chi.0000135619.38392.78>
- Brezo, J., Bureau, A., Mérette, C., Jomphe, V., Barker, E. D., Vitaro, F., Hébert, M., Carbonneau, R., Tremblay, R. E. et Turecki, G. (2010). Differences and similarities in the serotonergic diathesis for suicide attempts and mood disorders: a 22-year longitudinal gene-environment study. *Molecular psychiatry*, 15(8), 831-843.
<https://doi.org/10.1038/mp.2009.19>
- Brousselle, A. et Buregeya, J.-M. (2018). Theory-based evaluations: Framing the existence of a new theory in evaluation and the rise of the 5th generation. *Evaluation*, 24(2), 153-168.
<https://doi.org/10.1177/1356389018765487>
- Brousselle, A. et Champagne, F. (2011). Program theory evaluation: Logic analysis. *Evaluation and program planning*, 34(1), 69-78. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2010.04.001>
- Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P. et Hartz, Z. (dir.). (2011). *L'évaluation : concepts et méthodes*. Presses de l'Université de Montréal.
<https://doi.org/10.4000/books.pum.6284>
- Brown, C. H., Wyman, P. A., Guo, J. et Peña, J. (2006). Dynamic wait-listed designs for randomized trials: new designs for prevention of youth suicide. *Clinical trials (London, England)*, 3(3), 259-271. <https://doi.org/10.1191/1740774506cn152oa>
- Brown, R. C., Straub, J., Bohnacker, I. et Plener, P. L. (2018). Increasing knowledge, skills, and confidence concerning students' suicidality through a gatekeeper workshop for school staff. *Frontiers in psychology*, 9, 1233. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01233>
- Burnette, C., Ramchand, R. et Ayer, L. (2015). Gatekeeper training for suicide prevention: A theoretical model and review of the empirical literature. *Rand health quarterly*, 5(1), 16.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28083369>
- Callanan, V. J. et Davis, M. S. (2012). Gender differences in suicide methods. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(6), 857-869. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0393-5>
- Camirand, J., Traoré, I. et Baulne, J. (2016, octobre). *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015: pour en savoir plus sur la santé des Québécois*. Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sur-la-sante-de-la-population-2014-2015-pour-en-savoir-plus-sur-la-sante-des-quebecois-resultats-de-la-deuxieme-edition.pdf>
- Campo, J. V. (2009). Youth suicide prevention: does access to care matter? *Current opinion in pediatrics*, 21(5), 628-634. <https://doi.org/10.1097/MOP.0b013e32833069bd>

- Canino, G., Lewis-Fernandez, R. et Bravo, M. (1997). Methodological challenges in cross-cultural mental health research. *Transcultural psychiatry*, 34(2), 163-184. <https://doi.org/10.1177/136346159703400201>
- Capp, K., Deane, F. P. et Lambert, G. (2001). Suicide prevention in Aboriginal communities: application of community gatekeeper training. *Australian and New Zealand journal of public health*, 25(4), 315-321. <https://doi.org/10.1111/j.1467-842x.2001.tb00586.x>
- Carpenter, D. M., Roberts, C. A., Lavigne, J. E. et Cross, W. F. (2021). Gatekeeper training needs of community pharmacy staff. *Suicide & life-threatening behavior*, 51(2), 220-228. <https://doi.org/10.1111/sltb.12697>
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H., McClay, J., Mill, J., Martin, J., Braithwaite, A. et Poulton, R. (2003). Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science (New York, N.Y.)*, 301(5631), 386-389. <https://doi.org/10.1126/science.1083968>
- Chagnon, F. (2004). La recherche évaluative et la prévention du suicide au Québec. Historique et état de la situation. Dans F. Chagnon et B. Mishara (dir.), *Évaluation de programmes en prévention du suicide*. Presses de l'Université du Québec.
- Chagnon, F., Houle, J., Marcoux, I. et Renaud, J. (2007). Control-group study of an intervention training program for youth suicide prevention. *Suicide & life-threatening behavior*, 37(2), 135-144. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.2.135>
- Charbonneau, L. (2000). Le suicide chez les policiers au Québec: enjeux méthodologiques et état de la situation. *Population*, 55(2), 367-378. <https://doi.org/10.2307/1535038>
- Chen, H. T. (1990). *Theory-driven evaluations*. SAGE Publications.
- Chen, H.-T. et Rossi, P. H. (1983). Evaluating with sense. *Evaluation review*, 7(3), 283-302. <https://doi.org/10.1177/0193841x8300700301>
- Chen, P. Y., Popovich, P. M. et Kogan, M. (1999). Let's talk: Patterns and correlates of social support among temporary employees. *Journal of occupational health psychology*, 4(1), 55-62. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.4.1.55>
- Cho, J., Lee, W. J., Moon, K. T., Suh, M., Sohn, J., Ha, K. H., Kim, C., Shin, D. C. et Jung, S. H. (2013). Medical care utilization during 1 year prior to death in suicides motivated by physical illnesses. *Journal of preventive medicine and public health = Yebang Uihakhoe chi*, 46(3), 147-154. <https://doi.org/10.3961/jpmph.2013.46.3.147>
- Cimini, M. D., Rivero, E. M., Bernier, J. E., Stanley, J. A., Murray, A. D., Anderson, D. A., Wright, H. R. et Bapat, M. (2014). Implementing an audience-specific small-group gatekeeper training program to respond to suicide risk among college students: a case study. *Journal of American college health: J of ACH*, 62(2), 92-100. <https://doi.org/10.1080/07448481.2013.849709>

- Clark, A. M., Briffa, T. G., Thirsk, L., Neubeck, L. et Redfern, J. (2012). What football teaches us about researching complex health interventions. *BMJ (Clinical research ed.)*, 345(dec14 12), e8316. <https://doi.org/10.1136/bmj.e8316>
- Coleman, D., Black, N., Ng, J. et Blumenthal, E. (2019). Kognito's Avatar-Based Suicide Prevention Training for College Students: Results of a Randomized Controlled Trial and a Naturalistic Evaluation. *Suicide & life-threatening behavior*, 49(6), 1735-1745. <https://doi.org/10.1111/sltb.12550>
- Coleman, D. et Del Quest, A. (2015). Science from evaluation: testing hypotheses about differential effects of three youth-focused suicide prevention trainings. *Social work in public health*, 30(2), 117-128. <https://doi.org/10.1080/19371918.2014.938397>
- Committee on Prevention of Mental Disorders, Institute Of Committee on Prevention of Mental Disorders, Mrazek, P. J. et Haggerty, R. J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. National Academies Press.
- Condrón, D. S., Garraza, L. G., Walrath, C. M., McKeon, R., Goldston, D. B. et Heilbron, N. S. (2015). Identifying and Referring Youths at Risk for Suicide Following Participation in School-Based Gatekeeper Training. *Suicide & life-threatening behavior*, 45(4), 461-476. <https://doi.org/10.1111/sltb.12142>
- Condrón, D. S., Godoy Garraza, L., Kuiper, N., Sukumar, B., Walrath, C. et McKeon, R. (2019). Comparing the Effectiveness of Brief Versus In-Depth Gatekeeper Training on Behavioral Outcomes for Trainees. *Crisis*, 40(2), 115-124. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000539>
- Coppens, E., Van Audenhove, C., Iddi, S., Arensman, E., Gottlebe, K., Koburger, N., Coffey, C., Gusmão, R., Quintão, S., Costa, S., Székely, A. et Hegerl, U. (2014). Effectiveness of community facilitator training in improving knowledge, attitudes, and confidence in relation to depression and suicidal behavior: results of the OSPI-Europe intervention in four European countries. *Journal of affective disorders*, 165, 142-150. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.04.052>
- Creswell, J. W. (2013). *Research design : Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches (4 édition)*. Sage Publications.
- Creswell, J. W. et Clark, V. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. Sage.
- Creswell, J. W., Clark, V. L., Gutmann, M. et Hanson, W. (2003). Advanced mixed methods research designs. Dans A. Tashakkori et C. Teddlie (dir.), *Handbook on mixed methods in the behavioral and social sciences* (p. 209-240). Sage.
- Cross, W. F., Matthieu, M. M., Lezine, D. et Knox, K. L. (2010). Does a brief suicide prevention gatekeeper training program enhance observed skills? *Crisis*, 31(3), 149-159. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000014>

