

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ADAPTATION ET ÉVALUATION D'UNE FORMATION
SUR LE PLAN DE SÉCURITÉ POUR CONDUITES SUICIDAIRES

ESSAI DOCTORAL

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

OLIVIER L. BOURDON

SEPTEMBRE 2023

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral 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.04-2020). 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

J'ai été entouré de plusieurs personnes durant la réalisation de cet essai doctoral. J'aimerais débiter en remerciant chacune d'entre elles pour l'aide, les conseils, le soutien et la guidance qu'elles m'ont offerts tout au long de cette belle aventure.

D'abord mon directeur de recherche, le professeur Réal Labelle. Merci Réal pour tes précieux conseils, ta passion contagieuse, ta rigueur et ta confiance tout au long de mon parcours. Je me sens choyé d'avoir pu travailler sur un sujet aussi passionnant et important. Merci de m'avoir poussé à me surpasser et d'avoir fait en sorte d'aller au bout de mon potentiel au doctorat. Je désire aussi remercier les participants qui ont contribué à l'évaluation de cette formation sur le plan de sécurité pour conduites suicidaires.

Ensuite l'équipe de recherche. Un grand merci aux membres du *Laboratoire d'étude sur les troubles de l'humeur*, notamment Assia, Solan, Laurie et Noémie, qui ont donné généreusement leur temps en révisant le matériel de la formation. Un merci particulier à Assia pour son soutien émotif, ainsi qu'à sa précieuse aide pour la codification des grilles de fidélité. Un merci aussi à Philippe DesRoches et Judith Lavoie, qui ont aidé à diverses tâches de cette étude. Je tiens aussi à remercier le Dr Jean-Marc Guilé et son équipe, qui ont participé à l'atelier offert par la Dre Barbara Stanley et Dr Gregory K. Brown et qui ont aussi visionné la formation présentée dans cet essai doctoral. Ils ont émis des commentaires qui ont servi à affiner la mouture finale de ce travail. Merci aussi à l'équipe d'ASADIS, dont Pierre-Marie et Laouëna qui nous ont guidé dans l'enregistrement de la formation et le recrutement des participants.

Puis les proches. Je remercie de tout mon cœur les personnes significatives qui m'ont entouré, cru en moi et encouragé lors des moments difficiles. Merci à Raphaëlle, ma conjointe, ma partenaire de vie

incroyable. Cette femme me soutient dans tous mes projets, s'adapte aux changements qu'ils amènent dans notre vie de couple et dédramatise mes montagnes russes d'émotions. Merci à Robert-Paul Juster et Sonia Lupien, deux mentors qui m'ont transmis la passion de la recherche et m'ont appris à partager les connaissances issues de la science. Un merci spécial à Rob, mon guide pour la recherche depuis une dizaine d'années. Il répond patiemment à mes nombreuses questions, m'écoute dans mes doutes et m'encourage à tracer mon propre chemin. Il a aussi grandement contribué à la réussite de ce doctorat, grâce aux multiples contrats de recherche qu'il m'a octroyés. Un merci précieux à mes parents, qui m'ont encouragé humainement et financièrement. Ils m'ont écouté de nombreuses fois lors de moments de découragement et ont accepté avec enthousiasme que leur fils vienne dormir à la maison familiale lorsqu'il était trop tard pour rentrer chez moi en Estrie. Merci à mes amis d'avoir été là, tout simplement. Un merci aussi particulier à ma fille Romane, qui a participé à quelques heures de rédaction en ma compagnie, enroulée dans son écharpe de portage, m'encourageant silencieusement avec sa respiration lente et ses petits cris de singe.

Finalement, nos remerciements à Dre Barbara Stanley et son équipe pour leur enseignement et leur permission d'adapter en langue française le matériel sur le plan de sécurité, ainsi qu'aux divers partenaires ayant contribué au succès de cette étude, le Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie, la Fondation Desjardins, la Faculté de sciences humaines, l'Association étudiante et la Fondation de l'UQAM. J'aurais vivement aimé montrer le fruit de ce travail à Dre Stanley, mais cette dernière nous a malheureusement quitté subitement cette année. Néanmoins, je suis confiant qu'elle est fière du résultat là où elle est.

DÉDICACE

« Un héros incite les gens à voir le bien en eux et à le faire grandir. »

Maya Angelou

À tous les héros qui agissent comme un phare et
accompagnent les personnes vulnérables et à risque
suicidaire.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
DÉDICACE	iv
LISTE DES FIGURES.....	vii
LISTE DES TABLEAUX	viii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES.....	ix
RÉSUMÉ.....	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 CONTEXTE THÉORIQUE.....	3
1.1 Définition du problème	3
1.1.1 Objectif général de l'essai.....	3
1.1.2 Importance du sujet.....	3
1.1.3 Formulation du problème.....	4
1.2 État des connaissances	5
1.2.1 Phénoménologie du suicide.....	5
1.2.2 Stratégies d'intervention	9
1.2.3 Études sur le plan de sécurité pour conduites suicidaires.....	13
1.2.4 Études sur les formations portant sur le plan de sécurité pour conduites suicidaires	15
1.3 Cadre conceptuel	18
1.3.1 Adaptation de la formation au PSCS de Stanley et Brown	18
1.3.2 Modèle d'évaluation.....	18
1.3.3 Niveaux d'apprentissage.....	19
1.4 Démarche évaluative	21
1.4.1 Qualité de l'implantation	21
1.4.2 Effets de la formation	21
1.4.3 Questions de recherche	26
CHAPITRE 2 MÉTHODE	27
2.1 Plan de recherche	27
2.2 Participants et procédure	27
2.3 Adaptation de la formation	31
2.4 Instruments de mesure	32
2.5 Déroulement de l'expérimentation	36

2.6 Analyse des données	38
2.6.1 Analyses préliminaires	38
2.6.2 Analyses descriptives	38
2.6.3 Comparaisons de moyennes.....	38
2.6.4 Analyses supplémentaires	38
2.6.5 Analyses qualitatives.....	39
2.6.6 Analyse de puissance	39
2.7 Considérations éthiques	39
2.7.1 Formulaire de consentement	40
2.7.2 Données dénominalisées.....	40
2.7.3 Conservation des données.....	40
2.7.4 Permission de Stanley.....	40
CHAPITRE 3 RÉSULTATS	41
3.1 Réponses aux questions	41
3.1.1 Fidélité aux éléments de l'organisation et de la formation originale.....	41
3.1.2 Perceptions liées à la formation et au PSCS	42
3.1.3 Apprentissages réalisés sur le PSCS	45
3.1.4 Comportements en milieu de pratique	47
3.1.5 Compétences en prévention du suicide	48
CHAPITRE 4 DISCUSSION	49
4.1 Critique des résultats et lien avec d'autres travaux publiés	49
4.1.1 Évaluation de la qualité d'implantation de la formation.....	49
4.1.2 Évaluation des effets de la formation.....	50
4.2 Limites de l'étude	55
4.3 Retombées au domaine d'étude et apports pratiques	57
CONCLUSION	60
ANNEXE A Syntaxe PsycINFO et PubMed	62
ANNEXE B Description et certificat de la formation originale anglaise	64
ANNEXE C Description de la formation adaptée francophone	68
ANNEXE D Grilles de fidélité et questionnaires	72
ANNEXE E Grilles des attitudes et des habiletés	92
ANNEXE F Matériel éthique	96
RÉFÉRENCES	104

LISTE DES FIGURES

Figure 1.1 Progression des conduites suicidaires.....	7
Figure 1.2 Crise suicidaire.....	8
Figure 1.3 Plan de sécurité pour conduites suicidaires.....	11
Figure 1.4 Modèle logique de l'évaluation.....	20
Figure 1.5 Protocole pour établir un plan de sécurité pour conduites suicidaires	25
Figure 2.1 Analyse de la sélection des participants	29

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.1 Connaissances nécessaires à l'élaboration d'un plan de sécurité pour conduites suicidaires	23
Tableau 2.1 Chronologie des mesures	27
Tableau 2.2 Caractéristiques des participants	30
Tableau 2.3 Niveaux, temps de mesure et instruments de mesure	33
Tableau 3.1 Résultats des fréquences aux niveaux 1A et 1B	41
Tableau 3.2 Résultats des comparaisons de moyennes aux niveaux 2A à 2D	42
Tableau 3.3 Résultats qualitatifs au niveau 2A	43
Tableau 3.4 Résultats des analyses de variances à mesures répétées aux niveaux 2A à 2D	44
Tableau 3.5 Résultats des comparaisons de moyennes aux niveaux 3A à 3C.....	46
Tableau 3.6 Résultats des analyses de variances à mesures répétées au niveau 3A	46
Tableau 3.7 Résultats des comparaisons de moyennes aux niveaux 4A et 4B	47

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

APA	American Psychiatric Association
ANOVA	Analyse de variances
OLB	Olivier L. Bourdon
LTSI	Learning transfer system inventory
NS	Non significatif
PSCS	Plan de sécurité pour conduites suicidaires
RL	Réal Labelle

RÉSUMÉ

Cet essai doctoral en psychologie vise à adapter et évaluer une formation sur le *Plan de sécurité pour conduites suicidaires* (PSCS) auprès de professionnels francophones en santé mentale. Cette intervention brève d'approche comportementale et cognitive consiste en une séquence chronologique d'actions à poser pour diminuer la crise suicidaire. Il revient aux Dre Barbara Stanley Ph.D. de l'université Columbia et Dr Gregory K. Brown Ph.D. de l'université de Pennsylvanie d'avoir conçu et popularisé le plan de sécurité. À cet effet, ils offrent depuis quelques années une formation documentée et validée scientifiquement. Or, à notre connaissance, aucune adaptation de leur formation n'est disponible en langue française. Cette recherche s'appuie sur la méthode d'évaluation de Kirkpatrick et Kirkpatrick et pose cinq questions visant à estimer la qualité de l'implantation et les principaux effets liés à cette formation : 1) La formation est-elle fidèle aux éléments de l'organisation et de la formation originale inscrits dans le modèle logique ? 2) Après la formation, la majorité des participants a-t-elle perçu positivement la formation et le PSCS ? 3) Après la formation, les participants ont-ils acquis les bases du PSCS ? 4) Après la formation, la majorité des participants ont-ils utilisé le PSCS dans son milieu de pratique ? et 5) Après la formation, la majorité des participants a-t-elle amélioré ses compétences en prévention du suicide ? Le devis retenu repose sur un plan non expérimental à groupe unique pré-post-suivi avec approche mixte. Les mesures utilisées sont des questionnaires et des grilles. Dix-huit participants répondent aux trois temps de mesure. Les résultats démontrent que cette formation au PSCS d'une durée d'une heure en ligne a été implantée de façon fidèle à son modèle logique (niveau 1) et a eu des effets positifs sur les perceptions et les apprentissages des participants (niveaux 2 et 3). Cependant, peu de participants ont eu l'opportunité d'utiliser l'outil dans leur milieu de pratique (niveau 4). Par conséquent, il est probable, mais avec réserve, que les compétences en prévention du suicide des participants se soient améliorées (niveau 5). En conclusion, cette étude a permis pour la première fois de valider scientifiquement une formation au PSCS pour les professionnels en santé mentale francophones.

Mots clés : Prévention du suicide, évaluation de formation, intervention brève, plan de sécurité

ABSTRACT

This doctoral essay in psychology aims to adapt and evaluate a training on the safety plan intervention for French-speaking mental health professionals. This brief behavioral and cognitive intervention consists of a chronological sequence of actions to follow in order to reduce a suicidal crisis. Dr. Barbara H. Stanley PhD from university of Columbia university and Dr. Gregory K. Brown PhD from university of Pennsylvania have designed and popularized the safety planning intervention. They also have been offering a scientifically validated training for several years, which serves as a model for this research. To our knowledge, no adaptation is available in French. This research is based on the Kirkpatrick and Kirkpatrick evaluation method and asks five questions aimed at estimating the quality of the implementation and the main effects related to this training: 1) Does the training include the elements based on the logic model? 2) After the training, did the majority of the participants perceive the training and the safety plan positively? 3) After the training, did the participants acquire the basics of the intervention? 4) After the training, did the majority of participants use the safety plan in their working environment? and 5) After the training, did the majority of participants improve their suicide prevention competencies? To evaluate this training, a non-experimental single-group design is used with a mixed approach. Pre-training, post-training and follow-up questionnaires as well as grids assess the quality of its implementation and its effects among 18 mental health professionals. The results show that this one-hour online training is implemented with high-fidelity (level 1) and has positive effects on participants' perceptions and learning (level 2 and 3). However, at the time of follow-up, few participants had the opportunity to use the intervention in their working environment (level 4). Therefore, it is likely, but with reservations, that the participants' suicide prevention competencies improved (level 5). In conclusion this study made it possible for the first time to scientifically validate the safety planning intervention training among French-speaking mental health professionals.

Keywords : Suicide prevention, training evaluation, brief intervention, safety plan

INTRODUCTION

Cet essai doctoral présente l'adaptation et l'évaluation d'une formation francophone sur le plan de sécurité pour conduites suicidaires (PSCS). Le suicide est un problème de santé publique important et peu de professionnels sont formés adéquatement pour intervenir auprès de personnes vulnérables et à risque suicidaire. Pourtant, il existe des interventions efficaces pour prévenir le suicide. Celles-ci ne servent pas à traiter les symptômes d'un trouble de santé mentale, mais plutôt à diminuer le risque de passage à l'acte. Or, les formations à ces interventions sont rarement validées scientifiquement et très peu existent pour les professionnels francophones en santé mentale.

Afin de pallier ce manque, cet essai doctoral consiste d'abord à adapter la formation états-unienne de Dre Barbara Stanley et Dr Gregory K. Brown de la *Columbia University*. Notons que cet atelier a été suivi par les deux formateurs, soit le chercheur principal de cette étude, Olivier L Bourdon (OLB) et son directeur de recherche, Réal Labelle (RL). Cette formation a été choisie comme modèle et adaptée aux professionnels francophones en santé mentale. La formation est ensuite filmée dans les studios de la compagnie ASADIS, puis distribuée sur leur plateforme www.ASADIS.net. Accréditée à l'*Ordre des Psychologues du Québec*, la *Canadian Psychological Association* et l'*Association canadienne de counseling et de psychothérapie*, elle consiste en une présentation d'une durée de 60 minutes à l'intervention du PSCS comprenant trois modules théoriques et trois modules pratiques, ainsi qu'un exercice pratique. Ensuite, la formation est estimée quant à sa qualité d'implantation et ses effets sur l'appréciation de celle-ci, le sentiment d'efficacité, l'utilité du PSCS, la faisabilité du PSCS, les connaissances, les attitudes, les habiletés, l'utilisation et l'efficacité du PSCS dans le milieu de pratique. Ces résultats permettent ainsi de documenter rigoureusement l'atteinte du résultat final, à savoir augmenter les compétences en prévention du suicide des professionnels.

En plus de l'introduction et de la conclusion, cet essai doctoral est constitué de quatre parties. Le premier chapitre introduit la problématique en décrivant le contexte théorique, le cadre, les objectifs, ainsi que les questions de recherche. Puis, le deuxième chapitre expose la méthode utilisée pour réaliser cette recherche doctorale en détaillant l'objet de recherche, l'échantillon, le recrutement, le protocole, les outils, la collecte de données, les analyses des données, ainsi que les considérations éthiques de l'étude. Le troisième chapitre expose les résultats en présentant les analyses statistiques, les principaux constats et les réponses aux questions de recherche. Enfin, le quatrième chapitre présente la discussion, où les

résultats sont mis en contexte avec les écrits scientifiques existants. Il expose aussi les limites et les contributions de la recherche.

Veillez noter que le masculin est utilisé dans ce document, afin d'en alléger la lecture.

CHAPITRE 1

CONTEXTE THÉORIQUE

Ce premier chapitre présente le contexte théorique dans lequel s'inscrit cette étude. Dans un premier temps, l'objectif général de la recherche, l'importance du sujet et la formulation du problème sont présentés. Dans un deuxième temps, l'état des connaissances portant sur la phénoménologie du suicide, les stratégies d'intervention et les études traitant du PSCS sont exposés. Dans un troisième temps, le cadre conceptuel aborde les modèles utilisés pour la méthode. Enfin, la démarche évaluative consiste à expliquer les différentes variables utilisées, ainsi que les questions de recherche.

1.1 Définition du problème

1.1.1 Objectif général de l'essai

Cette étude vise à présenter l'adaptation en langue française d'une formation new-yorkaise sur le PSCS, ainsi que son évaluation quant à son implantation et ses effets.

1.1.2 Importance du sujet

Il y a un suicide toutes les 40 secondes dans le monde, ce qui porte le bilan annuel mondial à environ 800 000 décès. Bien qu'inégalement réparti géographiquement, le suicide touche tous les pays (OMS, 2019). On dit qu'un suicide complété se produit en moyenne à chaque 100 tentatives de suicide (Mishara et Tousignant, 2011). Les suicides complétés représentent 1,4 % des décès dans le monde. Seulement au Canada, ils sont responsables de 4500 décès par année, ce qui correspond à environ 12 suicides chaque jour (Statistique Canada, 2020).

Au Québec, les dernières statistiques font état de 1 055 suicides en 2020, soit environ 13 décès par jour. Après plusieurs années de déclin, les statistiques du nombre de suicides au Québec montrent une certaine stabilité. Il est tout de même la huitième cause de décès des Québécois aujourd'hui. Aussi, les hommes se suicident trois fois plus que les femmes (Levesque et Perron, 2023).

Il est encore trop tôt pour disposer de données exactes sur l'impact de la pandémie de COVID-19. Cependant, les données préliminaires sur le sujet ne pointent pas pour le moment vers une augmentation

du taux de suicide (Levesque *et al.*, 2023). En fait, il se peut même que la pandémie représente une menace collective ayant donné lieu à une « mobilisation collective pour y faire face », ce qui a pu être porteur d'espoir. Or, on observe tout de même une hausse d'idéations suicidaires, ainsi que plus de détresse psychologique chez les gens qui étaient déjà vulnérables psychologiquement (Mishara, 2020). Ceci pourrait avoir un impact sur le taux de suicide étant donné que certains n'ont pas les ressources internes et externes pour faire face à ces défis (Sinyor *et al.*, 2021).

Il est surprenant d'apprendre qu'entre 25 et 33 % de ceux qui ont fait une tentative de suicide ou complété leur suicide étaient en contact avec un professionnel en santé mentale dans l'année précédente. La visite chez un professionnel représente donc une opportunité précieuse pour prévenir le suicide (Rassy *et al.*, 2022; Routhier *et al.*, 2012; Vasiliadis *et al.*, 2015; Walby *et al.*, 2018). Cependant, encore faut-il que ce dernier soit formé aux interventions probantes permettant de bien intervenir auprès des personnes à risque de suicide. Par exemple, des éléments essentiels pour prévenir le suicide sont de savoir comment repérer les personnes suicidaires, offrir un filet de sécurité en impliquant les proches de la personne et faire un suivi régulier auprès de cette dernière (Lane *et al.*, 2010; Rassy *et al.*, 2022). De plus, des auteurs soutiennent l'importance que la personne à risque de suicide s'entraîne à surveiller ses propres signes annonciateurs d'une crise suicidaire imminente et qu'elle connaisse les stratégies d'adaptation à mettre en place (Bryan *et al.*, 2017). Il est possible et souhaitable de doter les intervenants des outils leur permettant de mieux prévenir les conduites suicidaires.

1.1.3 Formulation du problème

En 2022, le Québec s'est doté d'une stratégie nationale de prévention du suicide. Dans celle-ci, un des axes de la stratégie est de former et de soutenir les intervenants en matière de compétences liées au repérage des personnes suicidaires et à l'estimation du danger de passage à l'acte suicidaire. Malgré le fait que le milieu clinique reconnaisse de plus en plus la pertinence de certaines interventions efficaces en prévention du suicide, il existe malheureusement un fossé entre la théorie et la pratique dans ce domaine (Sher et Labode, 2011). En fait, les pratiques issues des données probantes sont souvent mal utilisées ou tout simplement inconnues par les milieux de pratiques et ce, parce que les professionnels n'ont pas accès à des formations scientifiques de qualité (Lane *et al.*, 2010).

Le PSCS est parmi les interventions les plus prometteuses pour sauver des vies (Lane *et al.*, 2010; Stanley et Brown, 2012). Il est à l'image des pratiques d'évacuation dans les écoles ou les exposés de pratiques d'urgence lorsque les passagers montent à bord d'un avion. Dans toutes ces situations, on espère que la situation stressante n'arrivera pas, mais on préfère tout de même être mieux préparé et savoir exactement quoi faire si jamais cela arrivait. Le PSCS représente une séquence d'actions décidées d'avance que les personnes vulnérables et à risque suicidaire n'ont qu'à suivre pour diminuer la crise suicidaire. Il permet donc de prévenir les conduites suicidaires et de prévenir qu'une crise suicidaire déjà entamée s'aggrave. Ce plan d'action vise à ce que la personne s'occupe, se détende, se distraie et aille chercher du soutien naturel ou professionnel au besoin. Il permet de sécuriser et protéger la personne pendant le moment où elle est à risque de faire un passage à l'acte (Labelle et Guilé, 2016). Pour optimiser cette intervention, il est conseillé que la personne vulnérable et à risque suicidaire soit accompagnée d'un professionnel, car elle peut paraître à première vue peu intuitive (Buus *et al.*, 2020; Walters, 2020). Cependant, les écrits scientifiques font état de professionnels qui connaissent peu les bonnes pratiques lorsqu'ils établissent un PSCS avec leur clientèle. En effet, rares sont ceux qui y sont formés pendant leur cursus scolaire ou dans leur milieu de pratique (Mirick *et al.*, 2016; Reyes-Portillo *et al.*, 2019). Par conséquent, la portée de l'intervention est diminuée (Boudreaux *et al.*, 2013; Chesin *et al.*, 2017; Currier *et al.*, 2015; Gamarra *et al.*, 2015; Green *et al.*, 2018; Knox *et al.*, 2012; Stanley *et al.*, 2015, 2018). Il est donc souhaitable que ces professionnels bénéficient d'un enseignement scientifique pour réaliser cette intervention brève (Vandewalle *et al.*, 2019). Or, à notre connaissance, aucune formation validée scientifiquement sur le PSCS n'existe à ce jour pour les francophones.

1.2 État des connaissances

1.2.1 Phénoménologie du suicide

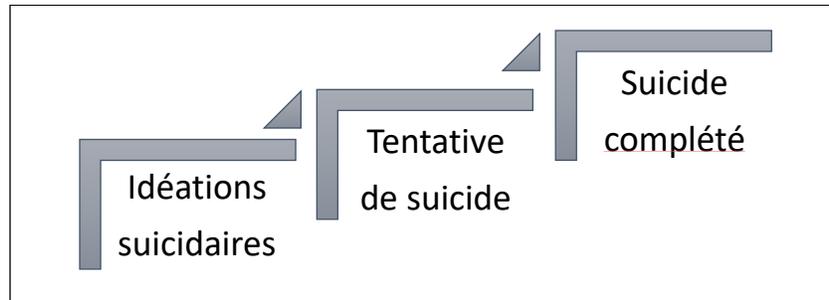
Le suicide représente un problème de santé publique important. Les conduites suicidaires peuvent se présenter soit comme un trouble de santé mentale à part entière, tel le trouble des conduites suicidaires dans le DSM-5-TR (APA, 2022), soit comme une complication d'un autre trouble de santé mentale, par exemple dans la dépression caractérisée. Il demeure que le suicide et les conduites suicidaires sont une réalité importante avec laquelle les intervenants doivent composer. Pour cela, ils doivent être en mesure de mettre en place des interventions efficaces, rapides et conviviales, afin de rassurer, protéger et sécuriser les individus à risque suicidaire (Courtet *et al.*, 2014).

Selon le DSM-5-TR (APA, 2022), le **trouble des conduites suicidaires** se définit par la présence d'une tentative de suicide dans les deux dernières années. Il est à différencier des idéations suicidaires, des conduites préparatoires au suicide, des lésions infligées non suicidaires (anciennement appelées automutilations) et des actions posées dans un état de confusion ou de délirium.

Par ailleurs, la communauté scientifique distingue les idéations suicidaires des conduites suicidaires. D'un côté, les **idéations suicidaires** correspondent aux pensées sérieuses reliées au fait de vouloir s'enlever la vie et d'avoir un plan de suicide au cours des 12 derniers mois (Mishara et Tousignant, 2018). On différencie deux types d'idéations suicidaires. Les **idéations suicidaires passives** sont les pensées liées au désir de mourir de l'individu, mais sans nécessairement avoir de plan précis pour s'enlever la vie (Posner *et al.*, 2007). Par exemple, la personne peut verbaliser intérieurement ou à ses proches qu'elle serait mieux morte ou qu'elle a envie d'en finir avec sa vie. Les **idéations suicidaires actives**, qui représentent les pensées liées à l'action de se tuer, sont reliées à une augmentation du risque de suicide. D'un autre côté, les **conduites suicidaires** correspondent aux actions reliées au suicide et comprennent les conduites suicidaires préparatoires, la tentative de suicide, la tentative interrompue et la tentative avortée. Les **conduites suicidaires préparatoires** représentent les mesures et arrangements que la personne met en place en vue d'un suicide planifié. Par exemple, il pourrait s'agir de l'écriture d'une lettre d'adieu ou de l'achat et l'installation du matériel nécessaire à l'acte. Quant à la **tentative de suicide**, elle correspond à une conduite potentiellement autodestructive qui, au moment de l'initiation, comporte un certain désir ou intention de mourir comme conséquence de cette conduite, et ce, même si cela ne mène pas à la mort (APA, 2022). Cette dernière arrive généralement lorsque l'individu perçoit la mort comme préférable à la vie, et ce, parce qu'il ne perçoit pas de solution à ses problèmes (Mishara et Tousignant, 2018). Posner et collaborateurs (2007) ont amené une distinction importante entre une tentative interrompue et une tentative avortée. La **tentative interrompue** correspond à l'interruption d'une tentative à cause d'un tiers ou d'un événement. Par exemple, le conjoint ou la conjointe de la personne peut entrer dans la pièce prévue pour réaliser la conduite suicidaire, ou encore le matériel prévu pour se suicidaire peut briser. La **tentative avortée** correspond quant à elle à la suspension du geste par la personne elle-même. Ce dernier type de tentative de suicide fait appel à plus d'ambivalence, qui selon de nombreux auteurs, demeurerait présente jusqu'à la dernière minute (Heinsch *et al.*, 2020; Mishara et Tousignant, 2018; Séguin et Huon, 1999). Enfin, l'appellation **suicide complété** est utilisée lorsque la mort arrive à la suite d'un geste intentionnel de la part d'un individu.

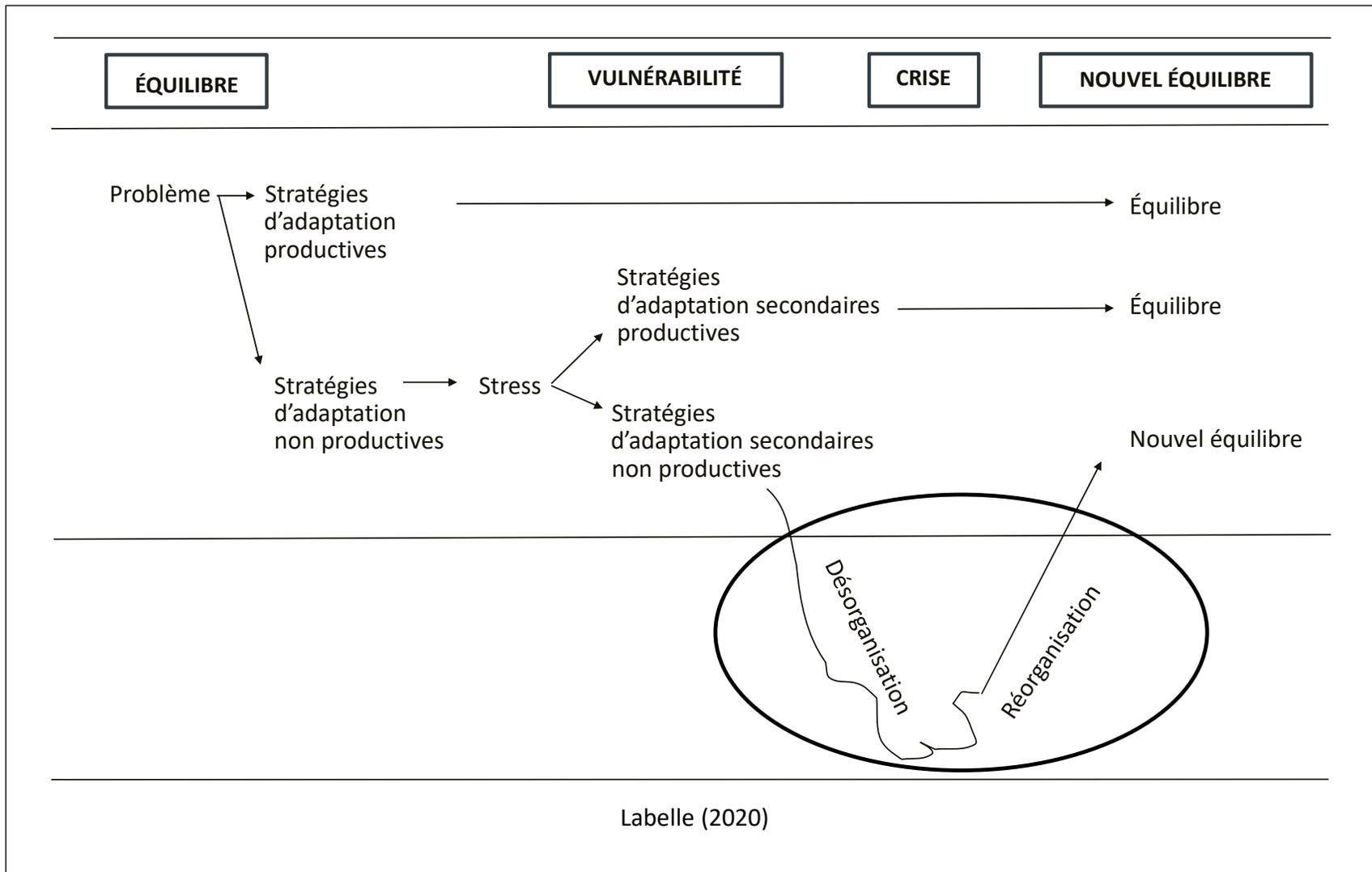
Bien que des auteurs argumentent que le suicide puisse être perçu comme une stratégie d'adaptation face à l'adversité (De Leo *et al.*, 2005), comme cela peut être le cas chez certains individus ayant des troubles complexes de santé mentale, on voit généralement un continuum vers un suicide complété (voir **figure 1.1**). Cette succession d'étapes peut être très rapide, comme elle peut durer quelques semaines (Guilé, 2015).