- Cross, W. F., Seaburn, D., Gibbs, D., Schmeelk-Cone, K., White, A. M. et Caine, E. D. (2011). Does practice make perfect? A randomized control trial of behavioral rehearsal on suicide prevention gatekeeper skills. *The journal of primary prevention*, 32(3-4), 195-211. <https://doi.org/10.1007/s10935-011-0250-z>
- Davis, R. G., Ressler, K. J., Schwartz, A. C., Stephens, K. J. et Bradley, R. G. (2008). Treatment barriers for low-income, urban African Americans with undiagnosed posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 218–222. <https://doi.org/10.1002/jts.20313>
- Deane, F. P., Capp, K., Jones, C., de Ramirez, D., Lambert, G., Marlow, B., Rees, A. et Sullivan, E. (2006). Two-Year Follow-Up of a Community Gatekeeper Suicide Prevention Program in an Aboriginal Community. *The Australian Journal of Rehabilitation Counselling*, 12(1), 33-36. <https://doi.org/10.1375/jrc.12.1.33>
- Desjardins, S. (1996). *Les coûts de l'abus des substances au Québec*. Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Drum, D. J., Brownson, C., Burton Denmark, A. et Smith, S. E. (2009). New data on the nature of suicidal crises in college students: Shifting the paradigm. *Professional psychology, research and practice*, 40(3), 213-222. <https://doi.org/10.1037/a0014465>
- Dumais, A., Lesage, A. D., Alda, M., Rouleau, G., Dumont, M., Chawky, N., Roy, M., Mann, J. J., Benkelfat, C. et Turecki, G. (2005). Risk factors for suicide completion in major depression: a case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. *The American journal of psychiatry*, 162(11), 2116-2124. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.11.2116>
- Dunham, K. (2004). Young adults' support strategies when peers disclose suicidal intent. *Suicide & life-threatening behavior*, 34(1), 56-65. <https://doi.org/10.1521/suli.34.1.56.27773>
- Dutheil, F., Aubert, C., Pereira, B., Dambrun, M., Moustafa, F., Mermillod, M., Baker, J. S., Trousselard, M., Lesage, F.-X. et Navel, V. (2019). Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis. *PloS One*, 14(12), e0226361. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226361>
- Ecker, J., Aubry, T. et Sylvestre, J. (2019). A Review of the Literature on LGBTQ Adults Who Experience Homelessness. *Journal of homosexuality*, 66(3), 297-323. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1413277>
- Elias, B., Mignone, J., Hall, M., Hong, S. P., Hart, L. et Sareen, J. (2012). Trauma and suicide behaviour histories among a Canadian indigenous population: an empirical exploration of the potential role of Canada's residential school system. *Social science & medicine*, 74(10), 1560-1569. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.01.026>
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>

- Eskin, M. (1999). Social reactions of Swedish and Turkish adolescents to a close friend's suicidal disclosure. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 34(9), 492-497.
<https://doi.org/10.1007/s001270050225>
- Evans, R. E. et Price, S. (2013). Exploring organisational influences on the implementation of gatekeeper training: a qualitative study of the Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST) programme in Wales. *Critical public health*, 23(2), 213-224.
<https://doi.org/10.1080/09581596.2012.752069>
- Ewell Foster, C. J., Burnside, A. N., Smith, P. K., Kramer, A. C., Wills, A. et A King, C. (2016). Identification, Response, and Referral of Suicidal Youth Following Applied Suicide Intervention Skills Training. *Suicide & life-threatening behavior*, 47(3), 297-308.
<https://doi.org/10.1111/sltb.12272>
- Fazel, S., Grann, M., Kling, B. et Hawton, K. (2011). Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003–2007. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 46(3), 191-195.
- Ferlatte, O., Salway, T., Oliffe, J. L., Kia, H., Rice, S., Morgan, J., Lowik, A. J. et Knight, R. (2020). Sexual and Gender Minorities' Readiness and Interest in Supporting Peers Experiencing Suicide-Related Behaviors. *Crisis*, 41(4), 273-279.
<https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000632>
- Ferlatte, O., Salway, T., Rice, S. M., Oliffe, J. L., Knight, R. et Ogrodniczuk, J. S. (2019). Inequities in depression within a population of sexual and gender minorities. *Journal of mental health*, 29(5), 573-580. <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1581345>
- Fernandes, M. et Hanson, C. (2021). Suicide prevention is a community's responsibility: Evaluating the implementation of a suicide prevention training in a faculty of Applied Science & Engineering. *Proceedings of the Canadian Engineering Education Association (CEEAA)*. <https://doi.org/10.24908/pceea.vi0.14831>
- Findlay, L. et Arim, R. (2020). *Canadians report lower self-perceived mental health during the COVID-19 pandemic*. Statistiques Canada. https://epe.lac-bac.gc.ca/100/201/301/weekly_acquisitions_list-ef/2020/20-17/publications.gc.ca/collections/collection_2020/statcan/45-28/CS45-28-1-2020-3-eng.pdf
- Fink-Miller, E. L. et Nestler, L. M. (2018). Suicide in physicians and veterinarians: risk factors and theories. *Current opinion in psychology*, 22, 23-26.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.07.019>
- Fishbein, M. et Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Addison-Wesley Pub.

- Fletcher, A. J. (2017). Applying critical realism in qualitative research: methodology meets method. *International journal of social research methodology*, 20(2), 181-194. <https://doi.org/10.1080/13645579.2016.1144401>
- Fu, Q., Heath, A. C., Bucholz, K. K., Nelson, E. C., Glowinski, A. L., Goldberg, J., Lyons, M. J., Tsuang, M. T., Jacob, T., True, M. R. et Eisen, S. A. (2002). A twin study of genetic and environmental influences on suicidality in men. *Psychological medicine*, 32(1), 11-24. <https://doi.org/10.1017/s0033291701004846>
- Fulginiti, A. et Hsu, H.-T. (2022). Gatekeeping beliefs, intent, and behavior among homeless youth. *Death studies*, 46(9), 2247-2255. <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1922543>
- Ghoncheh, R., Gould, M. S., Twisk, J. W., Kerkhof, A. J. et Koot, H. M. (2016). Efficacy of adolescent suicide prevention E-learning modules for gatekeepers: A randomized controlled trial. *JMIR mental health*, 3(1), e8. <https://doi.org/10.2196/mental.4614>
- Ghoncheh, R., Kerkhof, A. J. F. M. et Koot, H. M. (2014). Effectiveness of adolescent suicide prevention e-learning modules that aim to improve knowledge and self-confidence of gatekeepers: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15(1), 52. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-52>
- Glasman, L. R. et Albarracín, D. (2006). Forming attitudes that predict future behavior: a meta-analysis of the attitude-behavior relation. *Psychological bulletin*, 132(5), 778-822. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.5.778>
- Godin, G. et Kok, G. (1996). The theory of planned behavior: A review of its applications to health-related behaviors. *American journal of health promotion: AJHP*, 11(2), 87-98. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-11.2.87>
- Goldston, D. B., Molock, S. D., Whitbeck, L. B., Murakami, J. L., Zayas, L. H. et Hall, G. C. N. (2008). Cultural considerations in adolescent suicide prevention and psychosocial treatment. *The American Psychologist*, 63(1), 14–31. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.1.14>
- Gordana, D. J. et Panic, M. (2007). Suicide prevention program in the army of Serbia and Montenegro. *Military medicine*, 172(5), 551-555. <https://doi.org/10.7205/milmed.172.5.551>
- Gorse, M. (2022). Risk and Protective Factors to LGBTQ+ Youth Suicide: A Review of the Literature. *Child & adolescent social work journal: C & A*, 39(1), 17-28. <https://doi.org/10.1007/s10560-020-00710-3>
- Gould, M. S. et Kramer, R. A. (2001). Youth suicide prevention. *Suicide & life-threatening behavior*, 31 Suppl, 6-31. <https://doi.org/10.1521/suli.31.1.5.6.24219>
- Gould, M. S., Velting, D., Kleinman, M., Lucas, C., Thomas, J. G. et Chung, M. (2004). Teenagers' attitudes about coping strategies and help-seeking behavior for suicidality.

Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43(9), 1124-1133.
<https://doi.org/10.1097/01.chi.0000132811.06547.31>

- Gouvernement du Québec. (2022). *Rallumer l'espoir. Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-247-01W.pdf>
- Graneheim, U. H. et Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Greene, J. C., Caracelli, V. J. et Graham, W. F. (1989). Toward a Conceptual Framework for Mixed-Method Evaluation Designs. *Educational evaluation and policy analysis*, 11(3), 255-274.
- Griffiths, K. M., Christensen, H., Jorm, A. F., Evans, K. et Groves, C. (2004). Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 185(4), 342-349. <https://doi.org/10.1192/bjp.185.4.342>
- Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Augelli, A. R., Silverman, M. M., Fisher, P. W., Hughes, T., Rosario, M., Russell, S. T., Malley, E., Reed, J., Litts, D. A., Haller, E., Sell, R. L., Remafedi, G., Bradford, J., Beautrais, A. L., ... Clayton, P. J. (2011). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *Journal of homosexuality*, 58(1), 10-51.
- Haas, A. P., Lane, A. et Working Group for Postmortem Identification of SO/GI. (2015). Collecting Sexual Orientation and Gender Identity Data in Suicide and Other Violent Deaths: A Step Towards Identifying and Addressing LGBT Mortality Disparities. *LGBT health*, 2(1), 84-87. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2014.0083>
- Hashimoto, N., Suzuki, Y., Kato, T. A., Fujisawa, D., Sato, R., Aoyama-Uehara, K., Fukasawa, M., Asakura, S., Kusumi, I. et Otsuka, K. (2016). Effectiveness of suicide prevention gatekeeper-training for university administrative staff in Japan. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 70(1), 62-70. <https://doi.org/10.1111/pcn.12358>
- Hawgood, J., Koo, Y. W., Sveticic, J., De Leo, D. et Kölves, K. (2020). Wesley LifeForce Suicide Prevention Gatekeeper Training in Australia: 6 Month Follow-Up Evaluation of Full and Half Day Community Programs. *Frontiers in psychiatry / Frontiers Research Foundation*, 11, 614191. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.614191>
- Hawgood, J., Woodward, A., Quinnett, P. et De Leo, D. (2021). Gatekeeper Training and Minimum Standards of Competency. *Crisis*. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000794>

- Hayden, D. C. et Lauer, P. (2000). Prevalence of suicide programs in schools and roadblocks to implementation. *Suicide & life-threatening behavior*, 30(3), 239-251.
<https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2000.tb00989.x>
- Herron, F. B., Patterson, D. A., Nugent, W. R. et Troyer, J. M. (2016). Evidence-based gatekeeper suicide prevention in a small community context. *Journal Of Human Behavior In The Social Environment*, 26(1), 25-36.
<https://doi.org/10.1080/10911359.2015.1058626>
- Hill, R. M., Picou, P., Hussain, Z., Vieyra, B. A. et Perkins, K. M. (2023). Randomized Controlled Trial of an Online Suicide Prevention Gatekeeper Training Program. *Crisis*.
<https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000917>
- Hirsch, J. et Ellis, J. B. (1995). Family support and other social factors precipitating suicidal ideation. *The International journal of social psychiatry*, 41(1), 26-30.
<https://doi.org/10.1177/002076409504100103>
- Hirsch, J. K. et Barton, A. L. (2011). Positive social support, negative social exchanges, and suicidal behavior in college students. *Journal of American college health: J of ACH*, 59(5), 393-398. <https://doi.org/10.1080/07448481.2010.515635>
- Holmes, G., Clacy, A., Hermens, D. F. et Lagopoulos, J. (2019). The Long-Term Efficacy of Suicide Prevention Gatekeeper Training: A Systematic Review. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, 25(2), 177-207. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1690608>
- Holmes, G., Clacy, A., Hermens, D. F. et Lagopoulos, J. (2021). Evaluating the Longitudinal Efficacy of SafeTALK Suicide Prevention Gatekeeper Training in a General Community Sample. *Suicide & life-threatening behavior*, 51(5), 844-853.
<https://doi.org/10.1111/sltb.12741>
- Hsieh, H.-F. et Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*, 15(9), 1277-1288.
<https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Igwe, P. A., Ochinanwata, C., Ochinanwata, N., Adeyeye, J. O., Ikpor, I. M., Nwakpu, S. E., ... et Umemezia, E. I. (2020). Solidarity and social behaviour: how did this help communities to manage COVID-19 pandemic?. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 40(9/10), 1183-1200. <https://doi.org/10.1108/IJSSP-07-2020-0276>
- Indelicato, N. A., Mirsu-Paun, A. et Griffin, W. D. (2011). Outcomes of a suicide prevention gatekeeper training on a university campus. *Journal of college student development*, 52(3), 350-361. <https://doi.org/10.1353/csd.2011.0036>
- Inuit Tapiriit Kanatami. (2016). *National Inuit Suicide Prevention Strategy*. Inuit Tapiriit Kanatami. <https://www.itk.ca/wp-content/uploads/2016/07/ITK-National-Inuit-Suicide-Prevention-Strategy-2016.pdf>

- Isaac, M., Elias, B., Katz, L. Y., Belik, S.-L., Deane, F. P., Enns, M. W., Sareen, J. et Swampy Cree Suicide Prevention Team. (2009). Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: a systematic review. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 54(4), 260-268. <https://doi.org/10.1177/070674370905400407>
- Ivankova, N. V., Creswell, J. W. et Stick, S. L. (2006). Using mixed-methods sequential explanatory design: From theory to practice. *Field methods*, 18(1), 3-20.
- Jacobson, J. M., Osteen, P. J., Sharpe, T. L. et Pastoor, J. B. (2012). Randomized Trial of Suicide Gatekeeper Training for Social Work Students. *Research on social work practice*, 22(3), 270-281. <https://doi.org/10.1177/1049731511436015>
- Javdani, S., Larsen, S. E., Allen, N. E., Blackburn, A. M., Griffin, B. et Rieger, A. (2023). Mixed methods in community psychology: A values-forward synthesis. *American journal of community psychology*. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12703>
- Jenkins, E. K., McAuliffe, C., Hirani, S., Richardson, C., Thomson, K. C., McGuinness, L., ... et Gadermann, A. (2021). A portrait of the early and differential mental health impacts of the COVID-19 pandemic in Canada: Findings from the first wave of a nationally representative cross-sectional survey. *Preventive medicine*, 145, 106333.
- Ju Ji, N., Young Lee, W., Seok Noh, M. et Yip, P. S. F. (2014). The impact of indiscriminate media coverage of a celebrity suicide on a society with a high suicide rate: epidemiological findings on copycat suicides from South Korea. *Journal of affective disorders*, 156, 56-61. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.11.015>
- Jootun, D., McGhee, G. et Marland, G. R. (2009). Reflexivity: promoting rigour in qualitative research. *Nursing Standard: Official Newspaper of the Royal College of Nursing*, 23(23), 42–46. <https://doi.org/10.7748/ns2009.02.23.23.42.c6800>
- Kalafat, J. et Elias, M. (1992). Adolescents' experience with and response to suicidal peers. *Suicide & life-threatening behavior*, 22(3), 315-321. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1440745>
- Kalt, A., Hossain, M., Kiss, L. et Zimmerman, C. (2013). Asylum seekers, violence and health: a systematic review of research in high-income host countries. *American journal of public health*, 103(3), e30-42.
- Kataoka, S., Stein, B. D., Nadeem, E. et Wong, M. (2007). Who gets care? Mental health service use following a school-based suicide prevention program. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(10), 1341-1348. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31813761fd>
- Kazi, M., Blom, B., Moren, S., Perdal, A.-L. et Rostila, I. (2002). Realist evaluation for practice in Sweden, Finland and Britain. *Journal of Social Work Research and Evaluation*, 3(2), 171-86.