Figure 1.1 Progression des conduites suicidaires



Par ailleurs, la **crise suicidaire** est un état aigu de désorganisation affective et cognitive dont le risque principal est le suicide (Mazet et Darcourt, 2000). Lorsque la personne vit un évènement difficile, elle met en place des stratégies pour s'y adapter. Ces stratégies d'adaptation peuvent être productives ou non productives, selon que les moyens permettent de résoudre ou non le problème. Si la stratégie tentée est non productive, la personne en essaie une autre, puis une autre, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'elle épuise son répertoire de stratégies. À ce moment, elle se retrouve devant une absence d'option pour soulager sa souffrance, ce qui est générateur d'un grand stress. La personne peut se désorganiser, ce qui caractérise la crise, et ainsi avoir recours à des conduites suicidaires (Labelle, 2020). Ce processus est illustré à la **figure 1.2**. La crise suicidaire se caractérise ainsi par plusieurs éléments pouvant aller du sentiment d'échec à un sentiment de « désespoir frénétique ». Elle comporte généralement une impression de se sentir pris au piège et de devoir fuir à tout prix la situation. Cet état met la personne en retrait de son environnement et diminue ses capacités de rationalisation, d'organisation, de résolution de problèmes, de concentration et de réflexion (Galynker *et al.*, 2017). Dans ce contexte, le suicide peut être perçu par la personne comme l'unique option de soulager sa souffrance (Mishara et Tousignant, 2018).

Figure 1.2 Crise suicidaire



Les facteurs de risque à long terme des conduites suicidaires sont bien connus par les chercheurs (Mishara et Tousignant, 2018). Il est question notamment de la présence d'idéations suicidaires, de tentatives de suicide antérieures, de troubles de santé mentale, d'abus de substance et de l'absence de soutien par l'entourage. Or, les facteurs à court terme qui amènent la personne à adopter des conduites suicidaires sont la plupart du temps associés à la présence d'une crise suicidaire (Yaseen *et al.*, 2010). Il est donc important pour la personne vulnérable et à risque suicidaire d'apprendre à détecter cet état de crise en s'entraînant à reconnaître ses propres signaux avant-coureurs d'une crise. Ces derniers peuvent prendre la forme de pensées, d'images, d'émotions, de situations ou de comportements particuliers. Il peut s'agir par exemple de la présence d'une fatigue accrue, d'une grande tristesse, ou encore de ruminations constantes, ou encore de trouble de sommeil. Puis, plus la crise progresse, plus les signaux changent. La personne peut alors vivre du désespoir, du cynisme et parfois un état de calme qui détonne de l'état d'agitation expérimentée auparavant. Encore là, les signes sont particuliers à chaque individu, c'est pourquoi il convient d'apprendre à la personne vulnérable et à risque suicidaire de les identifier. Ainsi, plus vite la personne les repère, moins la situation dégénère en situation d'urgence, où l'hospitalisation deviendrait alors nécessaire. Néanmoins, si des moyens sont mis en place dès les premiers signes, plus la personne peut prévenir cet état ou du moins s'adapter à celui-ci (Mazet et Darcourt, 2000).

Dans l'approche comportementale et cognitive, les stratégies d'adaptation sont le résultat d'un apprentissage. Les stratégies non productives peuvent donc s'expliquer par le fait que les personnes aient peu ou pas appris, ou encore aient mal appris les stratégies. Les personnes doivent alors apprendre des stratégies qui permettront de résoudre efficacement leurs problèmes. Ainsi, elles pourront être mieux préparées à affronter les tempêtes sans subir trop de dommages (Mazet et Darcourt, 2000).

1.2.2 Stratégies d'intervention

Une revue sélective des écrits scientifiques concernant l'efficacité des interventions pour prévenir le suicide a permis d'identifier quatre catégories d'intervention : 1) l'éducation aux conduites suicidaires; 2) l'évaluation des troubles de santé mentale; 3) l'intervention générale pour les troubles de santé mentale; et 4) les interventions brèves ciblées pour les conduites suicidaires (Dueweke et Bridges, 2018). Les auteurs mentionnent que cette dernière catégorie est souvent laissée de côté, alors que plusieurs interventions brèves et efficaces existent en clinique.

Les avantages de ces interventions sont nombreux. D'abord, elles se concentrent sur des problèmes actuels et précis. Puis, elles comportent des objectifs réalisables et rapidement atteignables. Aussi, elles sont plutôt simples à apprendre et assez rapides à mettre en place avec la clientèle. Pour toutes ces raisons, elles peuvent donc être utiles pour plusieurs types de professionnels. Dans le cas des conduites suicidaires et de la crise suicidaire, les interventions brèves se concentrent surtout à assurer la sécurité de la personne en diminuant le risque suicidaire. Bref, ces interventions brèves visent davantage à protéger la personne plus qu'à traiter ses symptômes (McCabe *et al.*, 2018). Elles sont comme une assurance de maison; elles n'empêchent pas de passer au feu, mais assurent et protègent au cas où.

Le plan de sécurité pour conduites suicidaires (PSCS) est une intervention brève pouvant être considérée soit comme une stratégie d'intervention – associée à la thérapie comportementale et cognitive pour les personnes suicidaires (Wenzel *et al.* 2009), soit comme stratégie à part entière – comme un module unique d'intervention (Stanley et Brown, 2012). Pour réaliser cette intervention, l'intervenant collabore avec la personne vulnérable et à risque suicidaire pour établir un plan d'action personnalisé et adapté à elle. Le but est alors d'autonomiser la personne en l'aidant à mieux repérer ses signaux précurseurs et à identifier par écrit des stratégies productives qui la protégeront contre les conduites suicidaires ou qui ralentiront la progression de la crise suicidaire. Pour toutes ces raisons, le PSCS a succédé aux contrats de non-suicide, qui représentait une entente dans laquelle l'utilisateur s'engageait à ne pas se suicider. Cette pratique s'est avérée peu efficace et donnait en plus une fausse impression de sécurité légale (Matarazzo *et al.*, 2014).

Le PSCS comporte six composantes (voir **figure 1.3**; Stanley et Brown, 2012). La première section concerne **les signes avant-coureurs**. Ils peuvent être une pensée, un comportement ou une émotion (par exemple : dévalorisation, hausse de consommation d'alcool et irritabilité). En décortiquant l'histoire des conduites suicidaires avec le professionnel qui la suit, la personne vulnérable et à risque suicidaire inscrit d'abord dans son plan les signes avant-coureurs qu'elle perçoit comme les plus représentatifs. Il s'agit ensuite qu'elle s'entraîne à détecter rapidement ces derniers et qu'elle s'en serve comme un rappel pour mettre en action les stratégies d'adaptation inscrites dans les sections suivantes du plan.

Figure 1.3 Plan de sécurité pour conduites suicidaires

SECTION 1 SIGNES AVANT-COUREURS
SECTION 2 STRATÉGIES D'ADAPTATION PERSONNELLES
SECTION 3 MOYENS DE DISTRACTION
SECTION 4 SOUTIEN INTERPERSONNEL
SECTION 5 SOUTIEN PROFESSIONNEL
SECTION 6 SÉCURISATION DU MILIEU DE VIE

La deuxième section concerne **les stratégies d'adaptation personnelles**. Cette section permet à l'individu d'identifier des activités agréables qu'il peut effectuer sans l'aide des autres. Cette étape a comme objectif d'amener l'individu à se sentir mieux en augmentant ses raisons de vivre et en favorisant la régulation émotionnelle pendant la période entourant les conduites suicidaires et/ou la crise suicidaire. L'idée à la base de ce type d'intervention est de constituer une boîte à outils pour la personne vulnérable et à risque suicidaire, afin de l'aider dans un moment où la personne ne perçoit plus de moyens pour soulager sa souffrance (Mazet et Darcourt, 2000). Ainsi, lorsque l'individu repère un signe avant-coureur, il tente d'abord de régler son problème seul, puis recourt à de l'aide extérieure s'il n'y arrive pas (Buus *et al.*, 2020; Peake *et al.*, 1988). Avec l'aide de l'intervenant, la personne inscrit dans son plan les meilleures stratégies.

La troisième section concerne **les moyens de distraction**. Cette section permet à l'individu d'identifier les personnes et endroits agréables qui lui permettront de se décentrer des pensées suicidaires, d'augmenter son sentiment d'appartenance et de connexion aux autres (Stanley et Brown, 2012). Toujours en collaboration avec l'intervenant, l'individu identifie les personnes et endroits les plus susceptibles de le

distraire et les inscrit dans son plan. Il convient de mettre le plus de détails possible, tels l'adresse et le numéro de téléphone de la personne, afin que cela soit simple lorsque l'individu voudra utiliser cette section du plan.

La quatrième section concerne **le soutien interpersonnel**. Elle permet d'identifier les proches les plus susceptibles d'apporter un soutien de qualité pendant une période difficile. Encore ici, il est conseillé de mettre le plus de détails possible. Pour faciliter la communication de son état à ses proches, l'intervenant doit parfois effectuer des jeux de rôle avec la personne vulnérable et à risque suicidaire. Aussi, si la personne est d'accord, il est aidant d'expliquer aux proches les bases du PSCS, de leur donner une copie et même leur faire signer un engagement à fournir un soutien à la personne en cas de besoin (Raymond *et al.*, 2016). Ainsi, ils comprendront l'essentiel de l'outil et sauront à quoi s'attendre si la personne vulnérable les contacte.

La cinquième section concerne **le soutien professionnel**. Lorsque les autres étapes n'ont pas suffi à améliorer l'état de la personne, communiquer avec des spécialistes en santé mentale peut représenter la clé qui aidera à prévenir les conduites suicidaires ou prévenir une crise suicidaire déjà entamée. Avec l'aide du professionnel en santé mentale, la personne identifie les meilleures personnes et ressources à mettre à son PSCS et met tous les détails nécessaires pour les contacter au besoin.

La sixième et dernière section concerne **la sécurisation du milieu de vie**. Il est conseillé d'aborder cet élément à la fin, car les personnes ayant complété les autres étapes ont tendance à être plus sincères sur les moyens qu'ils utiliseraient pour s'enlever la vie (Stanley et Brown, 2020; Stanley et Brown, 2012; Wenzel *et al.*, 2009). Pour rendre l'environnement plus sécuritaire, il s'agit de restreindre l'accès aux moyens dangereux, par exemple les médicaments, les armes à feu et les cordes. Lorsqu'une crise suicidaire survient, chaque minute compte pour venir en aide à la personne. Ainsi, si la crise s'aggrave et s'installe, le fait d'avoir sécurisé l'environnement peut être l'élément qui sauvera la personne. De plus, il est conseillé d'encourager la personne à organiser son environnement pour que les choses aidantes soient facilement accessibles, pour lui faire penser à ces dernières (Guilé, 2015).

Le PSCS représente donc une intervention permettant de repérer, gérer et documenter le risque suicidaire de façon ordonnée et systématique (Stanley *et al.*, 2019). Pour ce faire, l'intervenant et la personne collaborent pour faire l'histoire des conduites suicidaires de la personne, discutent du plus grand nombre d'éléments possible à mettre dans le PSCS, puis identifient les plus pertinents. Ensuite, ils s'assurent de la

probabilité que ces éléments soient réellement utilisés et enfin, révisent périodiquement le tout (Nuij *et al.*, 2021).

1.2.3 Études sur le plan de sécurité pour conduites suicidaires

Cet autre segment vise à documenter le PSCS comme une intervention brève et probante pour prévenir le suicide. En tout, 35 articles des 12 dernières années sont recensés sur l'efficacité du PSCS en contexte pratique. La stratégie de repérage des articles scientifiques se trouve en **Annexe A**.

En général, les textes recensés permettent de constater que le PSCS est efficace pour assurer la sécurité de la personne vulnérable et à risque suicidaire. En effet, il aide la personne à mieux identifier et gérer ses états de crise ou ses conduites suicidaires. De plus, il permet d'augmenter son répertoire de ressources adaptatives (*coping resources*) et d'inciter à prendre contact avec son réseau de soutien lorsque nécessaire.

Le PSCS serait conseillé pour les personnes ayant déjà adopté des conduites suicidaires et/ou fait une crise suicidaire, pour celles ayant un trouble de santé mentale et pour celles qui sont dépistées comme étant à risque modéré de suicide (Stanley et Brown, 2020). Lorsqu'il est établi adéquatement, le PSCS permettrait de réduire jusqu'à deux fois le risque de conduites suicidaires (Stanley *et al.*, 2018; Zonana *et al.*, 2018). De plus, si les signes avant-coureurs sont identifiés et que les stratégies inscrites dans le PSCS sont mises en pratique dès l'annonce de ceux-ci, il permettrait d'interrompre ou du moins de prévenir qu'une crise suicidaire s'aggrave, d'où son aspect réversible (Buus *et al.*, 2020). L'efficacité du PSCS semble être expliquée par l'auto-surveillance des signes avant-coureurs, l'autogestion des stratégies d'adaptation et l'utilisation efficace du réseau de soutien et des professionnels en santé mentale (Bryan *et al.*, 2017).

Tel un plâtre pour une jambe cassée, le PSCS n'a ni la prétention de traiter les conduites suicidaires, ni de prévenir complètement la crise suicidaire (Sher et Labode, 2011). Il offre plutôt une méthode systématique pour augmenter la sécurité de la personne (Stanley et Brown, 2012). Même s'il ne traite pas les conduites suicidaires ni la crise suicidaire, des études observent tout de même qu'il peut permettre une augmentation du sentiment de calme et d'espoir (Bryan *et al.*, 2017), ainsi qu'une diminution des idéations suicidaires, de la détresse et du désespoir (Comtois *et al.*, 2011). Une étude révèle aussi que les personnes ayant fait un PSCS étaient plus motivées et engagées à se faire aider et à poursuivre les traitements (Zonana *et al.*, 2018). Il permettrait également de réduire la durée d'hospitalisation et les impacts financiers du système de santé (Ginnis *et al.*, 2013; Wharff *et al.*, 2012; Zonana *et al.*, 2018). En outre, chez

les patients hospitalisés en psychiatrie, ceux ayant fait un PSCS demeurent moins longtemps hospitalisés et participent mieux aux suivis et traitements post-hospitalisation (Chesin *et al.*, 2017; Stanley *et al.*, 2015; Zonana *et al.*, 2018). Cela contribue à diminuer le risque de conduites suicidaires (Chesin *et al.*, 2017).

Par ailleurs, le PSCS est bénéfique pour les intervenants qui l'utilisent avec leur clientèle. D'abord, ces derniers trouveraient l'utilisation de cette intervention assez facile à maîtriser et relativement rapide à effectuer (Chesin *et al.*, 2017; Reyes-Portillo *et al.*, 2019). Ensuite, établir un PSCS les invite à être plus systématiques dans l'évaluation et la gestion des conduites suicidaires. Ceci contribue sans doute à ce que les intervenants perçoivent un plus grand sentiment d'auto-efficacité avec une clientèle vulnérable et à risque suicidaire lorsqu'ils utilisent ce type d'intervention (Buus *et al.*, 2020; Chesin *et al.*, 2017). Le PSCS inciterait les intervenants à mieux documenter leurs interventions lorsqu'il est question de suicide, ce qui diminuerait le risque de complications judiciaires s'il y a poursuite. Enfin, il encouragerait les intervenants à se questionner davantage sur le risque suicidaire de leur clientèle, ainsi qu'à personnaliser leurs interventions (Buus *et al.*, 2020; Stanley *et al.*, 2019; Vandewalle *et al.*, 2019).

Plusieurs auteurs soulignent l'importance que le PSCS soit de bonne qualité, c'est-à-dire que les six sections du plan soient remplies et qu'elles comportent plusieurs éléments personnalisés. Il semble aussi nécessaire que le plan soit révisé, mis à jour régulièrement et qu'il soit transmis aux proches de la personne (Currier *et al.*, 2015; Gamarra *et al.*, 2015; Matarazzo *et al.*, 2014; Stanley *et al.*, 2018). Aussi, bien que le PSCS soit une intervention manualisée (Stanley et Brown, 2008), il est mentionné dans les études qu'il est important de personnaliser son contenu et sa forme à la convenance de la personne vulnérable et à risque suicidaire (Matarazzo *et al.*, 2014).

Qui plus est, certains auteurs recommandent que le PSCS se fasse dans une attitude de collaboration entre l'intervenant et la personne (Comtois *et al.*, 2011). En effet, cela représente beaucoup plus que remplir un formulaire; il doit faire l'objet d'une discussion entre les deux parties. Pour cela, il est conseillé que s'établisse une bonne alliance entre l'intervenant et la personne vulnérable et à risque suicidaire, que le processus se déroule dans un climat bienveillant, empathique et sans jugement. Il est également suggéré que les deux parties soient assises côte à côte, se concentrent sur le protocole du PSCS et utilisent la résolution de problèmes si des obstacles se présentent (Comtois *et al.*, 2011; Jobes, 2012, 2016; Stanley et Brown, 2012).

Cela étant, le PSCS contribue à prévenir les conduites suicidaires et la crise suicidaire parmi un large éventail de clientèles dans différents milieux. En fait, l'intervention s'est révélée efficace autant chez les adultes (Boudreaux *et al.*, 2013; Stanley et Brown, 2012) que chez les jeunes (Breton *et al.*, 2016). De plus, l'implantation du PSCS s'est bien effectuée en centres téléphoniques d'écoute (Labouliere *et al.*, 2020), en urgence à l'hôpital (Ginnis *et al.*, 2013; Knox *et al.*, 2012), en clinique militaire (Chesin *et al.*, 2017) et en clinique psychiatrique (Reyes-Portillo *et al.*, 2019). Cependant, certaines limites sont citées dans les écrits scientifiques. Entre autres, les auteurs ne recommandent pas d'établir un PSCS avec des personnes à haut risque de suicide, car ces dernières doivent plutôt faire l'objet d'une évaluation clinique rigoureuse et d'une surveillance constante pour assurer leur sécurité immédiate. C'est d'ailleurs probablement pourquoi certaines études affirment que le PSCS n'est pas aidant lorsqu'il est question de risque suicidaire imminent (Reyes-Portillo *et al.*, 2019). Aussi, bien qu'en théorie le PSCS puisse être présenté comme un formulaire que les individus remplissent seuls, il est généralement perçu comme étant peu intuitif (Buus *et al.*, 2020; Walters, 2020). C'est pourquoi il est recommandé dans les bonnes pratiques que les individus vulnérables et à risque soient accompagnés d'un intervenant en « présentiel » et que cela se déroule dans une attitude de collaboration (Comtois *et al.*, 2011; Jobes, 2016; Stanley et Brown, 2012). Dans les études où les individus sont laissés à eux-mêmes avec le PSCS, on observe un grand nombre d'abandons, et ce, particulièrement chez les hommes (Spangler *et al.*, 2019).

Cette revue des écrits montre que le PSCS représente un moyen efficace pour prévenir le suicide (McCabe *et al.*, 2018). Il est aujourd'hui recommandé par plusieurs instances privées et gouvernementales comme le Centre de Recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (Labelle, 2018), le gouvernement provincial québécois (CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, 2019), l'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ, 2022), ainsi que plusieurs autres grandes associations américaines en santé mentale (Mirick *et al.*, 2016; Zuckerbrot *et al.* 2007). Dans le cadre de cette recherche, il est prévu d'utiliser le PSCS comme intervention brève d'approche comportementale et cognitive pour augmenter les compétences en prévention du suicide des participants.

1.2.4 Études sur les formations portant sur le plan de sécurité pour conduites suicidaires

Les professionnels reçoivent rarement une formation portant sur les conduites suicidaires et la crise suicidaire pendant leur cursus académique (Mirick *et al.*, 2016; Reyes-Portillo *et al.*, 2019). La plupart d'entre eux ont donc une compréhension approximative de leurs facteurs de risque, ainsi que des

interventions efficaces pour les prévenir. Par conséquent, ils évitent parfois de travailler avec les personnes vulnérables et à risque suicidaire ou continuent d'utiliser des interventions qui ne sont plus soutenues par les données probantes, comme le contrat de non-suicide (Lane *et al.*, 2010; Mirick *et al.*, 2016). Pour illustrer cela, des chercheurs rapportent assez souvent dans les écrits des plans de sécurité de qualités inégales, voire médiocres et incomplets (Gamarra *et al.*, 2015; Green *et al.*, 2018). En fait, des chercheurs ont remarqué que certains professionnels utilisaient le PSCS avec une attitude de surveillance ou de contrôle, plutôt qu'avec l'attitude de collaboration valorisée par les bonnes pratiques (Kennard *et al.*, 2015; Raymond *et al.*, 2016; Vandewalle *et al.*, 2019). Plus encore, ils notent la quasi-absence de suivi (*follow up*) auprès de la personne après avoir fait un PSCS, ce qui est pourtant un des éléments les plus bénéfiques pour prévenir les conduites suicidaires et prévenir l'aggravation de la crise suicidaire (Boudreaux *et al.*, 2013; Chesin *et al.*, 2017; Currier *et al.*, 2015; Gamarra *et al.*, 2015; Green *et al.*, 2018; Knox *et al.*, 2012; Stanley *et al.*, 2015, 2018). Dans leur conclusion, Gamarra et son équipe (2015) et Ahmedani et collaborateurs (2014), soulèvent le besoin d'améliorer les pratiques cliniques concernant le PSCS chez les professionnels. Malheureusement, peu de transfert des connaissances vers le milieu de pratique existe dans le domaine et peu de formations validées scientifiquement existent actuellement sur le sujet (Mirick *et al.*, 2016).

Certaines formations sur le PSCS sont tout de même répertoriées dans les écrits scientifiques. D'abord, Moscardini et collaborateurs (2020) ont noté que près du trois quarts de leurs participants estimaient ne pas avoir de formation suffisante sur le PSCS. Parmi leurs recommandations pour les futures formations sur le PSCS, ils soulignent de noter les facteurs contributifs et contraignants pouvant affecter la fidélité d'implantation de la formation. Enfin, ils suggèrent de se baser en grande partie sur le protocole manualisé du plan de Stanley et Brown (2008).

En outre, Mirick et collaborateurs (2016) ont offert un entraînement au PSCS à plus de 500 professionnels en santé mentale. Ils ont conclu qu'il avait permis d'améliorer leurs connaissances et leur confiance à intervenir avec une clientèle vulnérable et à risque suicidaire. Cependant, la durée de l'entraînement n'était que de 30 minutes, sur un total de six heures de formation en prévention de suicide. Les auteurs de l'étude conseillent notamment que la formation au PSCS soit adaptée aux spécificités des participants. De plus, ils mentionnent de favoriser un apprentissage plus actif lors de la formation, notamment par le biais d'exercices pratiques. Selon les auteurs, ce genre d'exercice peut aider à diminuer le sentiment de peur et d'anxiété face aux conduites suicidaires et à la crise suicidaire que peuvent parfois ressentir les

professionnels qui interviennent auprès de cette population, ainsi qu'à augmenter la rétention et l'utilisation des apprentissages. En plus d'exercices pratiques, Sher et Labode (2011), ainsi que Fenwick et collaborateurs (2004), conseillent d'effectuer des jeux de rôles et de réaliser un examen de chaque section du plan durant la formation. Ils soulignent enfin la nécessité d'évaluer leur perception d'efficacité, attitudes et habiletés durant les exercices.

Pour sa part, Stanley et son équipe évaluent scientifiquement leur formation auprès de 271 intervenants et concluent que la majorité des intervenants perçoivent l'utilité, l'efficacité et la faisabilité de l'intervention. De plus, ils remarquent que l'utilisation et l'efficacité perçue du PSCS après la formation sont prédites par l'appréciation, le sentiment d'efficacité, l'utilité et la faisabilité que perçoivent les participants avant la formation (Labouliere *et al.*, 2020). Cette étude souligne l'importance d'évaluer les perceptions des participants face aux notions enseignées, et ce, à plusieurs temps de mesure.

Pour leur part, Stewart et collaborateurs (2018) offrent aux États-Unis une formation sur le PSCS de deux heures à 12 professionnels en santé mentale qui travaillent dans un centre de services psychologiques universitaire auprès d'étudiants. Ils rapportent que leur formation permettrait aux participants d'augmenter leur confiance à intervenir en présence de conduites suicidaires. De plus, les participants perçoivent l'intervention comme utile et faisable dans leur milieu de pratique. Il est intéressant de souligner qu'après la formation, deux participants sur trois affirment avoir utilisé le PSCS au moins une fois dans leur milieu de pratique.

Une autre étude a souligné que la compétence des formateurs est particulièrement importante pour les professionnels qui participent à une formation au PSCS. En effet, la qualité des formateurs est associée à une perception plus favorable de l'intervention, ainsi qu'à une plus grande rétention et utilisation des connaissances apprises en milieu de pratique (Cross *et al.*, 2017; Gould *et al.*, 2013; Mirick *et al.*, 2016). Cela souligne l'importance de noter les caractéristiques des formateurs et d'évaluer les perceptions de ces derniers par les participants.

En résumé, la recension des écrits effectuée a permis de sélectionner le PSCS comme intervention brève d'approche comportementale et cognitive pour améliorer les compétences des professionnels francophones en prévention du suicide. Ensuite, la recension des écrits a permis de choisir la formation offerte par Dre Stanley et Dr Brown pour parvenir à améliorer ces compétences. Ce choix s'explique

puisque cette équipe de recherche a popularisé le PSCS sous la forme qu'on le connaît aujourd'hui. Aussi, parce que cette formation comprend la grande majorité des éléments conseillés par les études ayant évalué les formations sur le PSCS. Enfin, parce que les données récentes sur cette formation portent à croire qu'elle est efficace scientifiquement pour transmettre aux professionnels en santé mentale les apprentissages nécessaires à l'établissement de ce genre d'intervention. À notre connaissance, aucune adaptation de la formation n'existe pour l'instant pour les professionnels francophones. Ceux-ci, qui ne reçoivent pas ou très peu de notions sur les conduites suicidaires et la crise suicidaire pendant leur cursus académique, sont donc doublement pénalisés lorsqu'ils arrivent sur le marché du travail.

1.3 Cadre conceptuel

1.3.1 Adaptation de la formation au PSCS de Stanley et Brown

La formation new-yorkaise du Dre Barbara Stanley et Dr Gregory K. Brown a été sélectionnée pour parvenir à améliorer les compétences des professionnels francophones en prévention de suicide. Après avoir suivi la formation, le chercheur principal (OLB) et son directeur de recherche (RL) ont adapté la formation en la traduisant en français, en adaptant le niveau de langue pour un français international, en ajustant le matériel pour qu'elle puisse être donnée en format asynchrone et qu'elle soit adaptée aux professionnels de la santé. Sommairement, cette formation « sur-mesure » est une introduction aux bases du PSCS. Elle se donne en format magistral asynchrone et est d'une durée d'une heure. Elle comprend trois modules théoriques, trois modules pratiques et un exercice pratique. Celle-ci correspond à la première portion d'une formation plus large de deux heures et demie sur la thérapie comportementale et cognitive de la dépression avec ou sans conduites suicidaires, disponible sur la plateforme de formation destinée aux professionnels en santé mentale www.ASADIS.net. Similairement à la formation originale de Stanley et Brown (2020), l'adaptation francophone couvre les connaissances, attitudes et habiletés de base décrites par les bonnes pratiques pour réaliser l'intervention du PSCS. Les prochaines sections visent à présenter la méthode choisie pour évaluer cette formation.

1.3.2 Modèle d'évaluation

On évalue habituellement une formation pour s'assurer qu'elle atteint ses objectifs et pour savoir comment l'améliorer (Kirkpatrick et Kirkpatrick, 2016). Pour ce faire, il s'agit de porter un jugement de valeur sur les composantes qui ont été implantées, ainsi que leurs effets, afin de s'assurer qu'il existe un lien fort entre ces deux éléments (Breton *et al.*, 2001). L'évaluation présentée ici sera de type « recherche

évaluative », c'est-à-dire poser un jugement sur la formation en employant des méthodes scientifiques. La **qualité d'implantation de la formation**, ainsi que ses **effets sur les participants** sont évalués. Les sections suivantes présentent les modèles d'évaluation utilisés.

La **figure 1.4** présente le modèle logique de la formation qui fait l'objet d'une évaluation dans cette recherche. Il présente une synthèse de l'organisation de la formation, de sa forme, de son contenu, ainsi que les résultats instrumentaux et finaux attendus. Comme le proposent Kirkpatrick et Kirkpatrick (2016) et Rossi et collaborateurs (2004), l'évaluation porte d'abord sur la qualité d'implantation de la formation, représentée par la fidélité liée à l'organisation (niveau 1A) et la fidélité liée à la formation (niveau 1B). Elle portera ensuite sur ses effets, évalués par les perceptions (niveau 2A, 2B, 2C et 2D), les apprentissages (niveau 3A, 3B et 3C), les comportements en milieu de pratique (niveau 4A et 4B) et les compétences des intervenants en prévention du suicide à la suite de la formation (niveau 5).

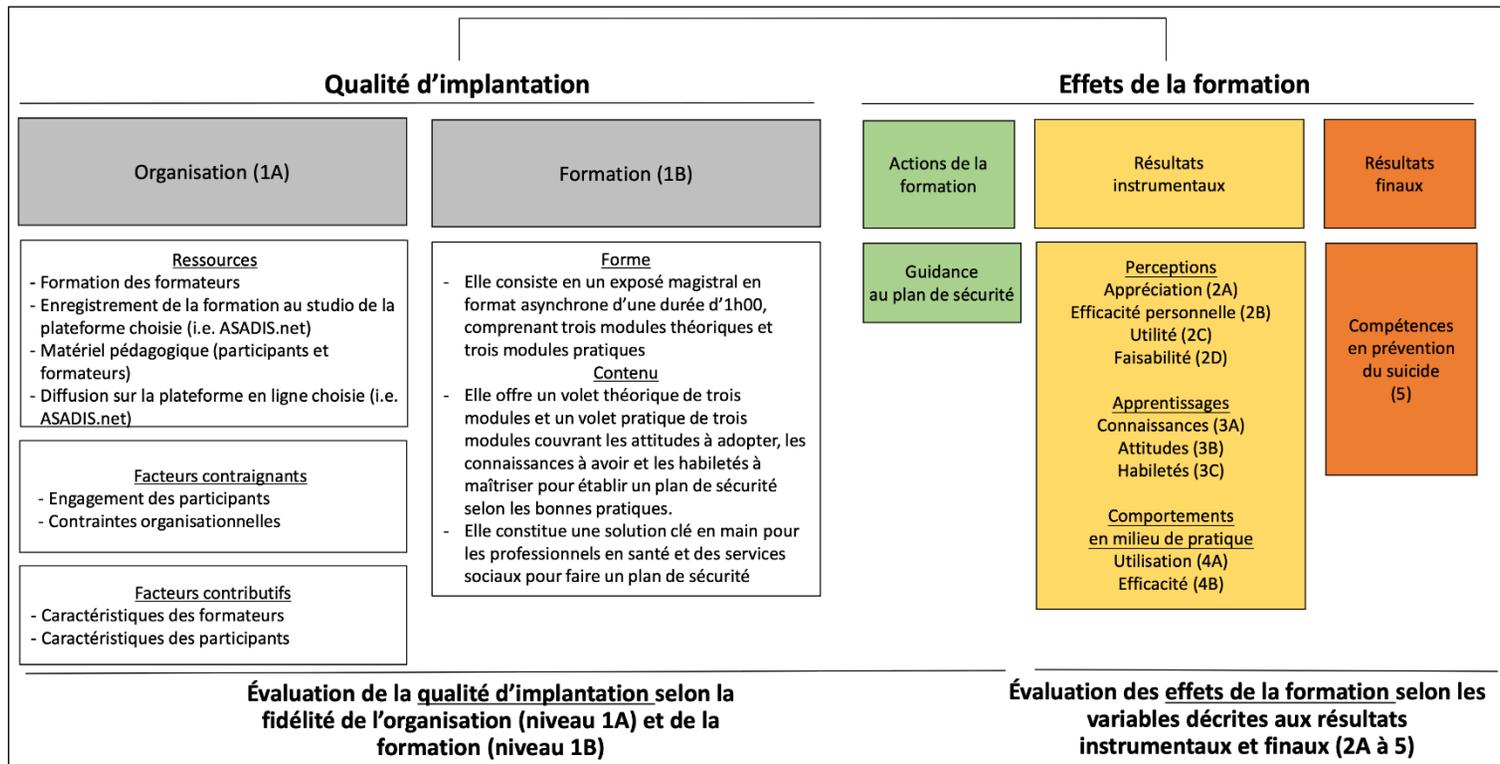
1.3.3 Niveaux d'apprentissage

Kirkpatrick et Kirkpatrick (2016) sont des auteurs influents dans le domaine de l'évaluation des formations destinées aux professionnels. Leur modèle se démarque par la simplicité de leur processus d'évaluation et la flexibilité de leur modèle. Ceux-ci soutiennent qu'il est important d'évaluer les résultats sous plusieurs niveaux, afin de documenter l'ensemble des facteurs pouvant influencer l'atteinte des résultats finaux. En premier lieu, après s'être assuré de la qualité d'implantation (niveau 1A et 1B), les auteurs affirment qu'il est souhaitable que le contenu et la forme de toute formation soient perçus favorablement par les participants (niveau 2). Pour ce niveau, les perceptions des participants sera évaluée selon leur appréciation (niveau 2A), leur sentiment d'efficacité (niveau 2B), ainsi que sur leurs perceptions quant à l'utilité de l'intervention (niveau 2C) et la faisabilité de l'intervention (niveau 2D).

En deuxième lieu, les auteurs affirment qu'il est souhaitable que la formation permette l'apprentissage de nouveaux éléments (niveau 3). Pour ce niveau, les apprentissages sera évalué selon les connaissances (3A), attitudes (3B) et habiletés (3C) de base acquise par les participants.

En troisième lieu, il importe que la formation amène une modification des comportements en milieu pratique (niveau 4). Pour ce niveau, l'utilisation (4A) et l'efficacité (4B) du PSCS dans les milieux de pratique des participants seront évaluées.

Figure 1.4 Modèle logique de l'évaluation



Selon Kirkpatrick et Kirkpatrick (2016), c'est en mesurant les premiers niveaux qu'il est possible de porter un jugement sur l'atteinte des résultats finaux (niveau 5). Ainsi, c'est grâce à la chaîne d'évidence que produit l'évaluation des autres niveaux (niveaux 1 à 4) qu'il sera possible de discuter de l'atteinte ou non des effets visés par la formation (niveau 5). Ici, les résultats finaux visés sont d'améliorer les compétences en prévention du suicide des professionnels-

1.4 Démarche évaluative

1.4.1 Qualité de l'implantation

Niveau 1 – Qualité d'implantation. Comme il est possible de le voir à la **figure 1.4**, une première étape porte sur l'évaluation de la qualité de l'implantation de la formation, soit le degré de conformité aux éléments de l'organisation, ainsi qu'au contenu et à la forme de la formation originale. Pour atteindre les résultats visés, une formation doit premièrement être implantée correctement (Rossi *et al.*, 2004). Il est malheureusement assez fréquent de voir dans les écrits scientifiques des évaluations de formation ayant évalué les effets, et ce, sans documenter son implantation. Pourtant, la façon de mettre en œuvre la formation peut influencer les effets sur les participants (par exemple : manque de compétences des formateurs, manque de ressources, désengagement des participants, contraintes organisationnelles faisant en sorte que les participants ne puissent pas mettre en pratique ce qu'ils ont appris). La qualité d'implantation sera évaluée quantitativement à l'aide d'une grille d'observation. Elle est d'abord évaluée par la **fidélité de l'organisation** (niveau 1A), c'est-à-dire l'intégration des ressources, des facteurs contraignants et des facteurs contributifs inscrits au modèle logique. Ensuite, la qualité d'implantation est évaluée par la **fidélité de la formation** (niveau 1B), c'est-à-dire l'intégration des éléments de la forme et du contenu de la formation originale new-yorkaise de Stanley et Brown. Ces éléments ont été relevés dans la formation suivie par l'équipe de Labelle et Guilé en septembre 2020 (voir **Annexe B**), ainsi que dans l'article de Stanley et collaborateurs (2008), qui énumère les éléments nécessaires pour établir un PSCS. L'évaluation de la qualité d'implantation permet de s'assurer que la formation est implantée comme prévu selon le modèle logique, en plus de fournir des éléments de réponse quant à l'atteinte ou non des résultats instrumentaux et finaux visés (niveau 2 à 5).

1.4.2 Effets de la formation

Une deuxième étape porte sur l'évaluation des effets de la formation sur les participants. Les paragraphes qui suivent décrivent les différentes variables dépendantes qui sont mesurées. Elles correspondent aux

niveaux proposés par Kirkpatrick et Kirkpatrick (2016), ainsi qu’aux recommandations pour une formation au PSCS formulées dans les études recensées. Les effets sont mesurés par des questionnaires et une grille d’observation. Les variables réfèrent d’abord aux perceptions des participants sur le contenu et la forme de la formation (niveaux 2A, 2B, 2C et 2D), puis aux éléments de base compilés par notre équipe relativement à ce qu’un professionnel en santé mentale devrait connaître et maîtriser pour établir un PSCS selon la méthode de Stanley et Brown (niveaux 3A, 3B, 3C et 4A, 4B). C’est en mesurant ces effets instrumentaux qu’un jugement sur l’atteinte des résultats finaux est possible (niveau 5). Grâce à la chaîne d’évidence produite par l’évaluation de l’implantation, des perceptions, ainsi que l’atteinte des éléments nécessaires pour établir un PSCS, il est en effet possible d’estimer si la formation a atteint les résultats finaux, soit d’améliorer les compétences des intervenants en prévention du suicide. Les paragraphes suivants décrivent en détail les différentes variables dépendantes évaluées pour documenter les effets de la formation.

Niveau 2 – Perceptions des participants sur le contenu et la forme de la formation. Cette variable est évaluée quantitativement sur les quatre éléments suivants : l’**appréciation** de la formation (niveau 2A), le **sentiment d’efficacité** (niveau 2B), l’**utilité du PSCS** (niveau 2C) et la **faisabilité du PSCS** (niveau 2D). Ces éléments sont ceux ayant été évalués lors de l’évaluation scientifique de la formation originale anglophone au PSCS (Labouliere *et al.*, 2020). Les perceptions sont évaluées qualitativement et quantitativement.

Niveau 3A – Apprentissages – Connaissances. Une **connaissance** est le fait de comprendre les caractéristiques de quelque chose (Gendreau, 2009). Une évaluation quantitative des connaissances acquises est réalisée afin d’estimer si celles-ci se sont améliorées après la formation. Elles comprennent les notions théoriques importantes relatives au PSCS, telles que décrites dans les articles et la formation de Stanley et collaborateurs (Gamarra *et al.*, 2015; Labouliere *et al.*, 2020; Stanley et Brown, 2020; Stanley et Brown, 2012). Les questions de type : quoi, pourquoi, quand, où et comment ont guidé l’élaboration des connaissances nécessaires à évaluer chez les participants (voir **tableau 1.1**). Elles correspondent aux connaissances nécessaires à l’élaboration d’un PSCS abordées durant la formation. Les connaissances sont évaluées quantitativement.

Tableau 1.1 Connaissances nécessaires à l'élaboration d'un plan de sécurité pour conduites suicidaires

Questions	Connaissances nécessaires
Quoi?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Notion de conduites suicidaires 2. Trouble des conduites suicidaires et lésions auto-infligées 3. Types de conduites suicidaires 4. Explication du plan de sécurité pour conduites suicidaires 5. Trois états en psychologie (équilibre, vulnérabilité et crise) 6. Notion de crise suicidaire 7. Notion de facteurs de risque et facteurs de protection 8. Modèle de stress-diathèse des conduites suicidaires 9. Mise en garde du plan de sécurité 10. Différencier le plan de sécurité du contrat de non-suicide 11. Notion de signes avant-coureurs 12. Notion de stratégies d'adaptation 13. Notion de sécurisation du milieu
Pourquoi?	<ol style="list-style-type: none"> 14. Plan de sécurité comme moyen de prévenir le suicide
Quand et où?	<ol style="list-style-type: none"> 15. Intervention brève ou en thérapie comportementale et cognitive
Comment?	<ol style="list-style-type: none"> 16. Six sections du formulaire du plan de sécurité 17. Protocole en huit étapes pour établir un plan de sécurité 18. Éléments à faire avant d'établir un plan de sécurité 19. Personnalisation du plan de sécurité 20. Éléments à faire après avoir établi un plan de sécurité 21. Attitude collaborative

Niveau 3B – Apprentissages – Attitudes. Une **attitude** est une manière d'être se manifestant par un comportement verbal et non verbal (Gendreau, 2009). Une évaluation quantitative des attitudes de base nécessaires pour faire un PSCS est réalisée. L'attitude choisie pour cette formation aux bases du PSCS est celle préconisée par Stanley et collaborateurs (2008, 2012) et empruntée à (Jobes, 2016), soit une attitude de collaboration entre l'intervenant et la personne auprès de qui il intervient. Elle se manifeste par l'expression d'empathie, par les nombreux échanges et par la considération du point de vue de ce dernier. De plus, il est conseillé que les deux parties soient assises côte à côte, se concentrent sur la tâche d'établir le PSCS et utilisent la résolution de problèmes si des obstacles sont rencontrés. La présence de l'attitude de collaboration est évaluée quantitativement.

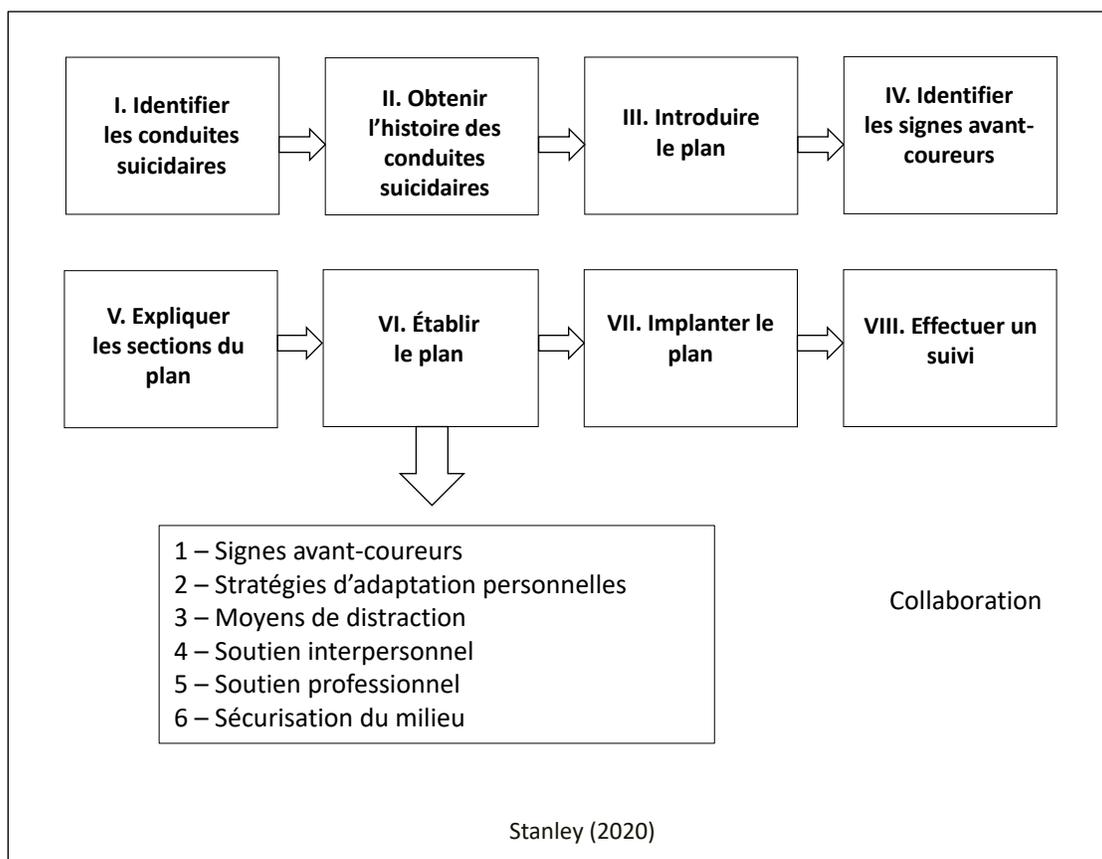
Niveau 3C – Apprentissages – Habiletés. Une **habileté** est une qualité qui rend apte à réussir l’entreprise d’une activité avec un minimum de ressources et d’efforts (Gendreau, 2009). Huit habiletés de base sont mentionnées dans la formation de Stanley et Brown (2020) pour établir un PSCS selon les bonnes pratiques. Elles correspondent à un protocole en huit étapes (voir figure 1.5) que doit suivre le professionnel en santé mentale lorsqu’il établit ce genre d’intervention (Stanley et Brown, 2020). La séquence est d’identifier les conduites suicidaires, d’obtenir l’histoire des conduites suicidaires, d’introduire le PSCS, d’identifier les signes avant-coureurs, d’expliquer les six sections du PSCS, d’établir le PSCS, d’implanter le PSCS et enfin d’effectuer un suivi. Pour une description détaillée de ces dernières, consultez l’**Annexe E**. Chacune des huit habiletés (ou étapes du protocole) est enseignée dans la formation et leur présence est évaluée quantitativement.

Pour l’évaluation des attitudes et des habiletés, elles sont déduites à partir du narratif écrit par les participants durant l’exercice pratique de la formation. En effet, il est demandé aux participants de répondre comme s’ils intervenaient empiriquement face à une situation semblable à la vignette clinique de l’exercice. Une grille évalue ensuite la présence de chacune des attitudes et des habiletés dans la réponse du participant.

Niveau 4 – Comportements en milieu de pratique. Dans un contexte professionnel, un **comportement** représente la manière de faire les choses en milieu de travail (Kirkpatrick et Kirkpatrick, 2016). Une évaluation quantitative des comportements des participants est réalisée selon les éléments suivants proposés par Laboulière et collaborateurs (2020), soit l’**utilisation du PSCS dans le milieu de pratique** (niveau 4A) et l’**efficacité perçue du PSCS dans le milieu de pratique**.

Niveau 5 – Compétences en prévention du suicide. Une **compétence** est un ensemble d’habiletés acquises grâce à l’assimilation de connaissances théoriques et pratiques pertinentes (Gendreau, 2009). Ici, elles correspondent aux compétences en prévention du suicide. Elles représentent le résultat final visé par la formation, étant donné le manque important de formation dans ce domaine chez les professionnels francophones. Comme l’affirment Kirkpatrick et Kirkpatrick (2016), pour évaluer ce niveau, la chaîne d’évidence produite par les autres niveaux permet de poser un jugement sur cette variable et donc sur l’atteinte des résultats finaux visés.

Figure 1.5 Protocole pour établir un plan de sécurité pour conduites suicidaires



1.4.3 Questions de recherche

Deux **objectifs** sont poursuivis dans le cadre de cette étude. Le premier vise à évaluer la qualité d'implantation de la formation selon la fidélité liée à l'organisation (niveau 1A) et la fidélité liée à la formation originale new-yorkaise de Stanley et Brown (niveau 1B). Le second vise à évaluer les effets de la formation sur l'appréciation de la formation (niveau 2A), le sentiment d'efficacité (niveau 2B), l'utilité du PSCS (niveau 2C), la faisabilité du PSCS (niveau 2D), les connaissances (niveau 3A), les attitudes (niveau 3B), les habiletés (niveau 3C), l'utilisation du PSCS dans le milieu de pratique (niveau 4A), l'efficacité du PSCS dans le milieu de pratique (niveau 4B) et les compétences en prévention du suicide (niveau 5) des participants de la formation. Plus précisément cinq questions de recherche sont posées :

Question 1 - Niveaux 1A et 1B

La formation est-elle fidèle aux éléments de l'organisation et de la formation originale inscrits dans le modèle logique?

Question 2 - Niveaux 2A, 2B, 2C et 2D

Après la formation, la majorité des participants a-t-elle perçu positivement la formation et le PSCS?

Question 3 - Niveaux 3A, 3B et 3C

Après la formation, les participants ont-ils acquis les bases du PSCS?

Question 4 - Niveaux 4A et 4B

Après la formation, la majorité des participants a-t-elle utilisé le PSCS dans son milieu de pratique et l'ont trouvé efficace?

Question 5 - Niveau 5

Après la formation, la majorité des participants a-t-elle amélioré ses compétences en prévention du suicide?

CHAPITRE 2

MÉTHODE

Ce deuxième chapitre aborde la méthode utilisée pour évaluer cette formation. Pour ce faire, cette section présente : 1) le plan de recherche, 2) les participants et la procédure, 3) l'adaptation de la formation, 4) les instruments de mesure, 5) le déroulement de l'expérimentation, et 6) la méthode d'analyse des données.

2.1 Plan de recherche

Cette étude adopte un plan de recherche non expérimental à groupe unique avec devis mixte, où des données quantitatives sont récoltées et analysées afin d'évaluer la qualité de l'implantation de la formation, ainsi que ses effets sur les participants (Corbière et Larivière, 2020). Comme il est possible de le constater au **tableau 2.1**, trois temps de mesure sont retenus, soit avant la formation (T_1), après la formation (T_2), ainsi qu'un mois après (T_3). Des données qualitatives sont également recueillies pour ajouter des informations sur les perceptions des participants et pour éclaircir les données quantitatives au besoin.

Tableau 2.1 Chronologie des mesures

Temps	Formation	Temps	Temps
T_1	X	T_2	T_3

Note. X = Formation au plan de sécurité pour conduites suicidaires

2.2 Participants et procédure

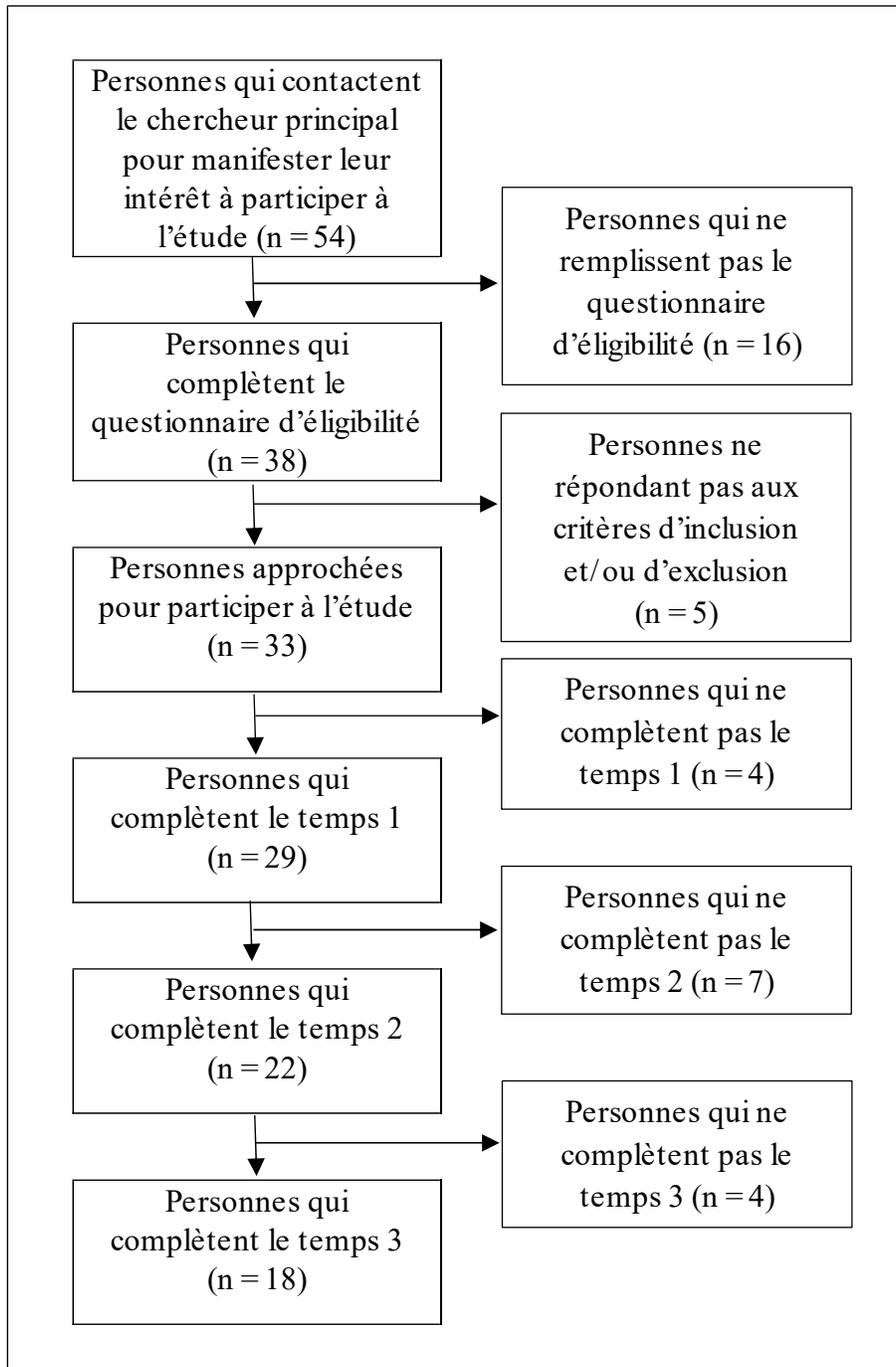
Pour sélectionner les participants, des critères d'inclusion et d'exclusion sont établis. Les critères d'inclusion sont : 1) être membre et avoir un permis d'un ordre professionnel en santé mentale, et 2) avoir une expérience auprès d'une clientèle vulnérable et à risque suicidaire. Le seul critère d'exclusion demeure ne pas maîtriser la langue française. Un échantillon de convenance est formé avec les premiers participants

qui remplissent le questionnaire d'éligibilité et qui satisfont les critères d'inclusion. Une description de la procédure de la sélection des participants se retrouve à la **figure 2.1**.

Pour recruter les participants, une annonce est affichée sur le site web de la plateforme choisie pour diffuser la formation (www.ASADIS.net). Au total, 54 personnes contactent le chercheur principal pour manifester leur intérêt à participer à l'étude. Ils reçoivent alors le questionnaire d'éligibilité. De ce nombre, 38 personnes remplissent le questionnaire et 16 ne le remplissent pas et sont automatiquement exclues. Parmi celles ayant rempli le questionnaire, 33 satisfont les critères d'inclusion et d'exclusion et 5 ne les satisfont pas et sont exclues. Les participants reçoivent ensuite le lien pour les premiers questionnaires. Parmi les 33 personnes approchées pour participer à l'étude, 29 remplissent le premier temps de mesure et reçoivent le lien pour les questionnaires suivants, ainsi qu'un accès sécurisé à la plateforme de formation. Au total, 22 personnes remplissent le deuxième temps de mesure. Enfin, au suivi un mois après, les participants reçoivent les derniers questionnaires et 18 personnes remplissent le troisième et dernier temps de mesure. Seuls les participants s'étant engagés à participer aux trois temps de mesure sont retenus. Le taux d'attrition se situe à près de 45 %.