- Kazi, M. A. F. (2003). *Realist Evaluation in Practice: Health and Social Work*. SAGE Publications.
- Keller, D. P., Schut, L. J. A., Puddy, R. W., Williams, L., Stephens, R. L., McKeon, R. et Lubell, K. (2009). Tennessee Lives Count: Statewide gatekeeper training for youth suicide prevention. *Professional psychology, research and practice*, 40(2), 126-133. <https://doi.org/10.1037/a0014889>
- Kelly, J. G., Ryan, A. M., Altman, B. E. et Stelzner, S. P. (2000). Understanding and changing social systems. Dans J. Rappaport et E. Seidman (dir.), *Handbook of Community Psychology* (p. 133-159). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-4193-6_7
- Kim, C. D., Seguin, M., Therrien, N., Riopel, G., Chawky, N., Lesage, A. D. et Turecki, G. (2005). Familial aggregation of suicidal behavior: a family study of male suicide completers from the general population. *The American journal of psychiatry*, 162(5), 1017-1019. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.5.1017>
- Kinchin, I., Russell, A. M. T., Petrie, D., Mifsud, A., Manning, L. et Doran, C. M. (2020). Program evaluation and decision analytic modelling of universal suicide prevention training (safeTALK) in secondary schools. *Applied health economics and health policy*, 18(2), 311-324. <https://doi.org/10.1007/s40258-019-00505-3>
- Kiselica, M. S. et Englar-Carlson, M. (2010). Identifying, affirming, and building upon male strengths: the positive psychology/positive masculinity model of psychotherapy with boys and men. *Psychotherapy*, 47(3), 276-287. <https://doi.org/10.1037/a0021159>
- Kitchener, B. A. et Jorm, A. F. (2002). Mental health first aid training for the public: evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. *BMC psychiatry*, 2, 10. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-2-10>
- Kleiman, E. M. et Liu, R. T. (2013). Social support as a protective factor in suicide: findings from two nationally representative samples. *Journal of affective disorders*, 150(2), 540-545. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.033>
- Krishnan, N., Steene, L. M. B., Lewis, M., Marshall, D. et Ireland, J. L. (2022). A Systematic Review of Risk Factors Implicated in the Suicide of Police Officers. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 37(4), 939-951. <https://doi.org/10.1007/s11896-022-09539-1>
- Kuhlman, S. T. W., Smith, P. N., Marie, L., Fadoir, N. A. et Hudson, K. (2020). A Pilot Randomized Controlled Trial of the Alliance Project Gatekeeper Training for Suicide Prevention. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, 25(4), 845-861. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1767246>
- Kuhlman, S. T. W., Walch, S. E., Bauer, K. N. et Glenn, A. D. (2017). Intention to Enact and Enactment of Gatekeeper Behaviors for Suicide Prevention: an Application of the Theory of Planned Behavior. *Prevention science: the official journal of the Society for Prevention Research*, 18(6), 704-715. <https://doi.org/10.1007/s11121-017-0786-0>

- Kulberg, A., Timpka, T., Svensson, T., Karlsson, N. et Lindqvist, K. (2010). Does the perceived neighborhood reputation contribute to neighborhood differences in social trust and residential wellbeing? *Journal of Community Psychology*, 38, 591-606.
- Kumar, M. B. et Tjepkema, M. (s. d.). Suicide among First Nations people, Métis and Inuit (2011-2016): Findings from the 2011 Canadian Census Health and Environment Cohort (CanCHEC).
- Labonte, B. et Turecki, G. (2010). The epigenetics of suicide: explaining the biological effects of early life environmental adversity. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, 14(4), 291-310.
<https://doi.org/10.1080/13811118.2010.524025>
- Lacouture, A., Breton, E., Guichard, A. et Ridde, V. (2015). The concept of mechanism from a realist approach: a scoping review to facilitate its operationalization in public health program evaluation. *Implementation science: IS*, 10(1), 153.
<https://doi.org/10.1186/s13012-015-0345-7>
- Lafleur, G. et Allard, M. A. (2006). Enquête sur la santé psychologique des producteurs agricoles du Québec. <https://crise.ca/wp-content/uploads/2019/11/lafleur-rapport-coop-2006.pdf>
- Lamis, D. A., Underwood, M. et D'Amore, N. (2017). Outcomes of a Suicide Prevention Gatekeeper Training Program Among School Personnel. *Crisis*, 38(2), 89-99.
<https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000414>
- Lancaster, P. G., Moore, J. T., Putter, S. E., Chen, P. Y., Cigularov, K. P., Baker, A. et Quinnett, P. (2014). Feasibility of a web-based gatekeeper training: implications for suicide prevention. *Suicide & life-threatening behavior*, 44(5), 510-523.
<https://doi.org/10.1111/sltb.12086>
- Lang, M. (2013). The impact of mental health insurance laws on state suicide rates. *Health economics*, 22(1), 73-88. <https://doi.org/10.1002/hec.1816>
- Lapierre, S. et Béland, S. G. (2009). *Questionnaire d'attitude à l'égard de l'intervention du suicide*. Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivière, QC.
- Lauzier-Jobin, F., Brunson, L. et Olson, B. (2022). Introduction to the special issue on critical realism. *Journal of community psychology*. <https://doi.org/10.1002/jcop.22981>
- Levesque, A. et Thériault, S. (2020). Systemic Discrimination in Government Services and Programs and Its Impact on First Nations Peoples During the COVID-19 Pandemic. Dans C. M. Flood, V. MacDonnell, J. Philpott, S. Thériault, S. Venkatapuram et K. Fierlbeck (dir.), *Vulnerable: The Law, Policy and Ethics of COVID-19* (p. 381-392). University of Ottawa Press. <https://doi.org/10.1353/book.76885>
- Levesque, P., Genest, C. et Rassy, J. (2022). *Le suicide au Québec : 1981 à 2019 — Mise à jour 2022*. [Rapport] Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut

- national de santé publique du Québec.
<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2842-suicide-quebec-2022.pdf>
- Levesque, P., Mishara, B. et Perron, P. A. (2021). *Le suicide au Québec : 1981 à 2018 — Mise à jour 2021*. Institut national de santé publique du Québec.
https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2720_suicide_quebec_2021.pdf
- Levesque, P., Pelletier, E. et Perron, P. A. (2019). *Le suicide au Québec : 1981 à 2016 — Mise à jour 2019*. [Rapport] Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec.
- Levesque, P. et Perron, P.-A. (2023). *Les comportements suicidaires au Québec : portrait 2023*. Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec.
- Li, W., Denson, L. A. et Dorstyn, D. S. (2017). Help-seeking intentions and behaviors among mainland Chinese college students: Integrating the theory of planned behavior and behavioral model of health services use. *International journal for the advancement of counseling*, 39(2), 125-148. <https://doi.org/10.1007/s10447-017-9287-x>
- Li, W., Denson, L. A. et Dorstyn, D. S. (2018). Understanding Australian university students' mental health help - seeking: An empirical and theoretical investigation. *Australian journal of psychology*, 70(1), 30-40. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12157>
- Lin, L. et Zhang, J. (2017). Impulsivity, mental disorder, and suicide in rural China. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, 21(1), 73-82. <https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1004478>
- Link, N. (2018). *Evaluation of an online gatekeeper training tailored to help educators identify, approach, and refer students in psychological distress* [Master of Arts, University of Maryland].
- Lipson, S. K. (2014). A comprehensive review of mental health gatekeeper-trainings for adolescents and young adults. *International journal of adolescent medicine and health*, 26(3), 309-320. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2013-0320>
- Lipson, S. K., Speer, N., Brunwasser, S., Hahn, E. et Eisenberg, D. (2014). Gatekeeper Training and Access to Mental Health Care at Universities and Colleges. *Journal of adolescent health care: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 55(5), 612-619. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.05.009>
- Litteken, C. et Sale, E. (2018). Long-Term Effectiveness of the Question, Persuade, Refer (QPR) Suicide Prevention Gatekeeper Training Program: Lessons from Missouri. *Community mental health journal*, 54(3), 282-292. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0158-z>
- LivingWorks. (s. d.). *LivingWorks*. Welcome to LivingWorks. Récupéré le 14 novembre 2023 de <https://www.livingworks.net/>