Les participants ont effectué le temps 1 (avant la formation) dans la période du 25 décembre 2021 au 19 janvier 2022, le temps 2 (tout de suite après la formation) du 23 janvier 2022 au 7 mars 2022 et le temps 3 (suivi un mois après la formation) du 27 février 2022 au 9 avril 2022. Le temps pour remplir le questionnaire du temps 1 est en moyenne de 33,33 minutes ($\acute{E}T = 31,22$), 78,80 minutes pour le temps 2 ($\acute{E}T = 61,23$) et 48,73 minutes pour le temps 3 ($\acute{E}T = 37,66$). Le temps moyen est de 30,22 jours entre le temps 1 et le temps 2 ($\acute{E}T = 13,61$) et 37,72 jours entre le temps 2 et 3 ($\acute{E}T = 6,60$). En guise de compensation, un accès gratuit pour une durée d'un an pour la formation intitulée « La thérapie comportementale et cognitive de la dépression avec ou sans conduites suicidaires » sur la plateforme de formation (www.ASADIS.net; Labelle et Bourdon, 2021) leur a été offert. Notons que l'évaluation

Figure 2.1 Analyse de la sélection des participants



présentée dans cet essai doctoral représente la portion d’une heure reliée au PSCS dans cette formation plus large de 2h30. Mentionnons que tous les participants ont choisi de visionner l’entièreté de la formation, bien que la recherche concernait seulement la portion sur le PSCS. Le **tableau 2.2** présente les caractéristiques des 18 participants qui ont rempli les trois temps de mesure. Une brève description est

Tableau 2.2 Caractéristiques des participants

Caractéristiques	Fréquence et pourcentage		Caractéristiques	Fréquence et pourcentage	
	<i>n</i>	%		<i>n</i>	%
Sexe			Étude complétée		
<i>Féminin</i>	18	100	<i>Maîtrise</i>	10	55,56
<i>Masculin</i>	0	0	<i>Doctorat</i>	5	27,78
			<i>Baccalauréat</i>	3	16,67
Statut matrimonial			Occupation principale		
<i>Marié</i>	7	38,89	<i>Psychologues/psychothérapeutes</i>	17	94,44
<i>Célibataire</i>	5	27,78	<i>Autre (sexologue)</i>	1	5,56
<i>Conjoint de fait</i>	4	22,22	Milieu de pratique		
<i>Uni civilement</i>	1	5,56	<i>Public</i>	8	44,44
<i>Divorcé</i>	1	5,56	<i>Privé</i>	7	38,89
Pays de résidence			<i>Mixte</i>	3	16,67
<i>Canada</i>	11	61,11			
<i>France</i>	5	27,78			
<i>Belgique</i>	1	5,56			
<i>Suisse</i>	1	5,56			

présentée ici. D'abord, les participants sont âgés de 28 à 71 ans ($X = 43,5$ ans; $ÉT = 11,95$). Ensuite, ils sont tous de sexe féminin. Par ailleurs, ils sont majoritairement mariés ($n = 7$) ou célibataires ($n = 5$). Plusieurs vivent au Canada ($n = 11$) et leur dernier niveau d'étude complété est en majorité le deuxième cycle universitaire (maîtrise; $n = 10$). La plupart sont psychologues ou psychothérapeutes ($n = 17$). Notons que le titre de psychothérapeute est réservé à un professionnel en santé mentale qui pratique la psychothérapie, à la suite de l'octroi d'un permis par une organisation professionnelle. Par exemple, au Québec, il faut minimalement être membre d'un des ordres professionnels reconnus, détenir une maîtrise dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, avoir suivi 765 heures de formation théorique universitaire en psychothérapie et avoir suivi 600 heures de stages en psychothérapie (OPQ, 2020). Enfin, un bon nombre de participants pratique dans un milieu public ($n = 8$), soit dans le secteur

scolaire, de la santé ou de la protection de la jeunesse. Les autres travaillent en cabinet privé (n = 7) ou dans le public et privé conjointement (n = 3).

2.3 Adaptation de la formation

Formation originale anglophone de Stanley et Brown. Une description de la formation originale est incluse à l'**Annexe B**. Sommairement, elle correspond à un exposé magistral en ligne d'une durée de 1h30 en format synchrone. La formation est dispensée par la Dre Barbara Stanley. Celle-ci présente les bases du PSCS ainsi que le protocole en huit étapes ou habiletés. Elle partage aussi des exemples tirés de sa pratique clinique, répond aux questions des participants, fournit une copie de la présentation et propose des lectures pour aller plus loin. Mentionnons que Dre Stanley présente le PSCS comme une intervention brève pouvant diminuer le risque de suicide et enseigne cette dernière dans un contexte d'urgence à l'hôpital. Elle aborde donc les attitudes et habiletés de base pour réaliser cette intervention dans un contexte où l'intervenant n'a pas beaucoup de temps avec la personne vulnérable et à risque.

Formation adaptée francophone de Bourdon et Labelle. Une description est incluse à l'**Annexe C**. Le format est un exposé magistral en ligne d'une durée de 1h00 en format asynchrone. La formation comprend trois modules théoriques et trois modules pratiques. Les participants reçoivent un accès pour une formation de 2h30 intitulée *La thérapie comportementale et cognitive de la dépression avec ou sans conduites suicidaires*, accessible via la plateforme de formation www.ASADIS.net. Ils ont le choix entre visionner l'entièreté de la formation, ou seulement la portion d'une heure sur le PSCS, soit l'objet de cet essai doctoral. La formation est accréditée auprès de l'*Ordre des Psychologues du Québec*, la *Canadian Psychological Association* et l'*Association canadienne de counseling et de psychothérapie* et peut donc faire partie des heures de formation continue obligatoire des professionnels. Elle est donnée par deux formateurs. Il s'agit du chercheur principal de cette étude (OLB), ainsi que son directeur de recherche (RL), qui ont été formés par Dre Stanley en septembre 2020. En plus d'animer la formation, ces derniers ont adapté la formation. Telle que la formation originale, la formation francophone consiste en une introduction aux bases du PSCS. Elle couvre les connaissances, attitudes et habiletés de base pour que les participants soient en mesure d'établir ce type d'intervention selon les bonnes pratiques. Le matériel fourni aux formateurs et aux participants est une copie de la présentation de la formation et des suggestions de lectures pour aller plus loin dans la matière. Le matériel est adapté du programme de Stanley et Brown (2020) avec leur accord. Le *public cible* est le professionnel en santé mentale qui travaille

avec une clientèle vulnérable et à risque suicidaire. Mentionnons que contrairement à ceux qui travaillent à l'urgence de l'hôpital, ces derniers ont généralement plus de temps pour faire une intervention avec une personne vulnérable et à risque.

En résumé, l'adaptation pour les professionnels francophones se distingue par certains éléments. D'abord, son format est asynchrone, afin de rendre la formation plus pérenne et faciliter la participation des professionnels dans un contexte où le visionnement à leur convenance est plus facile. Ensuite, après avoir traduit le matériel de la formation originale, des diapositives trop avancées ou peu nécessaires sont retirées (sept sur un total de quarante-sept dans la formation originale). Aussi, des explications sont ajoutées, notamment sur la crise suicidaire et l'identification des conduites suicidaires. Enfin, au lieu de partager des exemples cliniques comme la formation originale, un exercice pratique avec une vignette clinique est inclus. Cela permet aux participants d'appliquer les connaissances apprises, afin de potentiellement augmenter leur rétention des apprentissages. En outre, cela peut faciliter le changement des comportements et encourager l'utilisation du PSCS dans le milieu de pratique des participants.

2.4 Instruments de mesure

Le **tableau 2.3** montre chacune des variables selon le temps de passation et l'instrument de mesure. Les instruments de mesure se trouvent aux **Annexes D** et **E**.

Questionnaire de renseignements généraux et professionnels. Afin d'obtenir des renseignements sur les participants, un questionnaire est adapté de *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada (2023)*. Les variables suivantes ont été jugées pertinentes pour la présente étude : 1) l'âge des participants, 2) la langue parlée, 3) le pays de résidence, 4) le sexe, 5) le statut matrimonial, 6) le dernier niveau d'étude complété, (7) l'occupation principale, 8) le nombre d'heures hebdomadaires en clinique, et 10) les expériences comme professionnels en santé mentale.

Grille sur la qualité d'implantation – Fidélité liée à l'organisation et fidélité liée à la formation. Afin d'évaluer la qualité d'implantation de la formation, une grille est conçue par le chercheur principal et son directeur de recherche pour évaluer quantitativement la fidélité liée à l'organisation prévue dans le modèle logique (niveau 1A) et la fidélité liée aux éléments de la formation originale de Stanley et Brown (niveau 1B). Ces éléments sont ceux recensés dans la formation suivie par notre équipe en septembre (Stanley et Brown, 2020; voir **Annexe B**), ainsi que ceux décrits dans les articles de Stanley et collaborateurs

(2008, 2012) et celui de Labouliere et collaborateurs (2020). Le format de la grille est basé sur les grilles de Janelle (2014). La présence de chaque item vaut 1 point sur un total de 19 points. La grille de fidélité est codifiée par un évaluateur indépendant qui visionne l'enregistrement de la formation et analyse le matériel pédagogique.

Tableau 2.3 Niveaux, temps de mesure et instruments de mesure

Niveau	<i>Prétest</i>	<i>Post-test</i>	<i>Suivi (1m)</i>
	<i>T₁</i>	<i>T₂</i>	<i>T₃</i>
1. Mesures de qualité d'implantation ^a			
Grille sur la fidélité de l'organisation : Niveau 1A		X	
Grille sur la fidélité de la formation : Niveau 1B		X	
2. Mesures des effets			
LTSI ^a et questionnaire sur l'appréciation de la formation : Niveau 2A		X	X
LTSI sur le sentiment d'efficacité : Niveau 2B	X	X	X
LTSI sur l'utilité de l'intervention : Niveau 2C		X	X
LTSI sur la faisabilité de l'intervention : Niveau 2D		X	X
Questionnaires sur les connaissances : Niveau 3A	X	X	X
Grilles sur les attitudes et les habiletés : Niveaux 3B et 3C		X	
LTSI sur l'utilisation de l'intervention : Niveau 4A	X	X	X
LTSI sur l'efficacité de l'intervention : Niveau 4B	X	X	X

^a LTSI : Learning Transfer System Inventory

Questionnaire sur les effets – Perceptions. Learning Transfer System Inventory (LTSI). La première partie du questionnaire de Labouliere et collaborateurs (2020) est adaptée pour la présente étude afin d'évaluer quantitativement les effets de la formation sur les perceptions des participants. Les perceptions sont évaluées selon quatre sous-niveaux : l'appréciation de la formation (niveau 2A; p. ex. *Les vignettes et exemples utilisés en formation sont similaires à celles que je rencontrerai dans ma pratique*), le sentiment d'efficacité (niveau 2B; p. ex. *Je me sens maintenant bien préparé pour établir un PSCS*); l'utilité du PSCS (niveau 2C; p. ex. *Le PSCS sera utile pour prévenir les conduites suicidaires et la crise suicidaire*) et la faisabilité du PSCS perçue (niveau 2D; p. ex. *Je perçois que les ressources dont j'ai besoin pour établir des plans de sécurité sont à ma disposition*). Il s'agit d'un questionnaire de 19 questions fermées avec un espace prévu pour les commentaires. Les questions sont évaluées à l'aide d'une échelle de type *Likert* à quatre points, de 1 (pas du tout en accord) à 4 (tout à fait en accord) et un espace est prévu pour détailler sa réponse. Le total est sur 76 points. Labouliere et collaborateurs (2020) ont effectué une analyse factorielle exploratoire de l'axe principal avec une rotation oblique avec normalisation de Kaiser (*exploratory principal axis factor analysis with oblique rotation, oblimin with Kaiser normalization*). Celle-ci a confirmé l'existence des quatre facteurs chez 271 intervenants d'un centre de crise psychosociale. De plus, les poids de saturation de chaque item démontrent une bonne cohérence interne avec leurs facteurs (appréciation : $\alpha = 0,80$, sentiment d'efficacité: $\alpha = 0,84$, utilité: $\alpha = 0,71$ et faisabilité : $\alpha = 0,85$; voir le tableau 1 de l'article pour les poids de saturation de chaque item). Des données qualitatives sont aussi recueillies par un questionnaire de commentaires généraux. Ce dernier comprend les questions suivantes : qu'est-ce que les participants ont le plus aimé et le moins aimé de la formation, ainsi que leurs suggestions pour améliorer la formation. Ces questions permettront d'éclairer les données quantitatives et d'obtenir plus de détails sur les perceptions des participants en vue d'optimiser la formation.

Questionnaires sur les effets – Apprentissages – Connaissances. Pour évaluer quantitativement l'amélioration des connaissances (niveau 3A) entre les différents temps de mesure, un questionnaire de 21 questions fermées avec un espace prévu pour les commentaires est construit par le chercheur principal à la suite d'une recension des écrits sur les connaissances que doivent posséder les participants concernant les conduites suicidaires, la crise suicidaire et l'intervention du PSCS. Les questions sont évaluées à l'aide d'une échelle de type *Likert* à quatre points, de 1 (pas du tout) à 4 (beaucoup) et un espace est prévu pour détailler sa réponse. Le total est sur 84 points. Le questionnaire est administré aux trois temps de mesure.

Grille sur les effets – Apprentissages – Attitudes et Habilités. Afin d'évaluer quantitativement les effets sur les attitudes (niveau 3B) et les habiletés (niveau 3C) requises chez un professionnel pour établir un PSCS, une grille est conçue par le chercheur principal et son directeur de recherche. Leur présence est déduite dans le narratif écrit par les participants durant l'exercice pratique de la formation. En effet, il est tenu pour acquis que les participants répondent comme ils interviennent empiriquement face à une situation semblable à la vignette clinique de l'exercice. La grille est inspirée de Gamarra et collaborateurs (2015) qui évaluent aussi dans leur étude les attitudes et les habiletés. Comme la grille originale, les attitudes et les habiletés sont dichotomisées en présence ou absence. Pour être notée comme présente, une preuve explicite de l'élément doit être observée dans la réponse à l'exercice pratique du participant. Pour opérationnaliser les habiletés, les explications de Stanley et collaborateurs dans leurs articles (2008, 2012), ainsi que dans leur formation sont utilisées et mises dans la grille (voir **Annexe D**). L'évaluation de la première habileté, soit le dépistage du risque suicidaire, a fait l'objet d'un changement, car il était nommé, mais pas expliqué dans la formation originale. Pour ce faire, le questionnaire de trois questions *Patient Safety Screener* (Boudreaux *et al.*, 2013) a été sélectionné parce qu'il est adapté au contexte des professionnels en santé mentale. De plus, ces questions ont obtenu une validité concomitante de passable à excellente avec celles du *Beck Scale for Suicide Ideation* (Kappa de Cohen de 0,61 à 0,95; Boudreaux *et al.*, 2015).

Ensuite, pour opérationnaliser les attitudes, les explications de « l'attitude de collaboration » de Comtois et son équipe (2011), Jobes (2012, 2016) et Stanley et Brown (2012) sont utilisées. Le total des attitudes est sur 1 point, le total des habiletés est sur 13 points et le total général est sur 14 points. Le chercheur principal et son directeur de recherche codifient les grilles en analysant les réponses à l'exercice pratique réalisé par les participants après avoir visionné la formation.

Questionnaires sur les effets – Comportements en milieu pratique. Learning Transfer System Inventory (LTSI). La deuxième partie du questionnaire de Labouliere et collaborateurs (2020) est adaptée pour la présente étude, afin d'évaluer le changement de comportements des participants dans leur milieu de pratique selon deux facteurs : 1) l'utilisation du PSCS (niveau 4A; p. ex. *J'ai utilisé le PSCS dans mon milieu de pratique*) et 2) l'efficacité perçue du PSCS (niveau 4B; p. ex. *Le PSCS a été efficace dans mon milieu de pratique*). Le format des questions est le même que la première partie évaluant les perceptions des participants. Les différents facteurs ont obtenu une bonne cohérence interne (0,74 à 0,79) lors d'une étude

auprès de 271 intervenants d'un centre de crise (Labouliere *et al.*, 2020). Le questionnaire est administré aux trois temps de mesure.

Questionnaires sur les effets – Compétences en prévention du suicide. L'évaluation quant à l'atteinte du résultat final, soit d'améliorer les compétences en prévention du suicide des professionnels (niveau 5), est réalisée grâce à la chaîne d'évidence produite par l'évaluation des autres niveaux.

2.5 Déroulement de l'expérimentation

L'expérimentation se déroule de l'automne 2021 à l'hiver 2022. Les étapes suivantes ont été suivies.

Étape 1. La formation est enregistrée aux studios de la plateforme choisie (c.-à-d. www.ASADIS.net). ASADIS s'occupe de l'accréditation auprès des associations et ordres professionnels pertinents. Ces derniers vérifient le descriptif détaillé de l'activité présenté sous forme de plan de cours, afin de s'assurer que le contenu soit pertinent à l'exercice de la psychothérapie et reconnu professionnellement et scientifiquement. Ensuite, ils s'assurent que les formateurs soient de qualité en examinant leur curriculum vitae.

Étape 2. La formation est annoncée sur les réseaux sociaux et le site web de la plateforme, ainsi que dans l'infolettre du laboratoire d'attache du chercheur principal. Lors de cette annonce, il est mentionné que :

Le Laboratoire d'étude sur les troubles de l'humeur de l'UQAM réalise présentement une étude pour évaluer une formation sur le plan de sécurité pour conduites suicidaires. Le but de cette étude est d'évaluer votre satisfaction et vos apprentissages, afin d'optimiser la formation pour les professionnels en santé mentale. Cette recherche est effectuée en ligne. L'étude se déroulera pendant l'hiver 2022.

Votre participation consistera : 1) à visionner la formation sur le plan de sécurité dans un délai d'un mois (deuxième portion de la formation sur la TCC de la dépression avec ou sans conduites suicidaires annoncée sur la plateforme ASADIS, d'une durée d'environ 1h00); 2) à répondre à des questionnaires en ligne avant et après la formation, ainsi qu'un mois après (environ 30 à 45 minutes chaque fois). Tout cela demeurera confidentiel.

Bien que cette recherche porte sur le plan de sécurité pour conduites suicidaires, l'entièreté de la formation ayant pour titre La thérapie comportementale et cognitive de la dépression avec ou sans conduites suicidaires vous sera offerte gratuitement en guise de compensation.

Étape 3. Une fois que le chercheur principal reçoit par courriel les noms des personnes intéressées, il leur envoie le questionnaire d'éligibilité avec un lien *LimeSurvey*, afin de vérifier s'ils répondent aux critères d'inclusion.

Bonjour, merci d'avoir manifesté de l'intérêt pour participer à cette recherche. Nous sommes très enthousiastes à l'idée de pouvoir vous compter comme participant. Le laboratoire d'étude sur les troubles de l'humeur de l'UQAM réalise présentement une étude pour évaluer une formation sur le plan de sécurité pour conduites suicidaires. Merci de le compléter d'ici lundi le 13 décembre 2021. Nous vous contacterons dans la semaine suivante la complétion de ce court questionnaire. Voici un lien avec quelques questions pour vérifier votre éligibilité : <https://sondage.uqam.ca/959856?lang=fr>

Étape 4. Les participants répondant aux critères d'inclusion reçoivent un lien *LimeSurvey* contenant le formulaire de consentement et le formulaire d'engagement concernant la complétion de tous les temps de mesure. Ils sont invités à poser leurs questions en envoyant un courriel au chercheur principal si nécessaire.

Étape 5. Les participants qui acceptent et signent les formulaires reçoivent un lien *LimeSurvey* pour le questionnaire avant la formation (temps 1). Si ceux-ci ne signent pas l'un ou l'autre des formulaires, une fenêtre automatique apparaît, mentionnant qu'ils ne peuvent pas continuer.

Étape 6. Une fois ce premier questionnaire complété, les participants écrivent un courriel au chercheur principal et reçoivent le questionnaire à remplir après la formation (temps 2), ainsi que leur accès sécurisé sur la plateforme.

Étapes 7. Un mois après le temps 2, les participants reçoivent par courriel de nouveau un lien *LimeSurvey*, qui contient le questionnaire de suivi (temps 3).

Étape 8. Après l'expérimentation, un évaluateur indépendant codifie la grille de fidélité. De leur côté, le chercheur principal et son directeur analysent les données qualitatives et codifient la grille d'attitudes et d'habiletés en analysant l'exercice pratique effectué par les participants après la formation. À ce sujet, ils se seront pratiqués en remplissant quelques grilles formatives avant de procéder à la codification sommative, comme le font les auteurs de la grille de Gamarra et collaborateurs (2015).

2.6 Analyse des données

Les analyses statistiques sont réalisées seulement auprès des 18 participants ayant complété les trois temps de mesure. Le logiciel IBM SPSS Statistics (version 28) est utilisé pour l'analyse des données.

2.6.1 Analyses préliminaires

Dans un premier temps, le profil des participants est obtenu à l'aide de statistiques descriptives, dans le but de décrire les caractéristiques de l'échantillon obtenu (voir **tableau 2.2**).

2.6.2 Analyses descriptives

Dans un deuxième temps, les réponses aux niveaux 1A, 1B, 2A, 2B, 2C, 2D, 3B, 3C, 4A et 4B font l'objet d'analyses descriptives (moyennes et écarts-types) pour répondre aux questions de recherche.

2.6.3 Comparaisons de moyennes

Dans un troisième temps, pour les niveaux 2A, 2B, 2C, 2D et 3A qui nécessitent d'effectuer une analyse de la variance (ANOVA), le respect du postulat de normalité est vérifié. Pour ce faire, une observation visuelle de l'histogramme et une analyse des coefficients d'asymétrie et d'aplatissement sont effectuées et les cas extrêmes sont examinés. Si le postulat de normalité des distributions est respecté, cela indique qu'il est possible de procéder. Dans un quatrième temps, le test de Mauchly (Field, 2017) est effectué pour vérifier le respect du postulat de sphéricité pour les variables mesurées sur trois temps de mesure. Dans un cinquième temps, une ANOVA à mesures répétées est réalisée pour évaluer le changement des participants par rapport à leurs perceptions (niveaux 2A, 2B, 2C et 2D), ainsi que leurs connaissances (niveau 3A).

2.6.4 Analyses supplémentaires

Dans un sixième temps, si une différence significative est observée dans les ANOVA à mesures répétées, des tests post hoc avec une correction de Bonferroni sont effectuées, afin de voir où se situe la différence. De plus, les tailles d'effet sont rapportées. Ceci permet de fournir des informations supplémentaires pour améliorer la formation.

2.6.5 Analyses qualitatives

Dans un dernier temps, un questionnaire de commentaires généraux est donné aux participants après la formation, afin d'obtenir plus de détails sur leurs perceptions de la formation. Il comprend les questions suivantes : qu'est-ce que les participants ont le plus aimé et le moins aimé de la formation, ainsi que leurs suggestions pour améliorer la formation. Les commentaires font l'objet d'une analyse thématique de contenu. Celle-ci permet de faire sens d'une grande quantité de données textuelles (Vaismoradi *et al.*, 2013). Il s'agit de diviser le contenu en petites unités pour une analyse descriptive, dans le but de faciliter l'exploration des réponses des participants. La première étape consiste à identifier tous les mots clés qui émergent des réponses (p. ex. *mots, phrases et thèmes importants*). La deuxième étape consiste à inscrire les thèmes de chacun des commentaires. Les dernières étapes sont la classification et l'abstraction, où les données sont regroupées par thèmes généraux d'abord et on tente ensuite d'obtenir des thèmes de plus en plus grossiers (p. ex. formation ou cas clinique), et ce, jusqu'à ce que cela ne soit plus possible. L'analyse est interprétative et subjective. Une approche inductive est utilisée pour donner sens aux commentaires.

2.6.6 Analyse de puissance

Afin de déterminer la taille d'effet détectable attendue, des écrits scientifiques semblables à cette étude ont été examinés. À ce sujet, l'implantation du programme *Premiers soins en santé mentale* (Labelle *et al.*, 2019) a obtenu une taille d'effet élevée. C'est dans ce contexte qu'il est convenu d'obtenir un changement de grande taille entre le pré et le post test indiquant que tout ce qui serait inférieur à une grande taille d'effet sera jugé comme non « cliniquement intéressant » avant et après la formation. En outre, un changement presque nul entre le post test et le suivi est prévu. Autrement dit, et une petite taille entre le post et le suivi sera signe du maintien des acquis. Une analyse de puissance a été réalisée dans *G*Power*. Celle-ci a révélé que pour détecter une taille d'effet élevée (f de 0,4 et plus), une taille d'échantillon de 15 était nécessaire, pour une puissance attendue de 0,80 ($\alpha = 0,05$). En tenant compte de la possibilité d'un grand taux d'attrition pour ce genre d'étude, il a été décidé de recruter minimalement 25 participants.

2.7 Considérations éthiques

Cette étude a fait l'objet d'une demande au comité d'éthique de l'Université du Québec à Montréal, qui a été acceptée sans modification (voir **Annexe F**). Plusieurs éléments éthiques ont été considérés lors de la conception de cet essai doctoral.

2.7.1 Formulaire de consentement

Le formulaire de consentement est un document important pour s'assurer du consentement libre et éclairé des participants. Il décrit la nature de l'étude et les objectifs, détails, avantages et risques de leur participation, leur droit de retrait, la confidentialité des informations recueillies, l'enregistrement vidéo de la formation et les personnes à contacter en cas de problèmes. Le formulaire explique aussi la séparation de leurs données démographiques et personnelles avec celles liées aux questionnaires, afin de garantir la confidentialité.

2.7.2 Données dénominalisées

Les données sont dénominalisées et identifiées par un code alpha numérique. Le classeur informatisé permettant d'associer le participant à son code est seulement accessible par le chercheur principal et son directeur de recherche.

2.7.3 Conservation des données

Il est important de mentionner que les données sont conservées pendant cinq ans après la fin de cette étude. Celles-ci sont mises sur un serveur sécurisé et les fichiers sont protégés par un mot de passe.

2.7.4 Permission de Stanley

Enfin, le chercheur principal a établi une collaboration avec Stanley et celle-ci lui a octroyé sa permission pour utiliser certaines parties de son matériel. En retour, le matériel de la formation, ainsi qu'un sommaire des résultats et une copie de cet essai, lui seront envoyés.

CHAPITRE 3

RÉSULTATS

Ce troisième chapitre aborde les résultats principaux de l'étude. Pour ce faire, cette section présente : les constats sur les données et les réponses aux questions de recherche.

3.1 Réponses aux questions

Mentionnons que le taux d'attrition se situe à près de 45 %. Des 33 individus qui ont rempli les critères d'inclusion, signé le formulaire de consentement et reçu le premier questionnaire, 18 participants ont complété tous les temps de mesure. Il est possible que des facteurs comme un faible engagement à compléter la formation, une faible valorisation de la participation à la recherche ou certaines contraintes organisationnelles rendant l'application de nouvelles interventions difficiles, aient joué un rôle dans la complétion de tous les temps de mesure. Aussi, bien que des précautions aient été prises à ce sujet, il est probable que certains concepts théoriques ou le niveau de langue n'étaient pas parfaitement adaptés aux francophones hors Québec.

3.1.1 Fidélité aux éléments de l'organisation et de la formation originale

Niveaux 1A et 1B – Qualité d'implantation – Fidélité liée à l'organisation et à la formation. Les résultats obtenus informent que la formation est fidèle à tous les éléments de l'organisation inscrits dans le modèle logique, ainsi qu'à tous les éléments de la formation originale new-yorkaise de Stanley et Brown (2020; voir **tableau 3.1**).

Tableau 3.1 Résultats des fréquences aux niveaux 1A et 1B

Niveau	Prétest	Post-test	Suivi (1m)
	T_1	T_2	T_3
Niveau 1A – Fidélité de l'organisation	-	10/10	-
Niveau 1B – Fidélité de la formation	-	9/9	-

Note : Les résultats à ce tableau représentent le nombre d'éléments présents dans la formation selon la grille de fidélité

3.1.2 Perceptions liées à la formation et au PSCS

Niveau 2A – Perceptions : Appréciation. Les questions suivantes portent sur l'évaluation des effets de la formation sur les participants. Tout d'abord, en se rappelant que les réponses sont basées sur une échelle *Likert* à quatre points, il est possible de constater que la majorité des participants apprécie la formation, et ce, immédiatement après celle-ci (temps 2; $M = 3,18$; $ÉT = 0,65$), ainsi qu'un mois après (temps 3; $M = 3,13$; $ÉT = 0,60$; voir **tableau 3.2**). Des analyses supplémentaires sont effectuées en réalisant une ANOVA à mesures répétées (voir **tableau 3.4**), afin de voir de quelle façon l'appréciation évolue à travers les deux temps de mesure. L'ANOVA à mesures répétées révèle que l'appréciation se maintient dans le temps. En effet, la différence constatée dans le mois suivant la formation n'est pas significativement différente de celle perçue par les participants immédiatement après la formation.

Tableau 3.2 Résultats des comparaisons de moyennes aux niveaux 2A à 2D

Niveau	Prétest		Post-test		Suivi (1m)	
	T_1		T_2		T_3	
	M	$ÉT$	M	$ÉT$	M	$ÉT$
Niveau 2A – Perceptions : Appréciation	-	-	3,18	0,65	3,13	0,61
Niveau 2B – Perceptions : Efficacité	2,33	0,54	3,23	0,44	3,32	0,38
Niveau 2C – Perceptions : Utilité	-	-	3,40	0,37	3,24	0,41
Niveau 2D – Perceptions : Faisabilité	-	-	3,11	0,51	3,25	0,37

Notes : 1) Les résultats à ce tableau représentent les moyennes et écarts-types des réponses des participants aux divers questionnaires relatifs à chacun des niveaux présentés; 2) Les moyennes et écarts-types reportés ici sont sur la base d'une échelle *Likert* à quatre points, les quatre choix étant : « 1 : Pas du tout en accord », « 2 : Peu en accord », « 3 : Assez en accord » et « 4 : Tout à fait en accord ».

Par ailleurs, mentionnons la présence de données qualitatives, qui nous donnent des détails concernant l'appréciation de la formation chez les participants (voir **tableau 3.3**). D'abord, tous les participants affirment que la formation a répondu à leurs attentes. Ensuite, ceux-ci ont aimé que la formation soit soutenue par les données probantes et que le contenu présenté soit clair, détaillé et riche. Puis, ils

Tableau 3.3 Résultats qualitatifs au niveau 2A

Qu'avez-vous le plus aimé?	
Thèmes généraux	Mots-clés
Formation	<i>Claire et détaillée; contenu riche, intéressant et motivant; pertinente; soutenue par les données probantes; durée convenable</i>
Plan de sécurité	<i>Bien vulgarisé; structuré; détaillé; complet; informatif; sécurisant pour l'intervenant</i>
Cas clinique	<i>Facilite la consolidation des acquis; pertinent</i>
Qu'avez-vous le moins aimé?	
Thèmes généraux	Mots-clés
Formation	<i>Formule non interactive Connaissances préalables nécessaires Peu d'exemples cliniques Partie plus théorique</i>
Formateur	<i>Un « peu » statique</i>
Quels sont selon vous les éléments à améliorer?	
Thèmes généraux	Mots-clés
Formation	<i>Donner plus de détails sur les concepts théoriques Ajouter un module sur la construction de l'alliance thérapeutique Ajouter un module sur la motivation Ajouter un module sur le travail de l'ambivalence</i>
Plan de sécurité	<i>Fournir un modèle vierge du plan de sécurité Ajouter des informations sur les obstacles possibles</i>
Cas clinique	<i>Ajouter des exercices pratiques</i>

Note : 1) Les résultats à ce tableau représentent la catégorisation des commentaires aux diverses questions demandées au questionnaire sur l'appréciation de la formation.

mentionnent que le PSCS est pertinent et permet de sécuriser l'intervenant. Ils apprécient aussi le fait que la vignette clinique permette de consolider les acquis. Aussi, quelques répondants mentionnent que les formateurs sont un « peu » statiques et que le format asynchrone de la formation, ainsi que la place accordée à la théorie ne représentent pas « une formule optimale d'apprentissage pratique ». Certains auraient également souhaité faire plus d'exercices pratiques et recevoir une copie vierge du PSCS. Enfin, quelques participants soulignent le fait que des connaissances préalables sont nécessaires pour bien comprendre la formation et suggèrent d'ajouter des modules théoriques sur l'alliance thérapeutique, la motivation, le travail de l'ambivalence, ainsi que les obstacles potentiels lors de l'établissement d'un PSCS.

Tableau 3.4 Résultats des analyses de variances à mesures répétées aux niveaux 2A à 2D

Niveau	ddl	F	p	η_p^2	Post hoc (Valeur p et taille d'effet)
Niveau 2A – Perceptions : Appréciation	1;17	0,32	0,579	0,019	NS
Niveau 2B – Perceptions : Efficacité	2;34	44,33	***	0,723	T1-T2 : *** $\eta_p^2 = 0,76$ T1-T3 : ***; $\eta_p^2 = 0,75$ T2-T3 : NS
Niveau 2C – Perceptions : Utilité	1;17	2,13	0,163	0,111	NS
Niveau 2D – Perceptions : Faisabilité	1;17	2,19	0,158	0,114	NS

Notes : 1) Les résultats à ce tableau représentent les résultats aux analyses de variances et aux tests t à posteriori relatifs à chacun des niveaux présentés; 2) * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$.

Niveau 2B – Perceptions – Sentiment d'efficacité. Il est aussi possible de constater que la majorité des participants se perçoivent efficaces après la formation (temps 1; $M = 2,33$; $ÉT = 0,54$; temps 2; $M = 3,23$; $ÉT = 0,44$), ainsi qu'un mois après (temps 3; $M = 3,32$; $ÉT = 0,48$; voir **tableau 3.2**). Pour vérifier la présence d'une différence significative entre les temps de mesure, des analyses supplémentaires sont effectuées. D'abord, une ANOVA à mesures répétées est réalisée (voir **tableau 3.4**). Le test de sphéricité de Mauchly se révèle cependant significatif ($p = 0,021$), ce qui indique que le postulat de sphéricité n'est pas respecté. Par conséquent, la correction Greenhouse-Geisser (Field, 2017) est utilisée et les résultats de l'ANOVA révèlent un effet significatif et une grande taille d'effet ($p < 0,001$; $\eta_p^2 = 0,723$). Ensuite, des comparaisons appariées post hoc sont effectuées pour détecter l'existence d'une différence significative entre les différents temps de mesure (T1-T2, T1-T3 et T2-T3), à laquelle une correction de Bonferroni est appliquée pour protéger contre une augmentation de l'erreur de type I. On constate que la perception de leur sentiment d'efficacité après la formation augmente de façon significative par rapport au niveau avant la formation. Ensuite, le niveau un mois augmente aussi de façon significative par rapport à celui avant la formation. Enfin, la différence entre leur sentiment d'efficacité après la formation et celui un mois après n'est pas significative.

Niveau 2C – Perceptions – Utilité du PSCS. Les résultats suggèrent que la majorité des participants perçoivent le PSCS comme une intervention utile, et ce, autant après la formation ($M = 3,40$; $ÉT = 0,37$) qu'un mois après ($M = 3,24$; $ÉT = 0,41$) (voir **tableau 3.2**). Des analyses supplémentaires sont effectuées en réalisant une ANOVA à mesures répétées (voir **tableau 3.4**), afin de voir le changement dans la perception d'utilité à travers les deux temps de mesure. L'ANOVA à mesures répétées révèle que la perception d'utilité se maintient dans le temps, car la différence constatée entre la mesure après la formation de celle un mois après n'est pas significativement différente.

Niveau 2D – Perceptions – Faisabilité du PSCS. Les résultats suggèrent que la majorité des participants perçoivent le PSCS comme une intervention faisable, et ce, autant après la formation ($M = 3,11$; $ÉT = 0,51$) qu'un mois après ($M = 3,25$; $ÉT = 0,37$). Des analyses supplémentaires sont effectuées en réalisant une ANOVA à mesures répétées (voir **tableau 3.4**), afin de voir le changement dans la perception de la faisabilité à travers les deux temps de mesure. L'ANOVA à mesures répétées indique que la perception de la faisabilité se maintient aussi dans le temps. Effectivement, on observe que la mesure après la formation n'est pas différente significativement de celle un mois après.

3.1.3 Apprentissages réalisés sur le PSCS

Niveau 3A – Apprentissages – Connaissances. À la suite de la formation, les résultats indiquent que les participants ont acquis les connaissances de base ($M = 3,28$; $ÉT = 0,44$), mais elles déclinent légèrement lors du mois suivant la formation ($M = 3,00$; $ÉT = 0,41$). Une ANOVA à mesures répétées est effectuée (voir **tableau 3.6** pour les moyennes et écarts-types avec des tests à posteriori. L'ANOVA révèle un effet significatif entre les trois temps de mesure et une grande taille d'effet ($p < 0,001$; $\eta_p^2 = 0,834$). Puis, des comparaisons appariées post hoc sont faites pour déterminer la présence d'une différence significative entre les différents temps de mesure (T1-T2, T1-T3 et T2-T3), à laquelle une correction de Bonferroni est appliquée pour protéger contre l'augmentation de l'erreur de type I. Mentionnons que les connaissances des participants après la formation s'améliorent de façon significative par rapport au niveau avant la formation. Un mois après la formation, les connaissances diminuent de façon significative lorsqu'on compare avec celles tout de suite après la formation. De plus, malgré cette baisse, on observe tout de même une augmentation significative de leurs connaissances lorsqu'on compare leur niveau avant la formation avec celui un mois après.

Tableau 3.5 Résultats des comparaisons de moyennes aux niveaux 3A à 3C

Niveau	Prétest		Post-test		Suivi (1m)	
	T ₁		T ₂		T ₃	
	M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT
Niveau 3A – Connaissances	2,01	0,41	3,28	0,44	3,00	0,41
Niveau 3B – Attitudes	-	-	1/1	0,00	-	-
Niveau 3C – Habilités			11,67/13	1,63	-	-

Notes : 1) Les résultats à ce tableau représentent les moyennes et écarts-types des réponses des participants aux divers questionnaires relatifs à chacun des niveaux présentés; 2) Les moyennes et écarts-types reportés pour les connaissances sont sur la base d'une échelle Likert à quatre points, les quatre choix étant : « 1 : Pas du tout en accord », « 2 : Peu en accord », « 3 : Assez en accord » et « 4 : Tout à fait en accord ». 3) Les moyennes et écarts-types reportés pour les attitudes et les habiletés sont sur la base d'une échelle dichotomique, les deux choix étant : « 0 : Absent » et « 1 : Présent », et ce, à chacune des attitudes et habiletés mesurées. Le total des attitudes est sur 1 point et celui des habiletés est sur 13 points.

Niveau 3B – Apprentissages – Attitudes. Les résultats démontrent que tous les participants acquièrent l'attitude de base pour établir un PSCS ($M = 1/1$; $ÉT = 0$; voir **tableau 3.5**). En effet, ils comprennent le fait qu'un intervenant doit adopter une attitude de collaboration avec la personne vulnérable avec laquelle ils effectuent l'intervention.

Tableau 3.6 Résultats des analyses de variances à mesures répétées au niveau 3A

Niveau	ddl	F	p	η_p^2	Post hoc (Valeur p et taille d'effet)
Niveau 3A – Connaissances	1,73;29,39	85,25	***	0,83	T1-T2 : ***; $\eta_p^2 = 0,92$ T1-T3 : ***; $\eta_p^2 = 0,80$ T2-T3 : *; $\eta_p^2 = 0,33$

Notes : 1) Les résultats à ce tableau représentent les résultats aux analyses de variances et aux tests t à posteriori relatifs à chacun des niveaux présentés; 2) * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$

Niveau 3C – Apprentissages – Habiletés. Les résultats démontrent que les participants acquièrent les habiletés de base ($M = 11,67/13$; $ÉT = 1,63$; voir **tableau 3.5**). Dans la vignette qui leur est présentée, la plupart des participants font mention des huit habiletés enseignées dans le cadre du protocole pour établir un PSCS et remplissent un PSCS d'une façon convenable pour une formation de base du PSCS d'une durée d'une heure.

3.1.4 Comportements en milieu de pratique

Niveaux 4A et 4B – Comportements en milieu de pratique – Utilisation et efficacité du PSCS. Avant la formation, les participants affirment ne pas utiliser ($M = 2,00$; $ÉT = 0,91$) ni connaître d'intervention efficace telle que le PSCS pour les aider à prévenir les conduites suicidaires ($M = 2,00$; $ÉT = 0,92$). Ils reconnaissent que ce manque influence négativement leur sentiment d'efficacité auprès des personnes vulnérables et à risque suicidaire. Après avoir la formation, ils projettent d'utiliser le PSCS ($M = 3,39$; $ÉT = 0,63$) et perçoivent l'efficacité de cette intervention chez leur clientèle ($M = 3,08$; $ÉT = 0,93$). Or, lors du suivi un mois après la formation, seulement 30 % des participants ont affirmé avoir été confrontés à une situation nécessitant d'utiliser le PSCS. En raison de ce faible nombre, aucune analyse statistique n'a été effectuée pour mesurer l'utilisation et l'efficacité du PSCS dans le milieu de pratique des participants durant le mois suivant la formation. Cependant, les quelques participants qui ont utilisé l'intervention avec leurs usagers émettent des commentaires positifs « *J'ai utilisé le PSCS chaque fois où un patient présentait un risque suicidaire et les patients ont rapporté s'être sentis plus en sécurité* », « *[je l'ai mis en place] et pas eu d'autres crises chez ma cliente* », « *[le PSCS] a diminué les conduites suicidaires de ma cliente* » et « *[oui je l'ai utilisé] avec une cliente [après] une tentative avortée* ».

Tableau 3.7 Résultats des comparaisons de moyennes aux niveaux 4A et 4B

Niveau	Prétest		Post-test		Suivi (1m)	
	T_1		T_2		T_3	
	M	$ÉT$	M	$ÉT$	M	$ÉT$
Niveau 4A – Utilisation du PSCS en milieu de pratique	2,00	0,91	3,39	0,63	-	-
Niveau 4B – Efficacité du PSCS en milieu de pratique	2,00	0,92	3,08	0,93	-	-

Notes : 1) Les résultats à ce tableau représentent les moyennes et écarts-types des réponses des participants aux divers questionnaires relatifs à chacun des niveaux présentés; 2) Les moyennes et écarts-types reportés pour les connaissances sont sur la base d'une échelle Likert à quatre points, les quatre choix étant : « 1 : Pas du tout en accord », « 2 : Peu en accord », « 3 : Assez en accord » et « 4 : Tout à fait en accord ».

3.1.5 Compétences en prévention du suicide

Niveaux 5 – Compétences en prévention du suicide. L'évaluation réalisée dans cette étude ne permet pas de porter un jugement définitif sur la causalité du changement. Or, l'évaluation des autres niveaux permet tout de même de créer une chaîne d'évidence pouvant nous informer sur l'atteinte des résultats finaux visés par cette recherche, soit l'augmentation des compétences en prévention du suicide des participants (Kirkpatrick et Kirkpatrick, 2016). Il est probable, mais avec réserve, que les compétences en prévention du suicide des participants se soient améliorées.

CHAPITRE 4

DISCUSSION

Il est nécessaire d'interpréter les résultats et de les comparer avec les écrits scientifiques existants. Cette section comprend : 1) l'examen critique des résultats et les liens avec d'autres travaux publiés, 2) les limites de l'étude, et 3) les retombées au domaine d'études et les apports pratiques.

4.1 Critique des résultats et lien avec d'autres travaux publiés

4.1.1 Évaluation de la qualité d'implantation de la formation

Les résultats de l'étude nous informent d'abord que tous les éléments du modèle original ont été correctement implantés lors de la formation. En effet, la cotation de la grille de fidélité nous montre que celle-ci respecte les éléments de la formation originale new-yorkaise.

Parmi les écrits scientifiques sur le sujet, Cross et collaborateurs (2017) offrent une formation de deux jours en prévention de suicide à des intervenants d'un centre de crise. Ils évaluent la qualité d'implantation de leur formation en analysant l'adhérence des formateurs à la forme et au contenu du programme. En outre, ils évaluent la perception de la compétence qu'ont les participants des formateurs. Parmi leurs conclusions, les auteurs affirment que la perception de la compétence des formateurs a davantage de poids que l'adhérence au programme lorsqu'il est question d'utiliser ce qui a été appris. En d'autres mots, plus les formateurs sont perçus comme compétents, plus les participants ont tendance à utiliser ce qu'ils ont appris dans leur milieu de pratique. Dans cet essai doctoral, la majorité des participants ont noté avoir apprécié les formateurs et les avoir trouvés compétents. Notons que quatre participants ont souligné le côté un « peu » statique des exposés. Pour l'adhérence au programme, Cross et collaborateurs (2017) valorisent une approche flexible au contenu et à la forme de la formation. Pour tendre vers une approche plus flexible et faire en sorte que les formateurs puissent adapter la formation à leurs mains, il importe de déterminer les composantes actives de celle-ci, afin que son efficacité ne soit pas compromise. À ce sujet, les commentaires des participants nous donnent quelques pistes. Par exemple, plus de la moitié des participants ont affirmé que les exercices pratiques étaient pertinents et consolidaient leurs acquis. Les écrits scientifiques penchent aussi dans ce sens (Fenwick *et al.*, 2004; Sher et Labode, 2011). Il semble donc souhaitable pour les futurs formateurs de ne pas enlever ceux-ci. Il serait même envisageable d'en ajouter, comme plusieurs participants l'ont mentionné dans leurs commentaires. Aussi, plusieurs

participants ont suggéré d'ajouter des modules théoriques, afin de renforcer leur compréhension des bases du PSCS. Ainsi, les futurs formateurs pourront bonifier le contenu en ajoutant le contenu suggéré par les participants (c.-à-d. alliance thérapeutique, motivation et travail sur l'ambivalence). Il serait enfin possible de fournir le questionnaire de connaissances avant la formation, afin de personnaliser le contenu et la forme aux caractéristiques de l'audience.

4.1.2 Évaluation des effets de la formation

Les résultats nous informent que cette formation aux bases du PSCS a eu plusieurs effets positifs chez les participants. En premier lieu, ceux-ci apprécient la formation, et ce, autant après la formation qu'un mois après. Leurs commentaires à ce sujet nous indiquent des éléments qu'ils ont le plus aimé, moins aimé et ce qu'ils modifieraient. Mentionnons entre autres que la formation a répondu aux attentes de tous les participants, ce qui est « bien réussi » pour une formation de base au PSCS d'une heure en ligne. De plus, les participants sont particulièrement friands de l'aspect scientifique de la formation, du contenu et de sa forme. Enfin, ils soulignent qu'ils perçoivent l'intervention comme pertinente et sécurisante.

Par ailleurs, les participants indiquent se sentir plus efficaces pour prévenir les conduites suicidaires après la formation, ce qui est important dans un contexte où plusieurs professionnels en santé mentale évitent de travailler avec les personnes vulnérables et à risque suicidaire, car ils ne savent pas comment s'y prendre. En effet, les écrits scientifiques indiquent qu'il est rare que les professionnels reçoivent une formation pour prévenir les conduites suicidaires durant leur cursus académique (Mirick, 2016; Reyes-Portillo, 2019). De plus, plusieurs participants ont affirmé ne pas utiliser ni même connaître d'intervention efficace pour prévenir le suicide. Par conséquent, en plus d'avoir une compréhension limitée des concepts théoriques liés au suicide, ils ne maîtrisent pas d'interventions probantes pour le prévenir. Ils arrivent donc que certains continuent d'utiliser des interventions qui ne sont plus soutenues par les données probantes, tel que le contrat de non-suicide (Mirick, 2016). L'augmentation du sentiment d'efficacité à prévenir les conduites suicidaires chez les participants de cette étude est donc une avancée intéressante dans le domaine, car cela suggère que la formation a « touché une corde sensible » et que les professionnels se sentiront sans doute davantage aptes à prendre en charge les personnes suicidaires.

De plus, les participants perçoivent le PSCS comme utile et faisable dans leur milieu de pratique. Ils disent être capable d'intégrer facilement le PSCS dans leur travail. Aussi, ils perçoivent que les ressources nécessaires sont à leur disposition pour intégrer le PSCS dans leur pratique. La plupart des participants

mentionnent aussi avoir l'intention d'utiliser le PSCS avec leur client et perçoivent que celui-ci sera efficace. En revanche, il est difficile de vérifier si cela a réellement été le cas, car au suivi un mois post-formation, environ 70 % des participants n'avaient pas eu l'opportunité d'établir un PSCS avec un patient. Or, pour ceux qui ont réussi à mettre en application dans leur milieu de pratique ce qu'ils ont appris en formation, ils émettent des commentaires positifs. Par exemple, un participant mentionne que son patient s'est senti plus en sécurité. D'autres affirment que le PSCS a permis de diminuer les crises, de même que les conduites suicidaires.

Du côté des écrits scientifiques, des chercheurs évaluent aussi les perceptions du PSCS chez les intervenants d'un centre de crise (Labouliere *et al.*, 2020), des professionnels d'une clinique de santé universitaire (Stewart *et al.* 2018) et des professionnels d'une clinique externe en pédopsychiatrie (Reyes-Portillo *et al.*, 2019). Tout comme dans cet essai doctoral, ces études ont affirmé que les participants se sentaient plus efficaces après la formation et percevaient l'intervention comme utile et faisable. Il est intéressant de souligner que Stewart et collaborateurs (2018) ont fait des jeux de rôles au lieu d'un exercice écrit comme dans la présente recherche. En ce qui concerne les perceptions des participants, il n'est pas possible de conclure que cette modalité soit supérieure. Cependant, comme l'affirment Fenwick et collaborateurs (2004) et Sher et Labode (2011), les jeux de rôles ont probablement davantage d'influence lorsqu'il est question d'acquérir les attitudes et les habiletés pour établir un PSCS, ainsi que pour retenir les apprentissages à long terme.

Dans un autre ordre d'idées, les connaissances des participants ont augmenté après la formation, ce qui semble indiquer que cette formation permet de transmettre aux participants les notions théoriques générales nécessaires pour établir cette intervention brève d'approche comportementale et cognitive. Toutefois, on voit que le niveau de connaissances diminue lors du suivi un mois après la formation. Cela va dans le sens des écrits scientifiques, qui indiquent que la rétention à long terme est moindre lorsque les participants utilisent peu ou pas ce qu'ils ont appris (Labelle et Bardou, 2019). Des précautions ont été mises en place à ce sujet. Par exemple, un exercice pratique a été intégré à la formation, tel que Sher et Labode (2011) le suggèrent pour pérenniser la rétention des apprentissages. De plus, une attention particulière a été portée sur la qualité des formateurs, ce qui devrait contribuer aussi à augmenter la rétention des apprentissages (Cross *et al.*, 2017; Gould *et al.*, 2013; Mirick *et al.*, 2016). Enfin, une analyse de puissance a priori a été réalisée pour connaître le nombre de participants minimal pour détecter une grande taille d'effet entre le niveau de connaissances avant la formation et celui tout de suite après. Cette

taille d'effet permettrait une plus grande rétention des apprentissages à long terme. Une grande taille d'effet a effectivement été détectée lors de l'analyse des connaissances ($\eta_p^2 = 0,83$). Néanmoins, une forte proportion des participants n'a pas eu l'opportunité d'établir un PSCS avec un patient lors du mois suivant la formation. Il sera important de prévoir une mise à jour annuelle des connaissances, ainsi qu'une formation plus avancée, ce qui leur permettra d'aller plus loin et ainsi mieux maîtriser le PSCS. Une grille des attitudes et des habiletés avancées et descriptive a d'ailleurs été créée à cet effet (voir **Annexe E**). Il s'agit là d'une autre contribution à ce travail de recherche dans le domaine.

Notons également que la moyenne des participants à l'exercice pratique indique que ceux-ci ont bien acquis les attitudes et les habiletés de base pour réaliser un PSCS. L'évaluation de ces variables est considérée comme plus « objective », représentant un avantage par rapport au fait de seulement évaluer les perceptions des participants, ce qui est souvent le cas dans les études du domaine (Labouliere *et al.*, 2020; Macneil *et al.*, 2018; Mirick *et al.*, 2016; Moscardini *et al.*, 2020; Reyes-Portillo *et al.*, 2019; Stewart *et al.*, 2018). Gamarra et collaborateurs (2015) sont les pionniers dans l'évaluation scientifique des attitudes et des habiletés requises pour établir un PSCS. Ces derniers ont analysé le dossier de 200 vétérans hospitalisés et ont codifié, à l'aide d'une grille qu'ils ont créée, les PSCS établis par les professionnels. Une grande variabilité a été observée dans les PSCS évalués. En résumé, les chercheurs ont noté que plusieurs PSCS n'étaient pas établis selon les bonnes pratiques et qu'il était important de mieux former les intervenants. De leur côté, Green et ses collaborateurs (2018) ont utilisé la même grille que les chercheurs précédents pour évaluer les PSCS de 68 vétérans. Ils ont fait les mêmes constats, indiquant que les PSCS étaient de piètre qualité et que plusieurs éléments importants étaient absents. Cependant, aucune information n'était fournie quant à la formation reçue par les participants de ces études, ce qui rend la comparaison avec la formation de cet essai doctoral impossible.

Dans cette étude, bien que les attitudes et habiletés de base ont été bien acquises selon la grille utilisée, certaines comparaisons avec les écrits scientifiques sont tout de même possibles. En effet, les lacunes constatées dans les PSCS des participants sont semblables. Par exemple, Green et collaborateurs (2018) ont aussi observé que les participants se mélangeaient parfois entre la section 2 (stratégies d'adaptation personnelles) et la section 3 (moyens de distraction) du PSCS. Pourtant, se distraire est considérée comme un des moyens efficaces pour diminuer le risque suicidaire lorsque les stratégies d'adaptation personnelles n'ont pas permis de diminuer l'urgence suicidaire. De plus, comme c'était parfois le cas dans cette étude, Gamarra et collaborateurs (2015), ainsi que Green et collaborateurs (2018), ont noté que certains PSCS

n'étaient pas assez personnalisés, un aspect considéré primordial pour que le PSCS soit efficace. Enfin, les résultats trouvés dans le présent travail indiquent que certaines habiletés comme l'engagement et la responsabilisation de la personne vulnérable et à risque suicidaire à intégrer dans sa vie courante le PSCS sont capitales pour mener à bien cette intervention (Boudreaux *et al.*, 2013; Chesin *et al.*, 2017; Currier *et al.*, 2015; Gamarra *et al.* 2015; Green *et al.*, 2018; Knox *et al.*, 2012; B. Stanley *et al.*, 2015, 2018).

De même, Dre Stanley et Dr Brown enseignent l'intervention dans un contexte d'urgence à l'hôpital. Ils ont donc moins de temps avec la personne vulnérable et à risque suicidaire que les professionnels en santé mentale. Il est alors normal d'avoir opté pour l'enseignement d'attitudes et habiletés de base pour établir un PSCS. Dans une optique de fidélité au contenu original de la formation, il a été décidé d'enseigner les mêmes bases qu'eux (Stanley et Brown, 2020). Toutefois, avec les professionnels en santé mentale, il est possible et même souhaitable d'aller plus loin dans les attitudes et habiletés à adopter. C'est pourquoi une formation avancée a été réfléchi, afin de permettre aux participants de mieux maîtriser le PSCS, de maintenir à jour leurs compétences et même d'aller plus loin dans le contenu. Les attitudes avancées sont traduites et adaptées de celles préconisées par Siegel (2010). Elles comprennent l'attitude de présence, d'alliance, de résonance, de contenance et de guidance. Plus précisément, la présence correspond à l'ouverture et la disponibilité à l'autre. L'alliance correspond au lien confiant entre le professionnel et le patient. La résonance correspond à la connexion empathique entre les deux parties. La contenance correspond au soutien sécurisant offert par l'intervenant. Enfin, la guidance correspond aux conseils bienveillants. Pour les habiletés avancées, ce sont les mêmes que la formation de base qui seraient enseignées, mais les formateurs iraient davantage en profondeur avec d'autres modules théoriques comme les obstacles potentiels lors de l'établissement d'un PSCS et des exercices pratiques à l'aide de jeux de rôle. À cet effet, la grille avancée et descriptive des attitudes et des habiletés est déjà disponible, (voir **Annexe E**). Celle-ci évaluerait les attitudes et habiletés avancées d'une façon continue à l'aide d'une échelle *Likert* à cinq points, contrairement à l'échelle dichotomique (présence/absence) de la grille de base. À notre connaissance, ce niveau de détail et de personnalisation pour les professionnels au niveau des attitudes et habiletés préconisées pour établir le PSCS est novateur et contribue à l'évolution du domaine d'études et de la pratique clinique. La grille pourra ainsi servir en supervision afin d'identifier les points à travailler. La formation avancée pourrait se donner sous forme d'un atelier de formation précongrès dans des colloques de professionnels de la santé mentale. Elle durerait une journée complète, serait en présentiel et intégrerait des jeux de rôles. Ces modalités vont dans le sens des réponses qualitatives

obtenues dans cette étude, ainsi que des recommandations des auteurs pour dynamiser la formation et consolider l'apprentissage des attitudes et des habiletés (Fenwick *et al.*, 2004; Mirick, 2016; Sher, 2011).

Aussi, mentionnons qu'il a été difficile de codifier les attitudes et habiletés avec un exercice écrit. Le choix de cette modalité a été fait dans l'optique d'une formation de base au PSCS. De plus, l'idée est de standardiser les procédures et d'offrir aux participants plus de flexibilité en leur évitant une rencontre synchrone avec des jeux de rôles. Cependant, leurs réponses peuvent avoir été influencées par le fait qu'ils n'étaient pas à l'aise avec l'écriture et ne trouvaient pas les mots justes pour exprimer comment ils s'y prendraient avec un usager semblable à la vignette clinique. Il se peut donc fort bien que leurs réponses ne correspondent pas à ce qu'ils auraient répondu à des jeux de rôles par exemple. Ces constats renforcent donc l'idée d'offrir une formation avancée.