- Loo, R. (2003). A meta-analysis of police suicide rates: findings and issues. *Suicide & life-threatening behavior*, 33(3), 313-325. <https://doi.org/10.1521/suli.33.3.313.23209>
- Lutz, P.-E., Mechawar, N. et Turecki, G. (2017). Neuropathology of suicide: recent findings and future directions. *Molecular psychiatry*, 22(10), 1395-1412. <https://doi.org/10.1038/mp.2017.141>
- Lynch, L., Long, M. et Moorhead, A. (2018). Young Men, Help-Seeking, and Mental Health Services: Exploring Barriers and Solutions. *American journal of men's health*, 12(1), 138-149. <https://doi.org/10.1177/1557988315619469>
- Mahalik, J. R., Good, G. E. et Englar-Carlson, M. (2003). Masculinity scripts, presenting concerns, and help seeking: Implications for practice and training. *Professional psychology, research and practice*, 34(2), 123-131. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.34.2.123>
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., ... Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 294(16), 2064-2074. <https://doi.org/10.1001/jama.294.16.2064>
- Mason, K., Geist, M., Kuo, R., Marshall, D. et Wines, J. D., Jr. (2016). Predictors of Clergy's Ability to Fulfill a Suicide Prevention Gatekeeper Role. *The journal of pastoral care & counseling: JPCC*, 70(1), 34-39. <https://doi.org/10.1177/1542305016631487>
- Mathieu, J. E. et Martineau, J. W. (1997). Individual and situational influences on training motivation. Dans J. K. Ford, S. Kozlowski, K. Kraiger et S. E. T. M. (dir.), *Improving training effectiveness in work organizations* (p. 193-221). Erlbaum.
- Matthieu, M. M., Chen, Y., Schohn, M., Lantinga, L. J. et Knox, K. L. (2009). Educational preferences and outcomes from suicide prevention training in the Veterans Health Administration: one-year follow-up with healthcare employees in Upstate New York. *Military medicine*, 174(11), 1123-1131. <https://doi.org/10.7205/milmed-d-00-1109>
- Matthieu, M. M., Cross, W. F., Batres, A. R., Flora, C. M. et Knox, K. L. (2008). Evaluation of gatekeeper training for suicide prevention in veterans. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, 12(2), 148-154. <https://doi.org/10.1080/13811110701857491>
- Maxwell, J. A. (2012). *Qualitative research design: An interactive approach*. Sage Publications.
- McEachan, R. R. C., Conner, M., Taylor, N. J. et Lawton, R. J. (2011). Prospective prediction of health-related behaviours with the Theory of Planned Behaviour: a meta-analysis. *Health psychology review*, 5(2), 97-144. <https://doi.org/10.1080/17437199.2010.521684>

- McGirr, A., Alda, M., Séguin, M., Cabot, S., Lesage, A. et Turecki, G. (2009). Familial aggregation of suicide explained by cluster B traits: a three-group family study of suicide controlling for major depressive disorder. *The American journal of psychiatry*, 166(10), 1124-1134. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08111744>
- McKay, S., Byrne, S. J., Clarke, A., Lamblin, M., Veresova, M. et Robinson, J. (2022). Parent education for responding to and supporting youth with suicidal thoughts (PERSYST): An evaluation of an online gatekeeper training program with Australian parents. *International journal of environmental research and public health*, 19(9), 5025. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095025>
- McLaughlin, C., McGowan, I., Kernohan, G. et O'Neill, S. (2016). The unmet support needs of family members caring for a suicidal person. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 25(3), 212-216. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1101421>
- McLean, K. et Swanbrow Becker, M. A. (2018). Bridging the Gap: Connecting Resident Assistants and Suicidal Residents Through Gatekeeper Training. *Suicide & life-threatening behavior*, 48(2), 218-229. <https://doi.org/10.1111/sltb.12348>
- McQuaid, R. J., Bombay, A., McInnis, O. A., Matheson, K. et Anisman, H. (2015). Childhood adversity, perceived discrimination, and coping strategies in relation to depressive symptoms among First Nations adults in Canada: The moderating role of unsupportive social interactions from ingroup and outgroup members. *Cultural diversity & ethnic minority psychology*, 21(3), 326-336. <https://doi.org/10.1037/a0037541>
- Mehdi Riazi, A. et Candlin, C. N. (2014). Mixed-methods research in language teaching and learning: Opportunities, issues and challenges. *Language Teaching*, 47(2), 135-173.
- Melas, P. A., Wei, Y., Wong, C. C. Y., Sjöholm, L. K., Åberg, E., Mill, J., Schalling, M., Forsell, Y. et Lavebratt, C. (2013). Genetic and epigenetic associations of MAOA and NR3C1 with depression and childhood adversities. *The international journal of neuropsychopharmacology*, 16(7), 1513-1528. <https://doi.org/10.1017/S1461145713000102>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*, 129(5), 674-697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Midorikawa, H., Tachikawa, H., Nemoto, K., Morita, N., Shiratori, Y., Endo, G., Taguchi, T. et Arai, T. (2020). Mental health of gatekeepers may influence their own attitudes toward suicide: A questionnaire survey from a suicide-prevention gatekeeper training program. *Asian journal of psychiatry*, 47, 101842. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.101842>
- Milner, A., Witt, K., Maheen, H. et LaMontagne, A. D. (2017). Suicide among emergency and protective service workers: A retrospective mortality study in Australia, 2001 to 2012. *Work*, 57(2), 281-287. <https://doi.org/10.3233/WOR-172554>

- Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation. (2023). *Ressources d'aide psychologique pour les agriculteurs*. Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation. <https://www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/md/Organismes/Pages/ressources-aide-psychologique.aspx>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2012). *Implantation des réseaux de sentinelles en prévention du suicide dans quatre régions du Québec. Rapport d'évaluation*. Ministère de la santé et des services sociaux. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-825-01W.pdf>
- Miranda-Mendizabal, A., Castellví, P., Parés-Badell, O., Alayo, I., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebrià, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J. A., Rodríguez-Jiménez, T., Rodríguez-Marín, J., Roca, M., Soto-Sanz, V., Vilagut, G. et Alonso, J. (2019). Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *International journal of public health*, 64(2), 265-283. <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1196->
- Mishara, B. (s. d.). *Chapitre 11. La violence auto-infligée : le suicide et les tentatives de suicide dans « Rapport québécois sur la violence et la santé »*.
- Mishara, B. L. et Cardinal, C. (2015). « Suicide/Self-Harm. *Pike I et collab. (éd.). Inj. Prev. Resour. Evid.-Inf. Guide Inj. Prev. Can*, 409-421.
- Mitchell, S. L., Kader, M., Darrow, S. A., Haggerty, M. Z. et Keating, N. L. (2013). Evaluating Question, Persuade, Refer (QPR) Suicide Prevention Training in a College Setting. *Journal of college student psychotherapy*, 27(2), 138-148. <https://doi.org/10.1080/87568225.2013.766109>
- Montiel, C., Bedrossian, N., Kramer, A., Myre, A., Piché, A., McDonough, M. H., Sabiston, C. M., Petrella, A., Gauvin, L. et Doré, I. (s. d.). "In my mind, it was just temporary": A qualitative study of the impact of cancer on men and their strategies to cope. *American Journal of Men's*.
- Montiel, C. et Mishara, B. L. (2023). *Evaluation of the outcomes of the Quebec Provincial Suicide Prevention Gatekeeper Training on knowledge, recognition of attitudes, perceived self-efficacy, intention to help, and helping behaviors*. Suicide and Life-Threatening Behavior. <https://doi.org/10.1111/sltb.13022>
- Moore, J. T. (2011). Training individuals in suicide prevention: Individual and organizational characteristics of effective gatekeepers. Thèse de doctorat. Colorado State University. <https://search.proquest.com/openview/1cb935d3b95bace14b79544ba121182b/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>
- Moore, J. T., Cigularov, K. P., Chen, P. Y., Martinez, J. M. et Hindman, J. (2011). The effects of situational obstacles and social support on suicide- prevention gatekeeper behaviors. *Crisis*, 32(5), 264-271. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000090>