Enfin, certains auteurs soutiennent que le contexte de plusieurs professionnels en santé mentale fait en sorte qu'ils n'ont pas souvent l'opportunité de travailler avec des personnes vulnérables et à risque suicidaire et donc, d'établir des PSCS (Labelle et Bardon, 2019; Mirick *et al.*, 2016). Ceci semble en effet avoir été le cas dans notre échantillon. Malgré le fait qu'ils percevaient l'efficacité du PSCS et avaient l'intention d'utiliser le PSCS, le manque d'opportunité dans le milieu pratique de plusieurs professionnels en santé mentale durant le mois suivant la formation a rendu l'évaluation de cet aspect difficile. Heureusement, les quelques participants qui ont utilisé l'intervention avec leurs usagers ont émis des commentaires positifs. Par exemple, dans l'étude de Stewart et collaborateurs (2018), qui ont effectué un suivi à deux mois post-formation, et Labouliere et collaborateurs (2020), qui ont effectué un suivi à neuf mois, environ deux tiers des participants avaient établi un PSCS. Un suivi plus tard pourrait probablement leur laisser la chance d'effectuer des PSCS avec leur clientèle.

En résumé, cette formation aux bases du PSCS d'une durée d'une heure en ligne a été implantée de façon fidèle à son modèle logique (niveau 1) et a eu des effets positifs au niveau des perceptions et des apprentissages des participants (niveaux 2 et 3). Cependant, devant le peu de données liées sur les comportements en milieu de pratique (niveau 4), il est probable, avec réserve, que les compétences en prévention du suicide des participants se soient améliorées (niveau 5). Comme il a été mentionné, un suivi à plus long terme, afin de donner l'opportunité aux participants d'établir un PSCS, pourra probablement permettre l'évaluation de l'ensemble des niveaux conseillés par Kirkpatrick et Kirkpatrick (2016). De plus, notre recommandation d'offrir une formation plus avancée, permettant d'aller plus loin et de mieux

maîtriser le PSCS, en plus de maintenir à jour les connaissances des participants, sont des éléments qui permettront à terme d'augmenter le niveau de compétences en prévention du suicide de participants.

4.2 Limites de l'étude

La validité est limitée par la petite taille de l'échantillon (c.-à-d. $n = 18$), l'absence d'hommes et de groupe contrôle, ainsi qu'une assignation non aléatoire. Pour ce qui est de la taille de l'échantillon, une analyse de puissance à priori avait été réalisée lors de la planification de l'essai doctoral et le nombre de participants recrutés était suffisant pour détecter une grande taille d'effet. Pour ce qui est du groupe contrôle et de l'assignation des participants, la méthode utilisée dans la présente étude convenait pour une première évaluation dans le domaine (Czajkowski *et al.*, 2019). Notons aussi que le plan de recherche adopté ici est identique à ceux de Labouliere et son équipe (2020) et Mirick *et al.* (2016). Mentionnons que pour l'évaluation d'une formation clinique, un groupe contrôle actif serait à privilégier, par exemple en leur demandant de lire un guide en prévention du suicide. En revanche, pour constituer un échantillon homogène, cette recherche doctorale a pris soin de spécifier des critères d'inclusion, en plus de récolter un ensemble de données sociodémographiques et professionnelles des participants. Ceci permet de mieux connaître l'échantillon. Bien que des précautions aient été prises, il se pourrait que la modalité de recrutement représente un biais. Par exemple, les participants sont probablement des professionnels déjà intéressés par les troubles de l'humeur. De plus, étant déjà inscrit à l'infolettre d'ASADIS, il est juste de penser qu'ils sont potentiellement plus à l'aise avec la technologie que certaines personnes de la population d'intérêt, ce qui a pu influencer notamment leur appréciation de la formation.

Par ailleurs, l'absence de personnes de sexe masculin est une des limites importantes de cette recherche. Il est nécessaire de mentionner que les personnes de sexe masculin sont sous-représentées par rapport aux femmes dans le métier de psychologue et psychothérapeute (proportion d'un sur trois; OPQ, 2021). De plus ils sont moins nombreux à réaliser des études supérieures que les femmes et le titre de psychologue et psychothérapeute nécessite aujourd'hui minimalement une maîtrise. Deux hommes avaient pourtant été initialement recrutés, mais ont abandonné pendant la recherche, faute de temps. On sait entre autres qu'être de sexe masculin est une variable qui influence négativement le taux de réponse à une étude scientifique, notamment parce que les hommes disent manquer de temps (Patel *et al.*, 2003) et valorisent moins leur participation à la recherche. Comme l'indique la **figure 1.4**, l'engagement des participants est un facteur important à considérer lors de l'implantation d'une formation. Ainsi, il est fort possible que les hommes de cette étude étaient peu engagés dès le départ à compléter la formation.

Par conséquent, il serait intéressant de réfléchir à des méthodes de recrutement alternatives pour attirer davantage de professionnels de la santé mentale masculins. Par exemple, il pourrait y avoir un incitatif pour participer, plus de temps pour remplir les questionnaires, ainsi qu'une explication sur l'importance de participer pour l'avancement des connaissances dans le domaine (Ryan *et al.*, 2019). Il se peut que certaines caractéristiques propres au sexe féminin (p. ex. plus grand engagement à compléter la formation et plus grande valorisation de leur apport à la recherche) aient pu influencer les résultats de cette étude. Tous les éléments énumérés sont des facteurs pouvant différencier l'échantillon de la population d'intérêt et ainsi menacer la validité externe.

Cette recherche doctorale a pris en compte tous les niveaux conseillés par Kirkpatrick et Kirkpatrick (2016). Ceci crée une chaîne d'évidence solide permettant de documenter avec plus de rigueur l'atteinte des résultats instrumentaux et finaux. Cependant, l'absence de groupe contrôle et d'assignation aléatoire ne permet pas de se prononcer hors de tout doute sur le lien de causalité entre la formation au PSCS et le changement observé dans les différents niveaux mesurés. En effet, il est nécessaire d'interpréter les résultats avec précaution, car le changement aurait pu être causé par un biais d'échantillon ou le passage du temps. La façon dont les participants de cette recherche ont été recrutés convenait à une première évaluation (Czajkowski *et al.*, 2019), mais il est nécessaire dans les prochaines études d'augmenter la taille de l'échantillon, de recruter des personnes de sexe masculin, d'ajouter un groupe contrôle actif, Aussi, il pourrait être intéressant d'étudier la différence entre les sexes, les milieux de pratique, le type de clientèle et l'expérience professionnelle par rapport aux variables dépendantes. Aussi, il serait important d'évaluer l'impact sur le passage à l'acte des personnes qui ont été accompagnées dans l'établissement d'un PSCS après la formation de l'intervenant qui les accompagne.

En outre, la validité externe peut avoir été menacée par l'effet de nouveauté, la sensibilisation aux tests et la chronologie des mesures. En effet, il est possible que l'enthousiasme des participants à l'égard de cette intervention novatrice ait augmenté leurs attentes et créé une prophétie autoréalisante dans leurs réponses aux questionnaires. Cependant, le fait d'avoir documenté l'ensemble des niveaux conseillés par Kirkpatrick et Kirkpatrick (2016), qui comprend des variables plus objectives comme l'acquisition des attitudes et des habiletés, offre une protection contre cette menace. Aussi, le fait d'avoir administré plusieurs fois les mêmes questions aux trois temps de mesure peut avoir sensibilisé les participants et diminué la validité externe (Mirick *et al.*, 2016). Par exemple, certains participants ont dit que des questions se ressemblaient. Étant donné qu'ils devaient répondre à trois temps de mesure, ceci a pu irriter

certain participants et provoquer un changement dans leur réponse. Enfin, la chronologie des mesures dans le temps a aussi pu menacer la validité externe de l'étude. En effet, le fait d'avoir fait un suivi seulement un mois après la formation, contrairement à Labouliere et collaborateurs (2020) qui l'ont fait à neuf mois et Stewart et collaborateurs (2018) à deux mois, a probablement influencé les résultats au temps 3. Tel que discuté, la majorité des participants n'ont pas eu l'occasion d'appliquer ce qu'ils avaient appris en formation dans leur milieu, alors que cette proportion était nettement plus faible dans les études ayant effectué un suivi plus tard.

Enfin, les résultats indiquent que cette formation au PSCS a permis aux participants d'acquérir les attitudes et habiletés de base du PSCS. Cependant, il serait invraisemblable de penser que cette formation d'une heure en ligne permette de maîtriser complètement une intervention comme celle du PSCS. Il sera donc important pour les professionnels qui désirent mieux maîtriser le PSCS de maintenir leurs connaissances à jour et d'aller plus loin dans le contenu, qu'ils participent à la formation avancée (voir **Annexe E**). Celle-ci répondrait aux lacunes observées dans l'évaluation des attitudes et habiletés de base, en plus de la diminution des connaissances dans le temps. En effet, il a été observé que les connaissances diminuaient, et ce, surtout lorsqu'elles ne sont pas utilisées fréquemment dans la pratique, ce qui est le cas avec les participants à cette étude.

4.3 Retombées au domaine d'étude et apports pratiques

En plus d'ajouter aux écrits scientifiques dans le domaine de la prévention du suicide, cet essai doctoral contribue à donner des outils concrets aux professionnels dans leur milieu de pratique. Elle répond à la nouvelle stratégie nationale de prévention du suicide mise sur pied par le ministère de la Santé et des services sociaux du Québec (2022), qui mentionne notamment qu'il importe de développer les compétences des professionnels en prévention du suicide. Encore aujourd'hui, bien que des interventions efficaces pour prévenir le suicide existent, il est fréquent qu'elles ne se rendent pas sur le terrain. En effet, on observe que 70 % des professionnels en santé mentale ressentent le besoin d'être davantage formés en prévention du suicide (Moscardini *et al.*, 2020). À cela s'ajoute le fait que ceux-ci ont accès à peu de formations validées et francophones dans leur domaine. À notre connaissance, il n'existait aucune formation de langue française au PSCS validée scientifiquement. C'est donc chose du passé puisque cette étude permet pour la première fois de valider scientifiquement une formation au PSCS pour les

professionnels francophones en santé mentale. Le contenu de celle-ci repose l'intervention originale new-yorkaise de Stanley et Brown.

En outre, cet essai doctoral permet de standardiser certaines procédures reliées au PSCS, ce qui augmente la validité interne et permet aux chercheurs de répliquer les résultats de cette étude. En premier lieu, la qualité d'implantation est évaluée rigoureusement à l'aide d'une grille. Ceci permet de s'assurer que la formation est fidèle à la formation originale de Stanley et Brown, ainsi qu'aux éléments de l'organisation prévus dans le modèle logique de la formation. Cela augmente par le fait même la validité interne et la reproductibilité de l'étude et de la formation, ce dernier point étant un impératif de la méthode scientifique. Pourtant, dans de nombreuses études, il est seulement mentionné si les participants ont reçu une formation formelle ou informelle et très peu d'information est divulguée sur le contenu et la forme de celle-ci.

Puis, cette étude est la première à notre connaissance à mesurer l'ensemble des niveaux conseillés par Kirkpatrick et Kirkpatrick (2016). Cette méthode, bien que fastidieuse, permet de prendre en compte un grand nombre de facteurs pouvant influencer l'efficacité d'une formation, soit les perceptions des participants, leurs apprentissages et leurs comportements en milieu de pratique après avoir suivi la formation. Cela produit une chaîne d'évidence ne permettant pas d'affirmer la présence de causalité, mais augmentant tout de même la validité de construit. En effet, le nombre de niveaux évalués diminue les facteurs confondants entre la variable indépendante et la variable dépendante (Field, 2017). Cela permet donc de documenter soigneusement l'atteinte des résultats instrumentaux et finaux. Par conséquent, les décisions sur la pérennité de la formation sont prises de façon plus éclairée et juste. Ceci prévient aussi l'effet plafond, la désirabilité sociale, la minimisation ou l'exagération, ainsi que les biais de mémoire pouvant arriver lorsque l'évaluation se limite à des données autorapportées (Labouliere *et al.*, 2020; Reyes-Portillo *et al.*, 2019; Stewart *et al.*, 2018).

Enfin, deux grilles standardisées sont construites pour évaluer les attitudes et les habiletés pour réaliser le PSCS. La grille utilisée dans cet essai doctoral permet de s'assurer que les participants ont acquis les attitudes et habiletés de bases du PSCS. En effet, la formation donnée dans le cadre de cet essai doctoral permet d'introduire les participants aux bases du PSCS. Une formation avancée est nécessaire pour permettre aux participants de mieux maîtriser le PSCS, de maintenir leurs apprentissages à jour et d'aller plus loin dans le contenu. Les professionnels pourront y apprendre notamment les attitudes et habiletés

avancées, qui sont encore mieux adaptées à leur contexte de travail. La grille avancée créée à cet effet pourra être enseignée dans cette formation et éventuellement utilisée dans le cadre d'une supervision clinique, afin d'identifier les attitudes et habiletés à travailler.

CONCLUSION

Dans le domaine de la prévention du suicide, peu de formations validées scientifiquement sont disponibles pour les professionnels, et encore moins pour les francophones. Le plan de sécurité pour conduites suicidaires (PSCS) est une intervention qui a le potentiel de sauver des vies, en plus de rassurer les professionnels qui interviennent auprès des personnes vulnérables et à risque suicidaire, car ils savent que leurs clients possèdent un outil concret pouvant leur venir en aide en cas de crise. Il est donc souhaitable qu'une formation au PSCS validée scientifiquement soit offerte aux professionnels francophones.

L'étude présentée dans cet essai doctoral visait à présenter l'adaptation en langue française de la formation new-yorkaise du Dre Barbara Stanley et Dr Gregory K. Brown, ainsi que son évaluation. En amont, le chercheur principal, supervisé par son directeur de recherche, a suivi la formation qu'offrent Dre Stanley et Dr Brown, les auteurs originaux du PSCS. Il a ensuite adapté et traduit le matériel pour les professionnels francophones, ainsi que créé les instruments de mesure pour évaluer la formation. Accréditée à l'*Ordre des Psychologues du Québec*, à la *Canadian Psychological Association*, ainsi qu'à l'*Association canadienne de counseling et de psychothérapie*, la formation francophone consiste en une introduction aux bases du PSCS. Son format est un exposé magistral en ligne d'une durée de 60 minutes, comprenant trois modules théoriques et trois modules pratiques. Celle-ci est donnée par deux formateurs, soit le chercheur principal de cette étude (OB) et son directeur de recherche (RL). Elle correspond à la portion reliée au PSCS d'une formation plus large de 2h30 s'intitulant *La thérapie comportementale et cognitive de la dépression avec ou sans conduites suicidaires*, accessible par la plateforme www.ASADIS.net.

Les résultats démontrent que la formation est fidèle à la formation originale et aux éléments de l'organisation prévus dans le modèle logique. De plus, les participants apprécient la formation, perçoivent un sentiment d'efficacité plus élevé après avoir suivi celle-ci et trouvent le PSCS utile et faisable. Aussi, on constate que leurs connaissances relatives au PSCS ont été améliorées positivement. Enfin, on observe que tous les participants ont acquis les attitudes et habiletés de base pour établir un PSCS.

Pour les professionnels voulant garder à jour leurs connaissances, mieux maîtriser l'intervention ou encore aller plus loin, une formation avancée est d'ores et déjà esquissée. Elle s'accompagne de deux grilles exhaustives permettant de juger rapidement de la qualité du PSCS établi par un professionnel. En outre, elle met en lumière les attitudes et habiletés à perfectionner en supervision. Lorsqu'elle sera traduite et

validée, cet instrument pourra être utilisé internationalement, afin de former les futurs cliniciens à mieux prévenir les conduites suicidaires.

Il est recommandé pour les futures études de répliquer les résultats de cette recherche et de poursuivre sa validation scientifique. Il serait intéressant notamment de valider et de traduire les instruments de mesure élaborés dans cette recherche. De plus, on constate que le niveau de connaissances des professionnels semble diminuer dans le temps et qu'ils n'ont pas souvent l'occasion d'établir un PSCS dans leur pratique. Par conséquent, une mise à jour annuelle est préconisée pour augmenter la rétention des apprentissages. Aussi, il pourrait être intéressant de recruter un plus grand échantillon et de viser une parité hommes-femmes, notamment en utilisant des techniques de recrutement mieux adaptées aux hommes. Il pourrait aussi être bien de recruter un échantillon de professionnels bilingues, afin de comparer la formation originale avec celle évaluée dans le cadre de cette étude. Enfin, en sachant que la population des professionnels en santé mentale est très diversifiée (Stewart *et al.*, 2018), il serait intéressant d'évaluer l'association entre certaines covariables et l'évolution dans le temps des différents niveaux (p. ex. perceptions et apprentissages). Cela permettrait d'identifier le profil des professionnels qui bénéficient le plus de la formation et ceux chez qui cela pourrait être amélioré.

Bien que les résultats de cet essai doctoral soient prometteurs, il est recommandé de prendre ceux-ci avec précaution, étant donné la nature préliminaire de l'évaluation. Cependant, la standardisation des procédures, de même que la grande qualité d'implantation, font que cette formation peut être utilisée avec confiance. Il convient de réitérer que cet essai doctoral ne remplace ni la formation au PSCS disponible sur la plateforme www.ASADIS.net, ni les services d'un professionnel en santé mentale.

ANNEXE A

Syntaxe PsycINFO et PubMed

Une recherche couvrant les dix années précédentes le 22 janvier 2020 est effectuée avec la base bibliographique **PsycINFO**. Les mots-clés suivants forment une syntaxe pour cette stratégie de recherche: "Security Plan" OR "Protection Plan" OR "Crisis Intervention" OR "Brief intervention" OR "Safety management" OR "Emergency Plan" OR "safety" AND Suicid* OR "Self-harm" AND "Hot Line Services" OR PHONE* OR TELEPHONE* OR "Crisis Intervention Services" OR Counselors OR "Suicide Prevention Centers" OR "Telephone Systems" OR Hotlines OR Emergency OR "Psychiatric hospitals" OR "Crisis Center" OR Clinic OR "Crisis Intervention Services" OR "Mental Health facilities" OR "First-line" OR "Primary care" OR "Community Mental Health Centers" OR "Treatment facilities". Lors de cette recherche, 104 articles sont repérés. Au total, 15 articles sont sélectionnés en lisant les résumés. En outre, 2 articles sont ajoutés en consultant les références de chacun des articles identifiés, ce qui a fait un grand total de **17 articles retenus pour cette base de données**.

Une autre recherche s'étendant sur la même période est réalisée avec la base bibliographique **PubMed**. Les mots-clés suivants forment une syntaxe pour cette autre stratégie de recherche: (((Hotlines[Mesh] OR Telephone*[Mesh] OR "Cell Phone"[Mesh] OR Smartphone[Mesh] OR Counselors[Mesh] OR "Communication Aids for Disabled"[Mesh] OR "emergency care"[Mesh] OR emergency[Mesh] OR "psychiatric hospital"[Mesh] OR "Crisis Intervention"[Mesh] OR "Ambulatory Care Facilities"[Mesh] OR "Ambulatory Care"[Mesh] OR "Outpatient Clinics"[Mesh] OR "Safety-net Providers"[Mesh] OR "Community Mental Health Centers"[Mesh] OR "mental health service"[Mesh] OR "primary care"[Mesh] OR (Help*[TI] AND line*[TI]) OR Lifeline[TI] OR phone*[TI] OR (Crisis*[TI] AND Intervent*[TI] AND Service*[TI]) OR (Suicid*[TI] AND service[TI]) OR (Suicid*[TI] AND Prevent*[TI] AND Cent*[TI]) OR "Telephone Systems"[TI] OR (Cris*[TI] AND Cent[TI]) OR Clinic*[TI] OR "Crisis Intervention Services"[TI] OR "Mental Health facilities"[TI] OR "First-line"[TI] OR (Treat*[TI] AND facilit*[TI]))) AND ((Suicid*[Mesh] OR "Self-Injurious Behavior"[Mesh] OR (Self[TI] AND harm*[TI]) OR suicid*[TI]))) AND (("Crisis Intervention"[Mesh] OR "Safety management"[Mesh] OR "Safety"[Mesh] OR (securit*[TI] AND Plan*[TI]) OR (Protect*[TI] AND Plan*[TI]) OR (Brief[TI] AND intervention*[TI]) OR (Emergenc*[TI] AND Plan*[TI])))). Lors de cette recherche, 225 articles sont repérés. Au total, 13 articles sont sélectionnés en lisant les résumés et 2 articles sont ajoutés en consultant les références des articles identifiées, ce qui fait un grand total de **15 articles retenus pour cette base de données**.

Pour la période couvrant la période allant du 29 avril 2020 au dépôt de cet essai, une alerte courriel est en fonction afin d'aviser le chercheur principal des nouveaux articles dans ces deux bases de données. Trois nouveaux articles ont été inclus à la recension des écrits.

Notons qu'un article était sélectionné s'il : a) concernait le PSCS; b) concernait les conduites suicidaires; et concernait un contexte clinique.

ANNEXE B

Description et certificat de la formation originale anglaise

TRAINING – SAFETY PLAN INTERVENTION

Dr Barbara STANLEY, PhD
Department of Psychiatry
Columbia University College of Physicians & Surgeons



Dr. Barbara STANLEY PhD

2020 September 25th, Online

DESCRIPTION

The Safety Planning Intervention as a Strategy to Reduce Suicidal Behavior

OBJECTIVES

- 1) To discuss the rationale for using safety planning with suicidal individuals
- 2) To describe the Safety Planning Intervention steps and procedures

LECTURER/TRAINER

Dr. Barbara STANLEY PhD is a Professor of Clinical Psychology in the Department of Psychiatry at Columbia University College of Physicians & Surgeons. She is also a Research Scientist and Director of the Suicide Intervention Center at the New York State Psychiatric Institute. Dr Stanley is the principal investigator on several National Institute of Mental Health and foundation grants investigating clinical and neurobiological factors and intervention strategies related to suicidal behavior, non-suicidal self-injury, and borderline personality disorder. She is the author of more than 200 publications and serves as Editor-in-Chief of the *Archives of Suicide Research*. She has received several awards including the American Foundation for Suicide Prevention Outstanding Research Award and the Suicide Prevention Center of New York Research Award. Together with her colleague, Dr. Gregory Brown, Dr. Stanley has developed the Safety Planning Intervention that is used throughout the VA and on crisis hotlines across the United States and internationally.

CONTENT

The usual care for suicidal patients who are seen in the emergency department (ED) and other emergency settings is to assess level of risk and refer to the appropriate level of care. Suicidal patients who are seen in the ED or receive inpatient treatment do not consistently follow up with recommended outpatient mental health treatment. Therefore, brief ED interventions to reduce suicide risk may be especially useful. This presentation describes the Safety Planning Intervention (SPI), identified as a best practice by the Suicide Prevention Resource Center/American Foundation for Suicide Prevention Best Practices Registry for Suicide Prevention (www.sprc.org), which can be administered as a stand-alone intervention to help individuals not act on suicidal urges and thoughts. The SPI consists of a written, prioritized list of coping strategies and sources of support that patients can use to alleviate a suicidal crisis. The basic components of the SPI include (a) recognizing warning signs of an impending suicidal crisis; (b) employing internal coping strategies; (c) utilizing social contacts and social settings as a means of distraction from suicidal thoughts; (d) utilizing family members or friends to help resolve the crisis; (e) contacting mental health professionals or agencies; and (f) restricting access to lethal means. Note: Data supporting Safety Plan Intervention will be provided.

TIMELINE

2020 September 25th, 9:30 AM to 11 AM, Montréal, CANADA and 3:30 PM to 5 PM, Amiens, FRANCE

COLLABORATION/FUNDING

This training was made possible by the collaborative efforts of Dr Réal LABELLE, psychologist and full professor in the Department of Psychology at Université du Québec à Montréal (CANADA) and adjunct professor in the Department of Psychiatry at Université de Montréal (CANADA) and Dr Jean-Marc GUILÉ, psychiatrist and full professor in the Department of Psychiatry at Université de Picardie Jules Verne (FRANCE) and adjunct professor in the Department of Psychiatry at McGill University (CANADA). It was funded by the Canadian Mood Disorders Laboratory and the French Association PSYLEAS.

TRAINING ORGANIZER

Olivier BOURDON, BSc, is a doctoral candidate in Psychology at Université du Québec à Montréal (CANADA). He works on the safety plan for suicidal crisis in the context of his doctoral essay. As a graduate student, he has an impressive number of clinical and scientific experiences. He has contributed to 5 published articles as well as several other scientific and knowledge translation activities on various topics in physical and mental health.

RECOMMENDED LECTURES

- Stanley, B. (2020). *Training. Safety Planning Intervention: A Brief Intervention for Reducing Suicide Risk*. <http://suicidesafetyplan.com/Training.html>
- Stanley, B., Brown, G., Brent, D. A., Wells, K., Poling, K., Curry, J., Kennard, B. D., Wagner, A., Cwik, M. F., Klomek, A. B., Goldstein, T., Vitiello, B., Barnett, S., Daniel, S., & Hughes, J. (2009). Cognitive-Behavioral Therapy for Suicide Prevention (CBT-SP): Treatment Model, Feasibility, and Acceptability. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(10), 1005–1013. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181b5dbfe>
- Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256–264. <https://doi.org/10.1016/l.cbpra.2011.01.001>
- Stanley, B., Brown, G. K., Brenner, L. A., Galfalvy, H. C., Currier, G. W., Knox, K. L., Chaudhury, S. R., Bush, A. L., & Green, K. L. (2018a). Comparison of the safety planning intervention with follow-up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department. *JAMA Psychiatry*, 75(9), 894–900. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1776>
- Stanley, B., Brown, G. K., Brenner, L. A., Galfalvy, H. C., Currier, G. W., Knox, K. L., Chaudhury, S. R., Bush, A. L., & Green, K. L. (2018b). Comparison of the Safety Planning Intervention With Follow-up vs Usual Care of Suicidal Patients Treated in the Emergency Department. *JAMA Psychiatry*, 75(9), 894–900. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1776>
- Stanley, B., Brown, G. K., Currier, G. W., Lyons, C., Chesin, M., & Knox, K. L. (2015). Brief intervention and follow-up for suicidal patients with repeat emergency department visits enhances treatment engagement. In *American Journal of Public Health* (Vol. 105, Issue 8, pp. 1570–1572). American Public Health Assn. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302656>



CERTIFICATE OF COMPLETION
SAFETY PLAN INTERVENTION TRAINING

2020 September 25th

We hereby certify that Olivier Bourdon participated
in the Safety Plan Intervention training, which was held online
on 2020 September 25th, from 9:30 a.m. to 11 a.m.

The objectives of the event were to discuss the rationale for using Safety Planning Intervention
with suicidal individuals and to describe the Safety Planning Intervention steps and procedures.

Trainer: Barbara Stanley, PhD



CERTIFICATE OF COMPLETION
SAFETY PLAN INTERVENTION TRAINING

2020 September 25th

We hereby certify that Réal Labelle participated
in the Safety Plan Intervention training, which was held online
on 2020 September 25th, from 9:30 a.m. to 11 a.m.

The objectives of the event were to discuss the rationale for using Safety Planning Intervention
with suicidal individuals and to describe the Safety Planning Intervention steps and procedures.

Trainer: Barbara Stanley, PhD

ANNEXE C

Description de la formation adaptée francophone

Brochure de la formation sur la plateforme ASADIS.net

28/11/2022 11:22

Formation : TCC de la dépression avec ou sans conduites suicidaires

La thérapie comportementale et cognitive de la dépression avec ou sans conduites suicidaires

**Dr Réal Labelle, Psychologue. Ph. D. et
Olivier Bourdon, Interne en psychologie. BSc., PsyD (cand)**

Apprenez les clés pour un accompagnement efficace des personnes dépressives

Extrait: la thérapie comportementale et cognitive de la dépression clinique



CS120.00 - Tarif individuel Tarif de groupe

[Ajouter au panier](#)

Télécharger la fiche de présentation

- 2h30 de formation professionnelle
- 20 cours de 5 à 15 minutes chacun
- 1 attestation de réussite
- 1 PowerPoint
- 1 bibliographie
- 1 évaluation finale
- 4 mois d'accès illimité
- 7 jours satisfait ou remboursé

Présentation

La dépression constitue un trouble mental courant, caractérisé par la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, d'une sensation de fatigue et d'un manque de concentration. Elle peut être de longue durée ou récurrente, et porte essentiellement atteinte à la capacité des personnes à fonctionner à la maison, au travail ou à gérer les situations de la vie quotidienne. Dans les cas les plus graves, la dépression peut conduire au suicide. Or, une grande partie des personnes qui présentent ce trouble ne sont pas traitées. Pourtant, la dépression peut être évaluée et traitée de façon fiable dans le cadre de soins de santé primaire.

Lors de cette formation, vous allez vous familiariser à la thérapie comportementale et cognitive pour traiter la dépression et au plan de sécurité pour conduites suicidaires. Pour ce faire, en plus de l'introduction et de la conclusion, 18 modules théoriques et pratiques seront présentés en incluant 2 vignettes cliniques. Aux termes de cette formation, vous devriez être mieux outillé pour accompagner les personnes présentant une dépression dans le cadre de soins de santé primaire.

28/11/2022 11:22

Formation : TCC de la dépression avec ou sans conduites suicidaires



Olivier Bourdon, interne en psychologie, B. Sc. est doctorant en psychologie clinique à l'Université du Québec à Montréal. Il effectue, sous la direction du professeur Réal Labelle, un essai doctoral intitulé : « Adaptation et évaluation d'une formation sur le plan de sécurité pour conduites suicidaires ». Il compte deux années d'expériences comme intervenant au Centre de prévention de suicide de la Haute-Yamaska et aux Centres jeunesse de Montréal, ainsi que cinq années de services en recherche comme professionnel de recherche sur des projets de grandes envergures.

En savoir plus →

Objectifs pédagogiques

1. Définir la dépression et les modèles comportementaux et cognitifs qui l'expliquent
2. Préciser l'ampleur et la principale complication de la dépression
3. Expliquer les concepts de bases et les principes fondamentaux de la TCC de la dépression
4. Réaliser une évaluation dans un format standard de la TCC de la dépression
5. Appliquer les principales stratégies d'intervention associées aux protocoles de la TCC de la dépression
6. Être en mesure d'établir un plan de sécurité pour conduites suicidaires

Supports pédagogiques

Un cours théorique illustré par des exemples cliniques. Ce cours est composé de vidéos de 5 à 15 minutes chacune. Le PowerPoint de la formation à télécharger.

28/11/2022 11:22

Formation : TCC de la dépression avec ou sans conduites suicidaires

Recrutement terminé ! Par ailleurs, cette formation fait l'objet d'une recherche. Le Laboratoire d'étude sur les troubles de l'humeur de l'UQAM réalise présentement un projet de recherche pour évaluer une formation sur le plan de sécurité pour conduites suicidaires. Le but de cette étude est d'évaluer votre satisfaction et vos apprentissages, afin d'optimiser la formation pour les professionnels et professionnelles de la santé et des services sociaux francophones. Cette recherche sera effectuée entièrement en ligne. Le projet se déroulera pendant l'hiver 2022. Votre participation consistera : 1) à visionner la formation sur le plan de sécurité dans un délai d'un mois (deuxième partie de la formation annoncée sur la plateforme ASADIS, d'une durée d'environ 1h00); 2) à répondre à des questionnaires en ligne avant et après la formation, ainsi qu'un mois après (environ 30 à 45 minutes chaque fois). Tout cela demeurera strictement confidentiel.

Biographie des formateurs



Réal Labelle, psychologue, M. Ps., Ph. D., est professeur titulaire en psychologie clinique à l'Université du Québec à Montréal et chercheur régulier au Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie et au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Il est spécialisé en psychologie clinique d'approche comportementale et cognitive. Ses travaux portent sur l'étude, l'évaluation et le traitement psychologique des troubles de l'humeur avec ou sans comportements suicidaires. Au cours des dernières années, il est régulièrement invité en Europe, au Moyen-Orient et en Afrique pour enseigner.

En savoir plus →

28/11/2022 11:22

Formation : TCC de la dépression avec ou sans conduites suicidaires

Plan de cours

- Powerpoint de la formation

Introduction

1. Objectifs de la formation

Partie A – La thérapie comportementale et cognitive de la dépression

2. Présentation de Réal Labelle
- Qu'est-ce que la dépression ?**
3. Terminologie
- Quels sont les symptômes et l'ampleur de la dépression ?**
4. Manifestations et chiffres
- Quelles sont les causes et la principale complication de la dépression ?**
5. Étiologie et suicide
- Quels sont les principes de la TCC de la dépression ?**
6. Théories et vignette
- Quels sont les protocoles d'intervention et les phases de la TCC de la dépression ?**
7. Soins et traitements
- En quoi consiste la première phase de la TCC de la dépression ?**
8. L'évaluation psychologique
- En quoi consiste la deuxième phase de la TCC de la dépression ?**
9. La psychoéducation
- En quoi consiste la troisième phase de la TCC de la dépression ?**
10. L'intervention comportementale et cognitive
11. L'intervention émotionnelle et existentielle
- En quoi consiste la quatrième phase de la TCC de la dépression ?**
12. L'intégration et la prévention

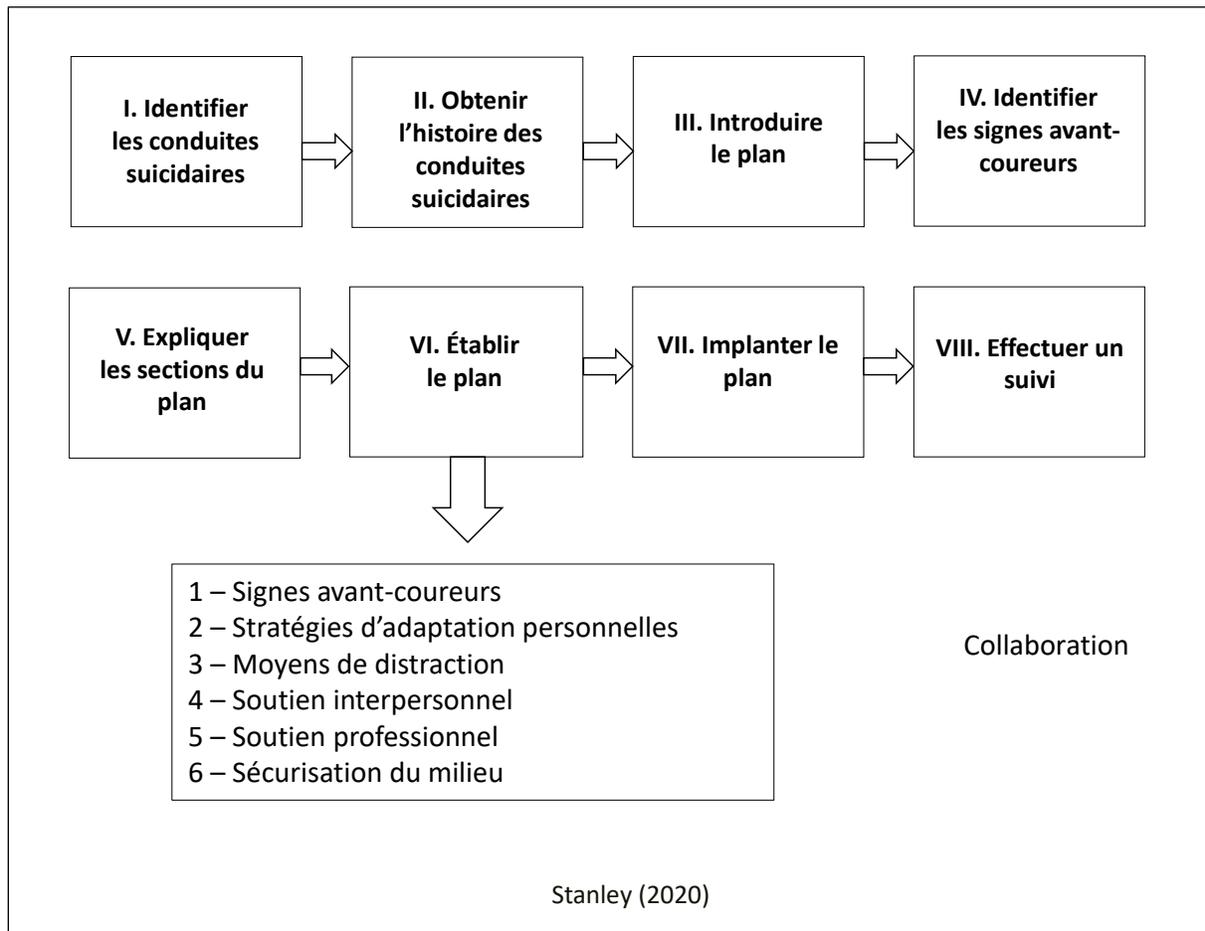
Partie B – Le plan de sécurité pour conduites suicidaires

13. Présentation d'Olivier Bourdon
- Qu'est-ce que les conduites suicidaires ?**
14. Terminologie
- Quelle est l'ampleur des conduites suicidaires et de la crise suicidaire ?**
15. Chiffres et manifestations
- Comment prévenir les conduites suicidaires ?**
16. Le plan de sécurité
- Quoi faire avant d'établir un plan de sécurité ?**
17. Vignette et protocole - étapes 1 à 5
- Quoi faire pour établir un plan de sécurité ?**
18. Protocole - étape 6
- Quoi faire après l'établissement d'un plan de sécurité ?**
19. Protocole - étapes 7 et 8

Conclusion

20. Rappel et mot de la fin
- Bibliographie

Protocole en huit étapes ou habiletés
pour établir un PSCS selon Stanley et Brown



Plan de sécurité pour conduites suicidaires



Étape 1 : Signes avant-coureurs

Les conduites suicidaires ne sortent pas de nulle part, il y a souvent des signes qui les annoncent. Plus tôt vous reconnaissez ces signes, plus tôt vous pourrez mettre en pratique votre plan de sécurité. Ces signes peuvent être internes (pensées, images ou émotions) ou externes (situations ou comportements).

Quelles sont les signaux qui vous feront penser à utiliser votre plan ?

1. _____
2. _____
3. _____

Étape 2 : Stratégies d'adaptation personnelles

Si vous êtes dépressif ou suicidaire, il est important de trouver des activités que vous pouvez faire vous-même, afin de vous adapter à cet état.

Quelles activités pouvez-vous entreprendre pour vous sentir mieux ?

1. _____
2. _____
3. _____

Étape 3 : Moyens de distraction

Rappelez-vous ce qui est important dans votre vie et ce qui peut vous distraire des pensées suicidaires. Vous distraire sans dire concrètement ce qui vous arrive peut suffire à vous sentir mieux.

Qui pouvez-vous contacter ou à quel endroit pouvez-vous aller pour vous distraire de vos problèmes ?

1. _____
2. _____
3. _____

Étape 4 : Soutien interpersonnel

Il est important de vous confier à quelqu'un de confiance lorsque vous n'allez pas bien. Notez-les en ordre d'importance.

Quelles sont les personnes de confiance qui peuvent vous offrir du soutien ?

Nom _____	Téléphone _____
Nom _____	Téléphone _____
Nom _____	Téléphone _____

Étape 5 : Soutien professionnel

Il y a des gens qui peuvent et veulent vous aider. Même si vous ne pouvez pas rejoindre votre médecin ou vos proches, vous pouvez appeler 1 866-APPELLE ou le 811. Notez-les en ordre d'importance.

Quelles sont les intervenants, professionnels ou organismes de confiance qui peuvent vous offrir du soutien ?

Nom _____	Téléphone _____
Nom _____	Téléphone _____
Nom _____	Téléphone _____

Étape 6 : Sécurisation du milieu de vie

Il est important de mettre de côté les moyens dangereux que vous pourriez utiliser si vous êtes dépressif ou suicidaire. Il peut s'agir d'armes à feu, de médicaments, de produits toxiques, d'objets tranchants ou de tout autre élément.

Comment pouvez-vous sécuriser votre environnement pour ne pas vous mettre en danger ?

1. _____
2. _____
3. _____

Si vous vous sentez encore suicidaire, faites le 911 pour Urgence-Santé ou présentez-vous à l'urgence de l'hôpital

ANNEXE D

Grilles de fidélité et questionnaires

Grilles de fidélité

FIDÉLITÉ DE L'ORGANISATION

Titre de la formation :

Formateur (s) :

Date de visionnement de la formation :

Veillez faire un X sur les composantes de l'organisation qui ont été offertes dans le cadre de la formation :

- Le/les formateur (s) ont suivi la formation de Stanley et collaborateurs
- L'enregistrement de la formation a été effectuée aux studios de la plateforme choisie (i.e. ASADIS.net)
- Du matériel pédagogique a été créé et fourni au/aux formateur (s) (brochure de la formation et copie de la présentation).
- Du matériel pédagogique a été créé et fourni aux participants (brochure de la formation et copie de la présentation).
- La formation a été diffusée sur la plateforme numérique choisie (i.e. ASADIS.net).
- Le/les formateur (s) s'est/se sont assuré (s) de l'engagement des participants pour l'entièreté de la formation
- Le/les formateur (s) a/ont demandé aux participants des informations relatives aux contraintes organisationnelles des participants.
- Les caractéristiques du/des formateur (s) ont été présentées (présentation du/des formateur (s) au début de la formation)
- Les caractéristiques des participants ont été notées (voir fiche sociodémographique)

FIDÉLITÉ DE LA FORMATION

Titre de la formation :

Formateur (s) :

Date de visionnement de la formation :

Veillez faire un X sur les composantes de la formation qui ont été offertes :

Forme de la formation

- La formation comprend un exposé magistral en format asynchrone d'une durée d'1h00 comprenant trois modules théoriques et trois modules pratiques
- Les participants et les formateurs ont reçu le matériel pédagogique ((brochure de la formation et copie de la présentation)

Contenu de la formation

Contenu général

- Elle offre un volet théorique de trois modules et un volet pratique de trois modules. Elle couvre les connaissances à avoir, ainsi que les attitudes et habiletés à maîtriser pour établir un plan de sécurité selon les bonnes pratiques. En résumé, elle offre une solution clé en main pour faire un plan de sécurité

Contenu détaillé

Formation : Le plan de sécurité pour conduites suicidaires

THÉORIQUE

- Présentation du formateur
- Module 1 : Qu'est-ce que les conduites suicidaires ? Terminologie
- Module 2 : Quelle est l'ampleur des conduites suicidaires et de la crise suicidaires ? Chiffres et manifestations
- Module 3 : Comment prévient-on les conduites suicidaires ? Le plan de sécurité

PRATIQUE

- Module 4 : Quoi faire avant d'établir un plan de sécurité ? Vignette et protocole – étapes 1 à 5
- Module 5 : Quoi faire pour établir un plan de sécurité ? Protocole – étape 6
- Module 6 : Quoi faire après l'établissement d'un plan de sécurité ? Protocole – étapes 7 et 8

Note : Le choix des éléments sont basés sur ceux conseillés par Stanley et collaborateurs (2008, 2020)

ORGANISATION - CARACTÉRISTIQUES DU PARTICIPANT

Nom :

Prénom :

Adresse courriel

Sexe biologique :

Groupe ethnique :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Ville, Province et Pays de Résidence :

Dernier niveau d'étude complété :

Occupation principale :

Ordre professionnel et/ou numéro de permis :

Nombre d'heures de clinique par semaine :

Milieu de pratique actuel :

Travaillez-vous avec une clientèle vulnérable et à risque suicidaire?

Brève description des expériences cliniques actuelles et passées :

Connaissances sur le plan de sécurité :

Attentes à l'égard de la formation :

Je m'engage à visionner la formation gratuitement dans le mois suivant sa réception? Oui Non

Je m'engage à participer aux trois temps de mesure (avant la formation, après la formation, ainsi qu'au suivi 1 mois après)? Oui Non

Autres commentaires :

MERCI DE VOTRE COLLABORATION !

PERCEPTIONS ET COMPORTEMENTS

Veillez indiquer vos perceptions face à ces situations.

Mettez un chiffre de 1 à 4 pour chaque énoncé.

	1	2	3	4
	Pas du tout en accord	Peu en accord	Assez en accord	Tout à fait en accord
1.	J'ai une formation suffisante pour établir un plan de sécurité avec succès. Précisez: (PERCEPTIONS – SENTIMENT D'EFFICACITÉ)			<input type="checkbox"/>
2.	Je me sens bien préparé pour prévenir les conduites suicidaires et les crises suicidaires chez les personnes à risque de suicide. Précisez : (PERCEPTIONS – SENTIMENT D'EFFICACITÉ)			<input type="checkbox"/>
3.	sens confiant concernant ma capacité à mettre en œuvre des interventions efficaces pour prévenir les conduites suicidaires et la crise suicidaire. Précisez : (PERCEPTIONS – SENTIMENT D'EFFICACITÉ)			<input type="checkbox"/>
4.	Je me perçois comme un psychologue efficace en prévention de conduites suicidaires et de la crise suicidaire. Précisez : (PERCEPTIONS – SENTIMENT D'EFFICACITÉ)			<input type="checkbox"/>
5.	Je me sens confortable avec les principes et les techniques du pour prévenir les conduites suicidaires et la crise suicidaire. Précisez : (PERCEPTIONS – SENTIMENT D'EFFICACITÉ)			<input type="checkbox"/>
6.	J'utilise présentement le plan de sécurité (ou autres types d'intervention) dans mon milieu de pratique pour prévenir les conduites suicidaires. Précisez quelles interventions et pour quelles raisons cela est utile : (COMPORTEMENTS – UTILISATION)			<input type="checkbox"/>
7.	J'utilise présentement le plan de sécurité (ou autres types d'intervention) dans mon milieu de pratique pour prévenir la crise suicidaire. Précisez quelles interventions et pour quelles raisons cela est utile : (COMPORTEMENTS – UTILISATION)			<input type="checkbox"/>
8.	Le plan de sécurité (ou autres types d'intervention) est efficace dans mon milieu de pratique pour prévenir les conduites suicidaires. Précisez quelles interventions et pour quelles situations cela est efficace : (COMPORTEMENTS -EFFICACITÉ)			<input type="checkbox"/>
9.	Le plan de sécurité (ou autres types d'intervention) est efficace dans mon milieu de pratique pour prévenir les crises suicidaires. Précisez quelles interventions et pour quelles situations cela est efficace : (COMPORTEMENTS - EFFICACITÉ)			<input type="checkbox"/>
10.	Je crois qu'il y aura des obstacles pour implanter le plan de sécurité dans mon milieu de pratique. Précisez : (COMPORTEMENTS – OUVERTE)			<input type="checkbox"/>

APPRENTISSAGES - CONNAISSANCES

Veuillez préciser votre degré de connaissances concernant le plan de sécurité précédent la formation.
Nous vous suggérons fortement d'ajouter des détails.

	1 Pas du tout	2 Un peu	3 Assez	4 Beaucoup
1.	Êtes-vous en mesure de dire ce qu'est une conduite suicidaire ?			<input type="checkbox"/>
2.	Êtes-vous en mesure de dire ce qui différencie le trouble des conduites suicidaires des lésions auto-infligées non suicidaires ?			<input type="checkbox"/>
3.	Êtes-vous en mesure de nommer les différents types de conduites suicidaires ?			<input type="checkbox"/>
4.	Êtes-vous en mesure de définir ce qu'est un plan de sécurité ?			<input type="checkbox"/>
5.	Êtes-vous en mesure de nommer les trois grands états en psychologie ?			<input type="checkbox"/>
6.	Êtes-vous en mesure de définir ce qu'est une crise suicidaire ?			<input type="checkbox"/>
7.	Êtes-vous en mesure de définir ce qu'est un facteur de risque, ce qu'est un facteur de protection et d'en nommer quelques-uns ?			<input type="checkbox"/>
8.	Êtes-vous en mesure d'expliquer les conduites suicidaires et la crise suicidaire selon le modèle des facteurs de risque et de protection ?			<input type="checkbox"/>
9.	Êtes-vous en mesure d'expliquer brièvement en quoi le plan de sécurité est un bon moyen de prévention pour les conduites suicidaires et la crise suicidaire ?			<input type="checkbox"/>
10.	Êtes-vous en mesure de nommer les 4 mises en garde pour le plan de sécurité ?			<input type="checkbox"/>
11.	Êtes-vous en mesure de différencier le contrat de non suicide du plan de sécurité ?			<input type="checkbox"/>
12.	Êtes-vous en mesure de nommer les six sections du plan de sécurité ?			<input type="checkbox"/>
13.	Êtes-vous en mesure d'identifier à quel moment de la thérapie comportementale et cognitive le plan de sécurité peut être établi ?			<input type="checkbox"/>
14.	Êtes-vous en mesure de nommer les 8 étapes ou habiletés pour faire un plan de sécurité ?			<input type="checkbox"/>
15.	Êtes-vous en mesure de dire ce qu'il faut faire avant d'avoir établi un plan de sécurité ?			<input type="checkbox"/>
16.	Êtes-vous en mesure de personnaliser le plan de sécurité ?			<input type="checkbox"/>
17.	Êtes-vous en mesure de dire ce qu'il faut faire après avoir établi un plan de sécurité ?			<input type="checkbox"/>
18.	Êtes-vous en mesure de dire en quoi une attitude collaborative est nécessaire pour établir un plan de sécurité ?			<input type="checkbox"/>
19.	Êtes-vous en mesure d'expliquer ce qu'est un signe avant-coureur des conduites suicidaires et de la crise suicidaire ?			<input type="checkbox"/>
20.	Êtes-vous en mesure d'expliquer ce qu'est une stratégie d'adaptation pour la prévention des conduites suicidaires et de la crise suicidaire ?			<input type="checkbox"/>
21.	Êtes-vous en mesure de saisir l'importance de la sécurisation du milieu ?			<input type="checkbox"/>

No. Sujet :

Date d'administration :
Jour Mois Année

FORMATION PORTANT SUR LE PLAN DE SÉCURITÉ POUR CONDUITES SUICIDAIRES

CAHIER DU PARTICIPANT

QUESTIONNAIRES APRÈS LA FORMATION (TEMPS 2)

Information du participant (1A)

Perceptions – Appréciation (2A)

Perceptions – Sentiment d'efficacité (2B)

Perceptions – Utilité de l'intervention (2C)

Perceptions – Faisabilité de l'intervention (2D)

Apprentissages – Connaissances (3A)

Apprentissages – Attitudes (3B) et Habiletés (3C)

Comportements – Utilisation (4A)

Comportements – Efficacité (4B)

Compétences – prévention du suicide (5)

Université du Québec à Montréal

13-12-2021

Version 3

PERCEPTIONS – COMMENTAIRES GÉNÉRAUX

Veillez répondre aux questions ci-dessous pour nous aider à améliorer la formation.

Qu'avez-vous le plus aimé de la formation ?	Qu'avez-vous le moins aimé de la formation ?
Avons-nous répondu à vos attentes ?	Que pouvons-nous améliorer ?
Autres commentaires	

PERCEPTIONS ET COMPORTEMENTS

Veuillez indiquer vos perceptions face à ces situations.

Mettez un chiffre de 1 à 4 pour chaque énoncé.

	1	2	3	4
	Pas du tout en accord	Peu en accord	Assez en accord	Tout à fait en accord
1.	J'ai maintenant une formation suffisante pour établir un plan de sécurité avec succès. Précisez : (PERCEPTIONS – SENTIMENT D'EFFICACITÉ)			<input type="checkbox"/>
2.	Je me sens maintenant bien préparé pour établir un plan de sécurité. Précisez : (PERCEPTIONS – SENTIMENT D'EFFICACITÉ)			<input type="checkbox"/>
3.	Je suis convaincu de ma capacité à établir un plan de sécurité. Précisez : (PERCEPTIONS – SENTIMENT D'EFFICACITÉ)			<input type="checkbox"/>
4.	Je me perçois comme un psychologue efficace en prévention de conduites suicidaires et de la crise suicidaire. Précisez : (PERCEPTIONS – SENTIMENT D'EFFICACITÉ)			<input type="checkbox"/>
5.	Je me sens confortable avec les principes et les techniques du plan de sécurité. Précisez : (PERCEPTIONS – SENTIMENT D'EFFICACITÉ)			<input type="checkbox"/>
6.	Je perçois que le plan de sécurité offre quelque chose de plus que ce que j'utilisais déjà pour prévenir les conduites suicidaires et de la crise suicidaire. Précisez : (PERCEPTIONS – UTILITÉ)			<input type="checkbox"/>
7.	Je trouve que ma façon de fonctionner était suffisante sans ajouter l'intervention du plan de sécurité. Précisez : (PERCEPTIONS – UTILITÉ)			<input type="checkbox"/>
8.	Le plan de sécurité sera utile pour prévenir les conduites suicidaires et la crise suicidaire. Précisez : (PERCEPTIONS – UTILITÉ)			<input type="checkbox"/>
9.	Un changement dans mes priorités est nécessaire pour commencer à établir des plans de sécurité. Précisez : (PERCEPTIONS – FAISABILITÉ)			<input type="checkbox"/>
10.	Il se passe trop de choses pour mettre en œuvre correctement des plans de sécurité. Précisez : (PERCEPTIONS – FAISABILITÉ)			<input type="checkbox"/>
11.	Le plan de sécurité est une intervention incomparable pour la prévention des conduites suicidaires et de la crise suicidaire. Précisez : (PERCEPTIONS – FAISABILITÉ)			<input type="checkbox"/>
12.	Je perçois que l'utilisation du plan de sécurité est contraignante. Précisez : (PERCEPTIONS – UTILITÉ ET FAISABILITÉ)			<input type="checkbox"/>
13.	Je perçois qu'établir un plan de sécurité n'est pas trop difficile. Précisez : (PERCEPTIONS – FAISABILITÉ)			<input type="checkbox"/>

	1 Pas du tout en accord	2 Peu en accord	3 Assez en accord	4 Tout à fait en accord
14.	Je perçois que les procédures et techniques relatives au plan de sont cohérentes avec ma formation de base. Précisez : (PERCEPTIONS – FAISABILITÉ)			<input type="checkbox"/>
15.	Je perçois que les ressources dont j'ai besoin pour établir des plans de sécurité sont à ma disposition. Précisez : (PERCEPTIONS – FAISABILITÉ)			<input type="checkbox"/>
16.	La façon dont le plan de sécurité a été enseigné m'a fait sentir que je peux l'appliquer pour prévenir les conduites suicidaires et la crise suicidaire. Précisez : (PERCEPTIONS – APPRÉCIATION)			<input type="checkbox"/>
17.	Les formateurs comprennent comment j'utiliserai le plan de sécurité dans mon milieu de pratique. Précisez : (PERCEPTIONS – APPRÉCIATION)			<input type="checkbox"/>
18.	La formation m'a aidé à savoir comment établir des plans de sécurité dans mon milieu de pratique. Précisez : (PERCEPTIONS – APPRÉCIATION)			<input type="checkbox"/>
19.	Les vignettes et exemples utilisées en formation sont similaires à celles que je rencontrerai dans ma pratique. Précisez : (PERCEPTIONS – APPRÉCIATION)			<input type="checkbox"/>
20.	Je crois qu'il y aura des obstacles à mettre en œuvre des plans de sécurité dans mon milieu de pratique. Précisez : (COMPORTEMENTS – OUVERTE)			<input type="checkbox"/>
21.	Je prévois utiliser le plan de sécurité dans mon milieu de pratique pour prévenir les conduites suicidaires. Précisez : (COMPORTEMENTS – UTILISATION)			<input type="checkbox"/>
22.	Je prévois utiliser le plan de sécurité dans mon milieu de pratique pour prévenir la crise suicidaire. Précisez : (COMPORTEMENTS – UTILISATION)			<input type="checkbox"/>
23.	Le plan de sécurité sera efficace dans mon milieu de pratique pour prévenir les conduites suicidaires. Précisez : (COMPORTEMENTS – EFFICACITÉ)			<input type="checkbox"/>
24.	Le plan de sécurité sera efficace dans mon milieu de pratique pour prévenir la crise suicidaire. Précisez : (COMPORTEMENTS – EFFICACITÉ)			<input type="checkbox"/>

APPRENTISSAGES - CONNAISSANCES

Veuillez préciser votre degré de connaissances concernant le plan de sécurité précédent la formation. Nous vous suggérons fortement d'ajouter des détails.