- Morton, M., Wang, S., Tse, K., Chung, C., Bergmans, Y., Ceniti, A., Flam, S., Johannes, R., Schade, K., Terah, F. et Rizvi, S. (2021). Gatekeeper training for friends and family of individuals at risk of suicide: A systematic review. *Journal of community psychology*, 49(6), 1838-1871. <https://doi.org/10.1002/jcop.22624>
- Moskos, M., Olson, L., Halbern, S., Keller, T. et Gray, D. (2005). Utah youth suicide study: psychological autopsy. *Suicide & life-threatening behavior*, 35(5), 536-546. <https://doi.org/10.1521/suli.2005.35.5.536>
- Nanhou, V., Fournier, C. et Audet, N. (2010, janvier). *Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec : un regard sur les liens avec l'état de santé physique ou mental et le milieu social Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (20). Institut de la statistique du Québec. https://bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01671FR_Zoomsante_IdeesSuicidaire2010H00F00.pdf
- Nasir, B. F., Hides, L., Kisely, S., Ranmuthugala, G., Nicholson, G. C., Black, E., Gill, N., Kondalsamy-Chennakesavan, S. et Toombs, M. (2016). The need for a culturally-tailored gatekeeper training intervention program in preventing suicide among Indigenous peoples: a systematic review. *BMC psychiatry*, 16(1), 357. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1059-3>
- Nastasi, B. K. et Hitchcock, J. (2009). Challenges of evaluating multilevel interventions. *American Journal of Community Psychology*, 43, 360–376.
- Neimeyer, R. A. et Bonnelle, K. (1997). The Suicide Intervention Response Inventory: a revision and validation. *Death studies*, 21(1), 59-81. <https://doi.org/10.1080/074811897202137>
- Nelson et Prilleltensky. (2010). *Community psychology* (2^e éd.). Palgrave MacMillan.
- Nicotera, N. (2008). Children speak about neighborhoods: using mixed methods to measure the construct neighborhood. *Journal of community psychology*, 36(3), 333-351.
- Nieswandt, M. et McEneaney, E. H. (2009). Approaching classroom realities: The use of mixed methods and structural equation modeling in science education research. Dans *Quality Research in Literacy and Science Education* (p. 189-211). Springer Netherlands.
- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R. C., Angermeyer, M., Beautrais, A., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Kovess, V., ... Williams, D. R. (2009). Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS medicine*, 6(8), e1000123. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000123>
- Norton, E. M., Durlak, J. A. et Richards, M. H. (1988). Peer knowledge of and reactions to adolescent suicide. *Journal of youth and adolescence*, 18(5), 427-437. <https://doi.org/10.1007/BF02132778>

- Olfson, M., Cosgrove, C. M., Wall, M. M. et Blanco, C. (2023). Suicide Risks of Health Care Workers in the US. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 330(12), 1161-1166. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.15787>
- Oliffe, J. L., Broom, A., Rossnagel, E., Kelly, M. T., Affleck, W. et Rice, S. M. (2020). Help-seeking prior to male suicide: Bereaved men perspectives. *Social science & medicine*, 261, 113173. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113173>
- Oliver, L. N., Peters, P. A. et Kohen, D. E. (s. d.). Taux de mortalité chez les enfants et les adolescents vivant dans l’Inuit Nunangat, 1994 à 2008. Récupéré le 18 novembre 2023 de <https://www.nunivaat.org/doc/publication/2012-Taux-de-mortalit-chez-les-enfants-et-les-adolescents-vivant-dans-l-Inuit-Nunangat-1994-2008.pdf>
- Osteen, P. J., Frey, J. J. et Ko, J. (2014). Advancing training to identify, intervene, and follow up with individuals at risk for suicide through research. *American journal of preventive medicine*, 47(3 Suppl 2), S216-21. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.05.033>
- Pawson, R. et Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation*. SAGE Publications.
- Pawson R et Tilley N. (1997). An introduction to scientific realist evaluation. Dans: Chelimsky E, Shadish WR, eds. *Evaluation for the 21st Century: A Handbook*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Pellmar, T. C., Board On Adult Suicide et Sk Goldsmith Tc Pellmar. (2002). *Reducing Suicide: A National Imperative*. National Academies Press.
- Peters, P. A., Oliver, L. N. et Kohen, D. E. (2013). Mortality among children and youth in high-percentage First Nations identity areas, 2000-2002 and 2005-2007. *Rural and remote health*, 13(3), 2424. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23978253>
- Peters, L. H. et O’Connor, E. J. (1980). Situational constraints and work outcomes: The influences of a frequently overlooked construct. *Academy of management review*, 5(3), 391-397. <https://doi.org/10.5465/amr.1980.4288856>
- Phillips, M. R., Li, X. et Zhang, Y. (2002). Suicide rates in China, 1995-99. *Lancet*, 359(9309), 835-840. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07954-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07954-0)
- Pluye, P. et Hong, Q. N. (2014). Combining the power of stories and the power of numbers: Mixed methods research and mixed studies reviews. *Annual review of public health*, 35(1), 29-45.
- Posselt, M., Loughhead, M., Ferguson, M., McIntyre, H., Kenny, M. A., & Procter, N. (2021). Suicide prevention gatekeeper training for those supporting refugees and asylum seekers: perspectives of participants. *Advances in Mental Health*, 19(3), 260–271. <https://doi.org/10.1080/18387357.2021.1948799>
- Prilleltensky, I. (2003). Understanding, resisting, and overcoming oppression: Toward psychopolitical validity. *American Journal of Community Psychology*, 31, 195–201.

- QPR Institute. (s. d.). *What is QPR?* QPR Institute. Récupéré le 14 novembre 2023 de <https://qprinstitute.com/about-qpr>
- Quinnett, P. (2007). QPR gatekeeper training for suicide prevention: The model, rationale, and theory. *Retrieved July*.
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.528.7944&rep=rep1&type=pdf>
- Rallis, B. A. (2017). *A brief peer gatekeeper suicide prevention training: Preliminary examination and individual factors that influence outcomes* [George Mason University]. (Esposito-Smythers, C., dir.).
- Rallis, B. A., Esposito-Smythers, C., Disabato, D. J., Mehlenbeck, R. S., Kaplan, S., Geer, L., Adams, R. et Meehan, B. (2018). A brief peer gatekeeper suicide prevention training: Results of an open pilot trial. *Journal of clinical psychology*, 74(7), 1106-1116.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22590>
- Ramsay, R. F., Cooke, M. A. et Lang, W. A. (1990). Alberta's suicide prevention training programs: a retrospective comparison with Rothman's developmental research model. *Suicide & life-threatening behavior*, 20(4), 335-351.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2087769>
- Reed, D. B. et Claunch, D. T. (2020). Risk for Depressive Symptoms and Suicide Among U.S. Primary Farmers and Family Members: A Systematic Literature Review. *Workplace health & safety*, 68(5), 236-248. <https://doi.org/10.1177/2165079919888940>
- Reiff, M., Kumar, M., Bvunzawabaya, B., Madabhushi, S., Spiegel, A., Bolnick, B. et Magen, E. (2019). I CARE: Development and Evaluation of a Campus Gatekeeper Training Program for Mental Health Promotion and Suicide Prevention. *Journal of college student psychotherapy*, 33(2), 107-130. <https://doi.org/10.1080/87568225.2018.1433570>
- Reis, C. et Cornell, D. (2008). An evaluation of suicide gatekeeper training for school counselors and teachers. *Professional School Counseling*, 11(6), 2156759X0801100.
<https://doi.org/10.1177/2156759x0801100605>
- Reynders, A., Kerkhof, A. J. F. M., Molenberghs, G. et Van Audenhove, C. (2014). Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(2), 231-239.
<https://doi.org/10.1007/s00127-013-0745-4>
- Roberge, M.-C. et Bouguezour, N. (2018, septembre). *Capacité d'agir des sentinelles en prévention du suicide au Québec*. Institut national de santé publique du Québec.
- Robinson-Link, N., Hoover, S., Bernstein, L., Lever, N., Maton, K. et Wilcox, H. (2020). Is Gatekeeper Training Enough for Suicide Prevention? *School mental health*, 12(2), 239-249. <https://doi.org/10.1007/s12310-019-09345-x>

- Rodgers, P. L. (2010). *Review of the applied suicide intervention skills training program (ASIST): rationale, evaluation results, and directions for future research*. LivingWorks Education Incorporated Calgary, Alberta, Canada.
- Rodi, M. S., Garraza, L. G., Walrath, C., Stephens, R. L., Condrón, D. S., Hicks, B. B. et McKeon, R. (2012). Referral patterns for youths identified at risk for suicide by trained gatekeepers. *Crisis*, 33(2), 113-119. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000114>
- Roslan, A. F., Pheh, K. S., Mahadevan, R., Bujang, S. M., Subramaniam, P., Yahya, H. F. et Chan, L. F. (2023). Effectiveness of online advanced C.A.R.E suicide prevention gatekeeper training program among healthcare lecturers and workers in national university of Malaysia: A pilot study. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1009754. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1009754>
- Roy, F. (2005, 1^{er} décembre). *Cadre de référence pour l'implantation de programmes de sentinelles en prévention du suicide*. Table de coordination nationale de santé publique; Table de concertation nationale en promotion-prévention. <http://www.cps02.org/media/upload/Cadre%20de%20r%C3%A9f%C3%A9rence,%20sentinelles%20V.F%2027-11-05.pdf>
- Roy, F. (2006, septembre). *L'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide : cadre de référence*. Direction des communications du ministère de la Santé et services sociaux. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2469_capacite_agir_sentinelles_prevention_suicide.pdf
- Roy, F. et Beaulieu, D. (2014). *Agir en sentinelle en prévention du suicide : cahier du participant*. Association québécoise de prévention du suicide.
- Sareen, J., Isaak, C., Bolton, S.-L., Enns, M. W., Elias, B., Deane, F., Munro, G., Stein, M. B., Chateau, D., Gould, M. et Katz, L. Y. (2013). Gatekeeper training for suicide prevention in First Nations community members: a randomized controlled trial. *Depression and anxiety*, 30(10), 1021-1029. <https://doi.org/10.1002/da.22141>
- Seidler, Z. E., Rice, S. M., Dhillon, H. M., Cotton, S. M., Telford, N. R., McEachran, J. et Rickwood, D. J. (2020). Patterns of youth mental health service use and discontinuation: Population data from Australia's headspace model of care. *Psychiatric services*, 71(11), 1104-1113. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900491>
- Shtivelband, A., Aloise-Young, P. A. et Chen, P. Y. (2015). Sustaining the Effects of Gatekeeper Suicide Prevention Training. *Crisis*, 36(2), 102-109. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000304>
- Singer, J. B., Erbacher, T. A. et Rosen, P. (2019). School-based suicide prevention: A framework for evidence-based practice. *School mental health*, 11(1), 54-71. <https://doi.org/10.1007/s12310-018-9245-8>

- Skegg, K., Firth, H., Gray, A. et Cox, B. (2010). Suicide by occupation: does access to means increase the risk? *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 44(5), 429-434. <https://doi.org/10.3109/00048670903487191>
- Skogstad, P., Deane, F. P. et Spicer, J. (2006). Social-cognitive determinants of help-seeking for mental health problems among prison inmates. *Criminal behaviour and mental health: CBMH*, 16(1), 43-59. <https://doi.org/10.1002/cbm.54>
- Smith, J. P., Tran, G. Q. et Thompson, R. D. (2008). Can the theory of planned behavior help explain men's psychological help-seeking? Evidence for a mediation effect and clinical implications. *Psychology of men & masculinity*, 9(3), 179-192. <https://doi.org/10.1037/a0012158>
- Smith, M. et Udo, T. (2022). The relationship between age at incarceration and lifetime suicide attempt among a nationally representative sample of U.s. adults. *Community mental health journal*, 58(7), 1403-1415.
- Smith-Millman, M., Bernstein, L., Link, N., Hoover, S. et Lever, N. (2022). Effectiveness of an online suicide prevention program for college faculty and students. *Journal of American college health: J of ACH*, 70(5), 1457-1464. <https://doi.org/10.1080/07448481.2020.1804389>
- Snyder, J. A. (1971). The use of gatekeepers in crisis management. *Bull Suicidology*, 8, 39-44.
- Spence, N. D., Wells, S., Graham, K. et George, J. (2016). Racial Discrimination, Cultural Resilience, and Stress. Canadian journal of psychiatry. *Revue canadienne de psychiatrie*, 61(5), 298-307. <https://doi.org/10.1177/0706743716638653>
- Stein, B. D., Kataoka, S. H., Hamilton, A. B., Schultz, D., Ryan, G., Vona, P. et Wong, M. (2010). School personnel perspectives on their school's implementation of a school-based suicide prevention program. *The journal of behavioral health services & research*, 37(3), 338-349. <https://doi.org/10.1007/s11414-009-9174-2>
- Stiffman, A. R., Hadley-Ives, E., Doré, P., Polgar, M., Horvath, V. E., Striley, C. et Elze, D. (2000). Youths' access to mental health services: the role of providers' training, resource connectivity, and assessment of need. *Mental health services research*, 2(3), 141-154. <https://doi.org/10.1023/a:1010189710028>
- Stuart, C., Waalen, J. et Haelstromm, E. (2003). MANY HELPING HEARTS: AN EVALUATION OF PEER GATEKEEPER TRAINING IN SUICIDE RISK ASSESSMENT. *Death studies*. <https://doi.org/10.1080/0748118039099082>
- Sturgiss, E. A. et Clark, A. M. (2019). Using critical realism in primary care research: an overview of methods. *Family practice*, 37(1), 143-145. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz084>

- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2016). *Garrett Lee Smith Youth Suicide Prevention and Early Intervention Program National Outcomes Evaluation. Evaluation Findings: Report to Congress*.
https://www.sprc.org/sites/default/files/resource-program/GLS%20Report%20A-07_20_16.final%20%28002%29.pdf
- Suh, S., Chang, Y. et Kim, N. (2015). Quantitative exponential modelling of copycat suicides: association with mass media effect in South Korea. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 24(2), 150-157. <https://doi.org/10.1017/S204579601400002X>
- Suicide Prevention Resource Center. (2012). *QPR Gatekeeper Training for Suicide Prevention*. Suicide Prevention Resource Center. <https://sprc.org/online-library/qpr-gatekeeper-training-suicide-prevention>
- Suicide Prevention Resource Center. (2013). *ASK about Suicide to Save a Life*. Suicide Prevention Resource Center. <https://www.sprc.org/resources-programs/ask-about-suicide-save-life>
- Sullivan, S. et Germain, M.-L. (2019). Psychosocial risks of healthcare professionals and occupational suicide. *Industrial and Commercial Training*, 52(1), 1-14.
<https://doi.org/10.1108/ICT-08-2019-0081>
- Sutter, M. et Perrin, P. B. (2016). Discrimination, mental health, and suicidal ideation among LGBTQ people of color. *Journal of counseling psychology*, 63(1), 98-105.
- Szaflarski, M. et Bauldry, S. (2019). The effects of perceived discrimination on immigrant and refugee physical and mental health. *Advances in medical sociology*, 19, 173-204.
- Taliaferro, L. A., McMorris, B. J., Rider, G. N. et Eisenberg, M. E. (2019). Risk and Protective Factors for Self-Harm in a Population-Based Sample of Transgender Youth. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, 23(2), 203-221. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1430639>
- Tannenbaum, S. I. et Yukl, G. A. (1992). Training and development in work organizations. *Annual Review of Psychology*, 43, 399-441.
- Tarquini, S. J. (2010). *Predictors of peer referral intentions for individuals at risk for suicide related behavior: An application of the Theory of Planned Behavior*. University of South Florida.
- Tashakkori, A. et Teddlie, C. (2009). Integrating qualitative and quantitative approaches to research. *The SAGE handbook of applied social research methods*, 2, 283-317.
- Taub, D. J., Servaty-Seib, H. L., Miles, N., Lee, J.-Y., Morris, C. A. W., Prieto-Welch, S. L. et Werden, D. (2013). The impact of gatekeeper training for suicide prevention on university resident assistants. *Journal of college counseling*, 16(1), 64-78.
<https://doi.org/10.1002/j.2161-1882.2013.00027.x>

- Teo, A. R., Andrea, S. B., Sakakibara, R., Motohara, S., Matthieu, M. M. et Feters, M. D. (2016). Brief gatekeeper training for suicide prevention in an ethnic minority population: a controlled intervention. *BMC psychiatry*, 16, 211. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0924-4>
- Texas Suicide Prevention Collaborative. (s. d.). *AS+K Basic Course*. Texas Suicide Prevention Collaborative. Récupéré le 42 novembre 23apr. J.-C. de <https://texassuicideprevention.org/training/ask-basic-gatekeeper/>
- Tidemalm, D., Runeson, B., Waern, M., Frisell, T., Carlström, E., Lichtenstein, P. et Långström, N. (2011). Familial clustering of suicide risk: a total population study of 11.4 million individuals. *Psychological medicine*, 41(12), 2527-2534. <https://doi.org/10.1017/S0033291711000833>
- Tierney, R. J. (1988). *Comprehensive evaluation for suicide intervention training* [University of Calgary].
- Tompkins, T. L. et Witt, J. (2009). The short-term effectiveness of a suicide prevention gatekeeper training program in a college setting with residence life advisers. *The journal of primary prevention*, 30(2), 131-149. <https://doi.org/10.1007/s10935-009-0171-2>
- Tompkins, T. L., Witt, J. et Abraibesh, N. (2009). Does a gatekeeper suicide prevention program work in a school setting? Evaluating training outcome and moderators of effectiveness. *Suicide & life-threatening behavior*, 39(6), 671-681. <https://doi.org/10.1521/suli.2009.39.6.671>
- Tremblay, G. (2016). *Perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé ainsi que de leur rapport aux services*. Université Laval. <http://www.cps02.org/media/Perceptionsdeshommesquebecoisdeleursbesoinspsychosociaux-2016.pdf>
- Tsai, W.-P., Lin, L.-Y., Chang, H.-C., Yu, L.-S. et Chou, M.-C. (2011). The effects of the Gatekeeper Suicide-Awareness Program for nursing personnel. *Perspectives in psychiatric care*, 47(3), 117-125. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2010.00278.x>
- Turecki, G. (2014). The molecular bases of the suicidal brain. *Nature reviews. Neuroscience*, 15(12), 802-816. <https://doi.org/10.1038/nrn3839>
- Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J. et Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature reviews. Disease primers*, 5(1), 74. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>
- UN Department for Policy Coordination and Sustainable Development. (1996). *Prevention of suicide : guidelines for the formulation and implementation of national strategies* (v). United Nations.

- Vachon, K. (2017). *Formation des personnes âgées au rôle de sentinelle en prévention suicide: impact sur les connaissances et les attitudes des participants* [Université du Québec à Trois-Rivières].
- Vaismoradi, M. et Snelgrove, S. (2019). Theme in Qualitative Content Analysis and Thematic Analysis. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 20(3). <https://doi.org/10.17169/fqs-20.3.3376>
- Vijayakumar, L. (2005). Suicide and mental disorders in Asia. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 17(2), 109-114. <https://doi.org/10.1080/09540260500074735>
- Vincent, S. et O'Mahoney, J. (2018). Critical realism and qualitative research: An introductory overview. Dans *The SAGE Handbook of Qualitative Business and Management Research Methods: History and Traditions* (p. 201-216). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781526430212.n13>
- Vogel, D. L. et Wester, S. R. (2003). To seek help or not to seek help: The risks of self-disclosure. *Journal of counseling psychology*, 50(3), 351-361. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.50.3.351>
- Vogel, D. L., Wester, S. R., Wei, M. et Boysen, G. A. (2005). The role of outcome expectations and attitudes on decisions to seek professional help. *Journal of counseling psychology*, 52(4), 459-470. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.4.459>
- Wanner, B., Vitaro, F., Tremblay, R. E. et Turecki, G. (2012). Childhood trajectories of anxiousness and disruptiveness explain the association between early-life adversity and attempted suicide. *Psychological medicine*, 42(11), 2373-2382. <https://doi.org/10.1017/S0033291712000438>
- Westfall, J., Kenny, D. A. et Judd, C. M. (2014). Statistical power and optimal design in experiments in which samples of participants respond to samples of stimuli. *Journal of Experimental Psychology. General*, 143(5), 2020–2045. <https://doi.org/10.1037/xge0000014>
- Wilcox, H. C. et Wyman, P. A. (2016). Suicide prevention strategies for improving population health. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 25(2), 219-233. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2015.12.003>
- Wilkinson, S. (1988). The role of reflexivity in feminist psychology. *Women's Studies International Forum*, 11(5), 493-502.
- Williford, A., Yoder, J., Fulginiti, A., Ortega, L., LoMurray, S., Duncan, D. et Kennedy, N. (2022). Peer Leaders as Gatekeepers and Agents of Change: Understanding How Sources of Strength Reduces Suicide Risk and Promotes Wellness. *Child & youth care forum*, 51(3), 539-560. <https://doi.org/10.1007/s10566-021-09639-9>

- Wilson, M. J., Seidler, Z. E., Oliffe, J. L., Toogood, N., Kealy, D., Ogrodniczuk, J. S., Walther, A. et Rice, S. M. (2022). « Appreciate the little things »: A qualitative survey of men's coping strategies and mental health impacts during the COVID-19 pandemic. *American journal of men's health*, 16(3), 15579883221099794. <https://doi.org/10.1177/15579883221099794>
- Wong, G., Greenhalgh, T., Westhorp, G. et Pawson, R. (2012). Realist methods in medical education research: what are they and what can they contribute? *Medical education*, 46(1), 89-96. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04045.x>
- Wong, G., Westhorp, G., Manzano, A., Greenhalgh, J., Jagosh, J. et Greenhalgh, T. (2016). RAMESES II reporting standards for realist evaluations. *BMC medicine*, 14(1), 96. <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0643-1>
- World Health Organization,. (2014). *Preventing suicide: A global imperative* (9241564776). World Health Organization.
- World Health Organization. (2021). *Suicide worldwide in 2019: global health estimates*. [Rapport]. World Health Organization. <https://doi.org/ISBN 978-92-4-002664-3>
- Wyman, P. A., Brown, C. H., Inman, J., Cross, W. F., Schmeelk-Cone, K., Guo, J. et Pena, J. B. (2008). Randomized trial of a gatekeeper program for suicide prevention: 1-year impact on secondary school staff. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(1), 104-115. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.104>
- Wyman, P. A., Brown, C. H., LoMurray, M., Schmeelk-Cone, K., Petrova, M., Yu, Q., Walsh, E., Tu, X. et Wang, W. (2010). An outcome evaluation of the Sources of Strength suicide prevention program delivered by adolescent peer leaders in high schools. *American journal of public health*, 100(9), 1653-1661. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.190025>
- Wynn Jr, D. et Williams, C. K. (2012). Principles for conducting critical realist case study research in information systems. *MIS quarterly*, 787-810.
- Yonemoto, N., Kawashima, Y., Endo, K. et Yamada, M. (2019). Gatekeeper training for suicidal behaviors: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 246, 506-514. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.052>
- Yue, Z. et Yang, J. Z. (2022). Compassionate goals, prosocial emotions, and prosocial behaviours during the COVID-19 pandemic. *Journal of community & applied social psychology*, 32(3), 476-489.
- Zadravec Šedivy, N., Podlogar, T., Kerr, D. C. R. et De Leo, D. (2017). Community social support as a protective factor against suicide: A gender-specific ecological study of 75 regions of 23 European countries. *Health & place*, 48, 40-46. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2017.09.004>

- Zajacova, A., Jehn, A., Stackhouse, M., Choi, K. H., Denice, P., Haan, M. et Ramos, H. (2020). Mental health and economic concerns from March to May during the COVID-19 pandemic in Canada: Insights from an analysis of repeated cross-sectional surveys. *SSM-population health*, 12, 100704.
- Zhang, J., Xiao, S. et Zhou, L. (2010). Mental disorders and suicide among young rural Chinese: a case-control psychological autopsy study. *The American journal of psychiatry*, 167(7), 773-781. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09101476>
- Zinzow, H. M., Thompson, M. P., Fulmer, C. B., Goree, J. et Evinger, L. (2020). Evaluation of a Brief Suicide Prevention Training Program for College Campuses. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, 24(1), 82-95. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1509749>
- Zouk, H., Tousignant, M., Seguin, M., Lesage, A. et Turecki, G. (2006). Characterization of impulsivity in suicide completers: clinical, behavioral and psychosocial dimensions. *Journal of affective disorders*, 92(2-3), 195-204. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.01.016>