	1 Pas du tout	2 Un peu	3 Assez	4 Beaucoup
1.	Êtes-vous en mesure de dire ce qu'est une conduite suicidaire ?			<input type="checkbox"/>
2.	Êtes-vous en mesure de dire ce qui différencie le trouble des conduites suicidaires des lésions auto-infligées non-suicidaires ?			<input type="checkbox"/>
3.	Êtes-vous en mesure de nommer les différents types de conduites suicidaires ?			<input type="checkbox"/>
4.	Êtes-vous en mesure de définir ce qu'est un plan de sécurité ?			<input type="checkbox"/>
5.	Êtes-vous en mesure de nommer les trois grands états en psychologie ?			<input type="checkbox"/>
6.	Êtes-vous en mesure de définir ce qu'est une crise suicidaire ?			<input type="checkbox"/>
7.	Êtes-vous en mesure de définir ce qu'est un facteur de risque, ce qu'est un facteur de protection et d'en nommer quelques-uns ?			<input type="checkbox"/>
8.	Êtes-vous en mesure d'expliquer les conduites suicidaires et la crise suicidaire selon le modèle des facteurs de risque et de protection ?			<input type="checkbox"/>
9.	Êtes-vous en mesure d'expliquer brièvement en quoi le plan de sécurité est un bon moyen de prévention de prévention pour les conduites suicidaires et la crise suicidaire?			<input type="checkbox"/>
10.	Êtes-vous en mesure de nommer les 4 mises en garde pour le plan de sécurité?			<input type="checkbox"/>
11.	Êtes-vous en mesure de différencier le contrat de non suicide du plan de sécurité ?			<input type="checkbox"/>
12.	Êtes-vous en mesure de nommer les six sections du plan de sécurité ?			<input type="checkbox"/>
13.	Êtes-vous en mesure d'identifier à quel moment de la thérapie comportementale et cognitive le plan de sécurité peut être établi ?			<input type="checkbox"/>
14.	Êtes-vous en mesure de nommer les 8 étapes ou habiletés pour faire un plan de sécurité ?			<input type="checkbox"/>
15.	Êtes-vous en mesure de dire ce qu'il faut faire avant d'avoir établi un plan de sécurité ?			<input type="checkbox"/>
16.	Êtes-vous en mesure de personnaliser le plan de sécurité ?			<input type="checkbox"/>
17.	Êtes-vous en mesure de dire ce qu'il faut faire après avoir établi un plan de sécurité ?			<input type="checkbox"/>
18.	Êtes-vous en mesure de dire en quoi une attitude collaborative est nécessaire pour établir un plan de sécurité ?			<input type="checkbox"/>
19.	Êtes-vous en mesure d'expliquer ce qu'est un signe avant-coureur des conduites suicidaires et de la crise suicidaire ?			<input type="checkbox"/>
20.	Êtes-vous en mesure d'expliquer ce qu'est une stratégie d'adaptation pour la prévention des conduites suicidaires et de la crise suicidaire ?			<input type="checkbox"/>
21.	Êtes-vous en mesure de saisir l'importance de la sécurisation du milieu ?			<input type="checkbox"/>

MATÉRIEL POUR EXERCICE PRATIQUE

Numéro du participant :

Consigne :

D'abord, lisez attentivement la vignette suivante. Ensuite, remplissez le plan de sécurité comme vous le feriez dans votre milieu de pratique, en donnant le plus de détails et d'exemples possible.

Thomas est un jeune garçon de 15 ans qui se présente à l'urgence après s'être intoxiqué avec des Aspirines. Après un lavage d'estomac, l'équipe médicale ne voit pas le besoin d'une hospitalisation. Le psychologue à la clinique psychiatrique évalue Thomas. Ce clinicien rencontre séparément Thomas et ses parents. Au cours de l'entretien, Thomas rapporte que son ingestion était, en fait, une tentative de suicide et que le principal déclencheur de celle-ci était un conflit avec ses parents juste avant l'ingestion de pilules. Il rapporte qu'il a de bonnes relations avec ses parents, qu'il apprécie le temps passé avec eux, mais qu'il a souvent peur de les décevoir. Au moment où Thomas est évalué à l'urgence, il se sent honteux et coupable d'avoir fait ce geste et se dit soulagé que celui-ci n'ait pas fonctionné. Il avait pensé à l'arme à feu de son père, mais se dit soulagé de ne pas avoir pris ce moyen. Lors de l'entretien avec les parents de Thomas, ceux-ci semblent réaliser la gravité de la situation, mais racontent qu'ils n'en sont pas à leur première visite en psychiatrie, étant donné les antécédents de troubles de santé mentale d'autres membres de la famille. Les deux parents sont sous le choc et racontent que leur fils s'isolait plus dernièrement et entretenait des propos pessimistes sur la vie. Ils lui avaient conseillé de reprendre les cours de yoga qu'il aimait tant et d'aller à la maison des jeunes du quartier. Or, leurs propos n'ont rien donné. Ils souhaitent maintenant bien accompagner leur fils dans sa détresse.

APPRENTISSAGES (ATTITUDES ET HABILITÉS)

Ensuite à partir de cette vignette, décrivez comment vous aborderiez Thomas

A) Qu'est-ce que vous feriez d'abord ?

Réponse :

B) Quelle attitude vous adopteriez pour réaliser cet exercice avec Thomas ?

Réponse :

C) Que feriez-vous avant d'établir le plan de sécurité avec Thomas ?

Réponse :

D) Que feriez-vous après avoir établi le plan de sécurité avec Thomas ?

Réponse :

E) Établissez un plan de sécurité pour Thomas

Voir page suivante

Plan de sécurité - Thomas

Étape 1 : Signes avant-coureurs
Étape 2 : Stratégies d'adaptation personnelles
Étape 3 : Moyens de distractions
Étape 4 : Soutien interpersonnel
Étape 5 : Soutien professionnel
Étape 6 : Sécurisation du milieu de vie

Merci ! Votre participation et vos commentaires sont très précieux.

PERCEPTIONS – COMMENTAIRES GÉNÉRAUX

Veillez répondre aux questions ci-dessous pour nous aider à améliorer la formation.

Qu'avez-vous le plus aimé de la formation ?	Qu'avez-vous le moins aimé de la formation ?
Avons-nous répondu à vos attentes ?	Que pouvons-nous améliorer ?
Autres commentaires	

PERCEPTIONS ET COMPORTEMENTS

Veuillez indiquer vos perceptions face à ces situations.
Mettez un chiffre de 1 à 4 pour chaque énoncé.

	1	2	3	4
	Pas du tout en accord	Peu en accord	Assez en accord	Tout à fait en accord
1.	J'ai eu une formation suffisante pour établir un plan de sécurité avec succès. Précisez : (PERCEPTIONS – SENTIMENT D'EFFICACITÉ)			<input type="checkbox"/>
2.	J'ai été bien préparé pour établir un plan de sécurité. Précisez : (PERCEPTIONS – SENTIMENT D'EFFICACITÉ)			<input type="checkbox"/>
3.	J'ai maintenant une bonne capacité à établir un plan de sécurité. Précisez : (PERCEPTIONS – SENTIMENT D'EFFICACITÉ)			<input type="checkbox"/>
4.	Je me perçois comme un psychologue efficace en prévention de conduites suicidaires et de la crise suicidaire. Précisez : (PERCEPTIONS – SENTIMENT D'EFFICACITÉ)			<input type="checkbox"/>
5.	Je me sens confortable avec les principes et les techniques du plan de sécurité. Précisez : (PERCEPTIONS – SENTIMENT D'EFFICACITÉ)			<input type="checkbox"/>
6.	Je perçois que le plan de sécurité offre quelque chose de plus que ce que j'utilisais déjà pour prévenir les conduites suicidaires et de la crise suicidaire. Précisez : (PERCEPTIONS – UTILITÉ)			<input type="checkbox"/>
7.	Je trouve que ma façon de fonctionner était suffisante sans ajouter l'intervention du plan de sécurité. Précisez : (PERCEPTIONS – UTILITÉ)			<input type="checkbox"/>
8.	Le plan de sécurité m'est utile pour prévenir les conduites suicidaires et la crise suicidaire. Précisez : (PERCEPTIONS – UTILITÉ)			<input type="checkbox"/>
9.	Un changement dans mes priorités a été nécessaire pour commencer à établir des plans de sécurité. Précisez : (PERCEPTIONS – FAISABILITÉ)			<input type="checkbox"/>
10.	Il se passe trop de choses pour mettre en œuvre correctement des plans de sécurité. Précisez : (PERCEPTIONS – FAISABILITÉ)			<input type="checkbox"/>
11.	Le plan de sécurité est une intervention incomparable pour la prévention des conduites suicidaires et de la crise suicidaire. Précisez : (PERCEPTIONS – FAISABILITÉ)			<input type="checkbox"/>
12.	Je perçois que l'utilisation du plan de sécurité est contraignante. Précisez : (PERCEPTIONS – UTILITÉ ET FAISABILITÉ)			<input type="checkbox"/>
13.	Je perçois qu'établir un plan de sécurité n'est pas trop difficile. Précisez : (PERCEPTIONS – FAISABILITÉ)			<input type="checkbox"/>

	1	2	3	4
	Pas du tout en accord	Peu en accord	Assez en accord	Tout à fait en accord
14.	Je perçois que les procédures et techniques relatives au plan de sont cohérentes avec ma formation de base. Précisez : (PERCEPTIONS – FAISABILITÉ)			<input type="checkbox"/>
15.	Je perçois que les ressources dont j'ai besoin pour établir des plans de sécurité sont à ma disposition. Précisez : (PERCEPTIONS – FAISABILITÉ)			<input type="checkbox"/>
16.	La façon dont le plan de sécurité a été enseigné m'a fait sentir que je peux l'appliquer pour prévenir les conduites suicidaires et la crise suicidaire. Précisez : (PERCEPTIONS – APPRÉCIATION)			<input type="checkbox"/>
17.	Les formateurs comprennent comment j'allais utiliser le plan de sécurité dans mon milieu de pratique. Précisez : (PERCEPTIONS – APPRÉCIATION)			<input type="checkbox"/>
18.	La formation m'a aidé à savoir comment établir des plans de sécurité dans mon milieu de pratique. Précisez : (PERCEPTIONS – APPRÉCIATION)			<input type="checkbox"/>
19.	Les vignettes et exemples utilisées en formation sont similaires à celles que je rencontrerai dans ma pratique. Précisez : (PERCEPTIONS – APPRÉCIATION)			<input type="checkbox"/>
20.	Il y a eu des obstacles à mettre en œuvre des plans de sécurité dans mon milieu de pratique. Précisez : (COMPORTEMENTS – OUVERTE)			<input type="checkbox"/>
21.	J'ai utilisé le plan de sécurité dans mon milieu de pratique pour prévenir les conduites suicidaires. Précisez : (COMPORTEMENTS – UTILISATION)			<input type="checkbox"/>
22.	J'ai utilisé le plan de sécurité dans mon milieu de pratique pour prévenir la crise suicidaire. Précisez : (COMPORTEMENTS – UTILISATION)			<input type="checkbox"/>
23.	Le plan de sécurité a été efficace dans mon milieu de pratique pour prévenir les conduites suicidaires. Précisez : (COMPORTEMENTS – EFFICACITÉ)			<input type="checkbox"/>
24.	Le plan de sécurité a été efficace dans mon milieu de pratique pour prévenir la crise suicidaire. Précisez : (COMPORTEMENTS – EFFICACITÉ)			<input type="checkbox"/>

APPRENTISSAGES - CONNAISSANCES

Veillez préciser votre degré de connaissances concernant le plan de sécurité précédent la formation. Nous vous suggérons fortement d'ajouter des détails.

	1 Pas du tout	2 Un peu	3 Assez	4 Beaucoup
1.	Êtes-vous en mesure de dire ce qu'est une conduite suicidaire ?			<input type="checkbox"/>
2.	Êtes-vous en mesure de dire ce qui différencie le trouble des conduites suicidaires des lésions auto-infligées non-suicidaires ?			<input type="checkbox"/>
3.	Êtes-vous en mesure de nommer les différents types de conduites suicidaires ?			<input type="checkbox"/>
4.	Êtes-vous en mesure de définir ce qu'est un plan de sécurité ?			<input type="checkbox"/>
5.	Êtes-vous en mesure de nommer les trois grands états en psychologie ?			<input type="checkbox"/>
6.	Êtes-vous en mesure de définir ce qu'est une crise suicidaire ?			<input type="checkbox"/>
7.	Êtes-vous en mesure de définir ce qu'est un facteur de risque, ce qu'est un facteur de protection et d'en nommer quelques-uns ?			<input type="checkbox"/>
8.	Êtes-vous en mesure d'expliquer les conduites suicidaires et la crise suicidaire selon le modèle des facteurs de risque et de protection ?			<input type="checkbox"/>
9.	Êtes-vous en mesure d'expliquer brièvement en quoi le plan de sécurité est un bon moyen de prévention de prévention pour les conduites suicidaires et la crise suicidaire ?			<input type="checkbox"/>
10.	Êtes-vous en mesure de nommer les 4 mises en garde pour le plan de sécurité ?			<input type="checkbox"/>
11.	Êtes-vous en mesure de différencier le contrat de non suicide du plan de sécurité ?			<input type="checkbox"/>
12.	Êtes-vous en mesure de nommer les six sections du plan de sécurité ?			<input type="checkbox"/>
13.	Êtes-vous en mesure d'identifier à quel moment de la thérapie comportementale et cognitive le plan de sécurité peut être établi ?			<input type="checkbox"/>
14.	Êtes-vous en mesure de nommer les 8 étapes ou habiletés pour faire un plan de sécurité ?			<input type="checkbox"/>
15.	Êtes-vous en mesure de dire ce qu'il faut faire avant d'avoir établi un plan de sécurité ?			<input type="checkbox"/>
16.	Êtes-vous en mesure de personnaliser le plan de sécurité ?			<input type="checkbox"/>
17.	Êtes-vous en mesure de dire ce qu'il faut faire après avoir établi un plan de sécurité ?			<input type="checkbox"/>
18.	Êtes-vous en mesure de dire en quoi une attitude collaborative est nécessaire pour établir un plan de sécurité ?			<input type="checkbox"/>
19.	Êtes-vous en mesure d'expliquer ce qu'est un signe avant-coureur des conduites suicidaires et de la crise suicidaire ?			<input type="checkbox"/>
20.	Êtes-vous en mesure d'expliquer ce qu'est une stratégie d'adaptation pour la prévention des conduites suicidaires et de la crise suicidaire ?			<input type="checkbox"/>
21.	Êtes-vous en mesure de saisir l'importance de la sécurisation du milieu ?			<input type="checkbox"/>

Merci ! Votre participation et vos commentaires sont très précieux.

ANNEXE E

Grilles des attitudes et des habiletés

Grille abrégée des attitudes et des habiletés

Grille des attitudes et habiletés

Plan de sécurité pour conduites suicidaires



Numéro du participant: _____ Date de cotation: _____

Nom de l'examineur: _____

Veuillez indiquer en faisant un X dans quelle mesure vous observez la présence de ces éléments lors de l'exercice pratique.

Type de connaissance	Description	Cotation	
		0 Absent	1 Présent
Attitude			
	I. Collaboration		
Habiletés			
	I. Identifier les conduites suicidaires		
	II. Obtenir l'histoire des conduites suicidaires		
	III. Identifier les signes avant-coureurs		
	IV. Introduire le plan (fonctionnement)		
	V. Expliquer les six sections du plan		
	VI. Établir le plan (éléments pertinents aux six sections)		
	Section 1 Signes avant-coureurs		
	Section 2 Stratégies d'adaptation personnelles		
	Section 3 Moyens de distraction		
	Section 4 Soutien interpersonnel		
	Section 5 Soutien professionnel		
	Section 6 Sécurisation du milieu		
	VII. Implanter le plan		
	VIII. Effectuer un suivi		

Total attitude : /1

Total habiletés : /13

Grand total : /14

Notes :

Note : Cette grille est celle utilisée dans cette recherche doctorale.

Grille avancée et descriptive des attitudes et des habiletés

Grille des attitudes et habiletés							
Plan de sécurité pour conduites suicidaires							
							
Numéro du participant : _____ Date de cotation : _____ Nom de l'examineur : _____							
Veuillez indiquer en faisant un X dans quelle mesure vous observez la présence de ces éléments lors de l'exercice pratique.							
Type de connaissance	Description	Cotation					
		0	1	2	3	4	5
		Critères pas du tout présents	Bien en-dessous des critères	En-dessous des critères	Répond aux critères	Au-dessus des critères	Bien au-dessus des critères
Attitudes							
	I. Présence (être là, disponible)						
	II. Alliance (lien con iant)						
	III. Résonance (connexion empathique)						
	IV. Contenance (soutien sécurisant)						
	V. Guidance (conseils bienveillants)						
Habiletés							
	I. Identifier les conduites suicidaires						
	II. Obtenir l'histoire des conduites suicidaires						
	III. Identifier les signes avant-coureurs						
	IV. Introduire le plan (fonctionnement)						
	V. Expliquer les six sections du plan						
	VI. Établir le plan (éléments pertinents aux six sections)						
	Section 1 Signes avant-coureurs						
	Section 2 Stratégies d'adaptation personnelles						
	Section 3 Moyens de distraction						
	Section 4 Soutien interpersonnel						
	Section 5 Soutien professionnel						
	Section 6 Sécurisation du milieu						
	VII. Implanter le plan						
	VIII. Effectuer un suivi						
Notes :		Total attitudes : /15 Total habiletés : /65 Grand total : /80					

Description des huit habiletés pour le plan de sécurité pour conduites suicidaires

Habiletés	Description	Habiletés	Description
I. Identifier les conduites suicidaires	<ol style="list-style-type: none"> Poser des questions précises Durant les deux dernières semaines : <ol style="list-style-type: none"> Est-ce que vous vous êtes senti déprimé ou désespéré ? Est-ce que vous avez pensé à vous tuer ? Est-ce que vous avez essayé de vous tuer ? Si oui, quand cela est-il arrivé pour la dernière fois ? Déterminer les facteurs de risque et de protection Documenter le risque, l'urgence et la dangerosité Mener une entrevue psychologique classique 	V. Expliquer les six sections du plan de sécurité	<ol style="list-style-type: none"> Présenter les six sections du plan de sécurité Expliquer la façon de suivre les sections du plan; si l'étape en cours n'est pas aidante, il faut passer à la prochaine, alors que si elle aide à améliorer l'état, on s'arrête à celle-ci. À tout moment, si nécessaire, on saute à l'étape de contacter le soutien professionnel ou le 911 pour se protéger Compléter les six sections du plan avec la personne
II. Obtenir l'histoire des conduites suicidaires	<ol style="list-style-type: none"> Aider la personne à effectuer l'analyse en chaîne Aider la personne à comprendre la séquence d'événements qui ont mené à la conduite suicidaire Aider la personne à identifier ses déclencheurs et signes avant-coureurs Aider la personne à identifier un exemple de moment où il peut reprendre le contrôle en mettant en place des stratégies d'adaptation pour éviter l'escalade Valider la personne 	VI. Établir le plan de sécurité	<ol style="list-style-type: none"> Conserver une attitude de résonance et de contenance Identifier les meilleurs éléments à inclure dans le plan de sécurité Personnaliser le contenu et la forme À chacune des six sections : discuter, identifier, personnaliser et réviser au besoin
III. Introduire le plan de sécurité	<ol style="list-style-type: none"> Faire connaître la courbe des états psychologiques Expliquer que le plan de sécurité est un aide-mémoire en six sections Préciser que le plan de sécurité doit être personnalisé Conserver une attitude de présence et d'alliance Préciser que le plan de sécurité ne remplace pas les services d'urgence 	VII. Implanter le plan de sécurité	<ol style="list-style-type: none"> S'assurer que la personne utilise son plan de sécurité dans sa vie quotidienne Adapter le contenu et la forme du plan de sécurité
IV. Identifier les signes avant-coureurs	<ol style="list-style-type: none"> Durant l'histoire des conduites suicidaires, identifier les comportements, émotions, images, pensées, qui ont précédé les conduites suicidaires Préciser qu'il est nécessaire de s'entraîner, afin de réussir à détecter ses signes avant-coureurs pour identifier lorsqu'il est le temps de se protéger en suivant son plan de sécurité 	VIII. Effectuer un suivi	<ol style="list-style-type: none"> Explorer brièvement les deniers événements Explorer s'il y a eu des conduites suicidaires Évaluer l'efficacité et l'utilité perçue du plan de sécurité Mettre à jour le plan au besoin Conserver une attitude de guidance

Attitudes : PARC-G : Présence (être là disponible); Alliance (lien confiant); Résonance (connexion empathique); Contenance (soutien sécurisant); Guidance (conseils bienveillant)

ANNEXE F
Matériel éthique

**Groupe en éthique
de la recherche**
Piloter l'éthique de la recherche humaine

EPTC 2: FER



Certificat d'accomplissement

Ce document certifie que

Olivier L Bourdon

*a complété le cours : l'Énoncé de politique des trois Conseils :
Éthique de la recherche avec des êtres humains :
Formation en éthique de la recherche (EPTC 2 : FER)*

27 janvier, 2021

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE RENOUVELLEMENT

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* (avril 2020) de l'UQAM.

Titre du projet : Adaptation et évaluation d'une formation sur le Plan de Sécurité pour Crise Suicidaire

Nom de l'étudiant : Olivier L. Bourdon

Programme d'études : Doctorat en psychologie

Direction(s) de recherche : Réal Labelle

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 au plus tard un mois avant la date d'échéance (**2023-06-29**) de votre certificat. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.

Sylvie Lévesque
Professeure, Département de sexologie
Présidente du CERPÉ FSH

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche

ADAPTATION ET ÉVALUATION D'UNE FORMATION SUR LE PLAN DE SÉCURITÉ POUR CONDUITES SUICIDAIRES

Étudiant-chercheur

Olivier Bourdon, BSc
Doctorant, Département de psychologie, UQAM
l_bourdon.olivier@courrier.uqam.ca
Tel. : (514) 987-4184

Direction de recherche

Réal Labelle MPs, PhD
Professeur titulaire, Département de psychologie, UQAM
labelle.real@uqam.ca
Tel. : (514) 987-4184

Préambule

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche puisque vous avez manifesté votre intérêt et que vous avez répondu aux critères d'inclusion et d'exclusion. Ce projet de recherche porte uniquement sur la partie B de la formation *La thérapie comportementale et cognitive de la dépression avec ou sans conduites suicidaires* et s'intitule *Le plan de sécurité pour conduites suicidaires*. Nous vous demandons de participer à ce projet qui implique le visionnement de cette formation d'une durée d'environ 1 heure, de répondre à des questionnaires avant et après la formation, ainsi qu'au suivi, un mois après. Tout cela se déroulera en ligne et servira à recueillir des informations sur votre degré de satisfaction et d'apprentissage associé à la formation offerte. Avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles, de manière à ce que vous consentiez à participer en toute connaissance de cause.

Description du projet et de ses objectifs

Le but de cette étude est d'évaluer votre satisfaction et vos apprentissages, afin d'optimiser la formation pour les professionnels et professionnelles de la santé et des services sociaux francophones. Le projet se déroulera à l'automne 2021 et l'hiver 2022. Nous prévoyons recruter 25 psychologues et psychothérapeutes francophones, membres d'une association professionnelle et qui travaillent auprès d'une clientèle vulnérable et à risque suicidaire.

Nature et durée de votre participation

Cette recherche sera effectuée en ligne. Votre participation consistera : 1) à visionner la formation sur le plan de sécurité (environ 1h00); 2) à répondre à des questionnaires reçus par courriel avant et après la formation, ainsi qu'au suivi, un mois après (environ 30 à 45 minutes chaque fois). L'étudiant et son directeur seront ceux qui donneront la formation. Nous ferons notre possible pour que votre participation ne dépasse pas le temps spécifié dans cette description.

Avantages liés à la participation

Vous allez retirer fort probablement un bénéfice de votre participation à ce projet de recherche, mais nous ne pouvons pas vous l'assurer hors de tout doute. En fait, votre participation au projet de recherche pourra vous permettre de consolider ce que vous avez appris lors de la formation sur le plan de sécurité pour crise suicidaire. De plus, vous contribuerez à l'avancement de la science et à une formation novatrice en prévention de conduites suicidaires.

Risques liés à la participation

Outre le temps consacré à la participation à ce projet de recherche, il existe un léger risque d'inconfort lorsque vous répondrez au questionnaire. Cela pourrait provoquer un malaise et vous amener certaines émotions désagréables. Nous restons à votre disposition pour toutes questions ou inquiétudes. Vous êtes aussi libres de refuser de répondre à certaines questions qui vous seront posées dans la cadre de cette recherche. Sachez que nous vous transmettrons une liste de ressources que vous pourrez consulter en tout temps. L'autre inconvénient concerne le temps consacré à la participation à ce projet.

Confidentialité

Vos informations personnelles ne seront connues que de le chercheur principal, son directeur de recherche et un auxiliaire de recherche désigné du laboratoire sur les troubles de l'humeur et ne seront jamais dévoilées lors de la diffusion des résultats. Vos réponses aux questionnaires seront numérotés et seuls le chercheur principal et son directeur de recherche auront la liste des participants et participantes, ainsi que le numéro qui leur aura été attribué. Les documents seront détruits cinq ans après la dernière communication scientifique. Les résultats pourront être publiés ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera jamais possible de vous identifier.

Participation volontaire et retrait

Votre participation est entièrement libre et volontaire. Vous pouvez refuser de participer à ce projet ou vous retirer en tout temps sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de l'étude, vous n'avez qu'à aviser le chercheur principal Olivier Bourdon ou son directeur Pr Réal Labelle verbalement ; toutes les données vous concernant seront alors détruites.

Compensation

Bien que ce projet de recherche porte sur le plan de sécurité pour conduites suicidaires, l'entièreté de la formation ayant pour titre *La thérapie comportementale et cognitive de la dépression avec ou sans conduites suicidaires* vous sera offerte gratuitement, en guise de compensation pour les frais encourus en raison de votre participation au projet de recherche.

Utilisation secondaire des données

Acceptez-vous que les données de recherche soient 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. Acceptez-vous que les données de recherche soient utilisées dans le futur par d'autres chercheurs à ces conditions ?

Oui Non

Des questions sur le projet

Pour toute question additionnelle sur le projet et votre participation, vous pouvez communiquer avec :

Pr Réal Labelle, 514-987-4184, labelle.real@uqam.ca

Étudiant-chercheur Olivier Bourdon, 514-987-4184, bourdon.olivier@courrier.uqam.ca

Des questions sur vos droits ? Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants de la Faculté des sciences humaines impliquant des êtres humains (CERPÉ FSH) a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche sur le plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la coordination du CERPÉ FSH : cerpe.fsh@uqam.ca ou 514-987-3000, poste 3642].

Remerciements

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

Consentement

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques et les

inconvénients auxquels je m'expose tels que présentés dans le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à ma satisfaction.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement doit m'être remise.

Prénom et nom

Signature

Date

Engagement du chercheur

Je, soussigné(e) certifie

- (a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire ;
- (b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard ;
- (c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche ;
- (d) et que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Prénom et nom

Signature

Date

AVIS FINAL DE CONFORMITÉ

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* (avril 2020) de l'UQAM.

Titre du projet : Adaptation et évaluation d'une formation sur le Plan de Sécurité pour Crise Suicidaire

Nom de l'étudiant : Olivier L. Bourdon

Programme d'études : Doctorat en psychologie

Direction(s) de recherche : Réal Labelle

Merci de bien vouloir inclure une copie du présent document et de votre certificat d'approbation éthique en annexe de votre travail de recherche.

Les membres du CERPE FSH vous félicitent pour la réalisation de votre recherche et vous offrent leurs meilleurs vœux pour la suite de vos activités.



Sylvie Lévesque
Professeure, Département de sexologie
Présidente du CERPÉ FSH

RÉFÉRENCES

- Ahmedani, B. K., Simon, G. E., Stewart, C., Beck, A., Waitzfelder, B. E., Rossom, R., Lynch, F., Owen-smith, A., Hunkeler, E. M., Whiteside, U., Operskalski, B. H., Coffey, M. J. & Solberg, L. I. (2014). Health Care Contacts in the Year Before Suicide Death. *Journal of General Internal Medicine*, 29(6), 870-877. <https://doi.org/10.1007/s11606-014-2767-3>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd. Text rev.). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>.
- AMPQ (2022). Site web de l'association des médecins psychiatres du Québec (2022). <https://ampq.org/>
- Boudreaux, E. D., Miller, I., Goldstein, A. B., Sullivan, A. F., Allen, M. H., Manton, A. P., Arias, S. A. & Camargo, C. A., Jr. (2013). The Emergency Department Safety Assessment and Follow-up Evaluation (ED-SAFE): method and design considerations. *Contemporary Clinical Trials*, 36(1), 14-24. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2013.05.008>
- Breton, J. J., Bilodeau, H. & Boyer, R. (2001). *Guide pratique pour un programme en santé mentale: Planifier, implanter et évaluer*. Hôpital Rivière-des-Prairies.
- Breton, J. J., Raymond, S., Bogdan, B., Huynh, C., Guilé, J. M., Abadie, P., Labelle, R. & Renaud, J. (2016, novembre). *A Suicide safety plan for depressed and suicidal adolescents* [communication par affiche]. World Psychiatric Association International Congress, Cape Town, South Africa. <https://www.emedevents.com/c/medical-conferences-2016/world-psychiatric-association-wpa-international-congress-2016>
- Bryan, C. J., Mintz, J., Clemans, T. A., Leeson, B., Burch, T. S., Williams, S. R., Maney, E. & Rudd, M. D. (2017). Effect of crisis response planning vs. contracts for safety on suicide risk in U.S. Army Soldiers: A randomized clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 212, 64-72. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.028>
- Buus, N., Erlangsen, A., River, J., Andreasson, K., Frandsen, H., Larsen, J. L. S., Nordentoft, M. & Juel, A. (2020). Stakeholder Perspectives on Using and Developing the MYPLAN Suicide Prevention Mobile Phone Application: A Focus Group Study. *Archives of Suicide Research*, 24(1), 48-63. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1489319>
- Chesin, M. S., Stanley, B., Haigh, E. A. P., Chaudhury, S. R., Pontoski, K., Knox, K. L. & Brown, G. K. (2017). Staff views of an emergency department intervention using safety planning and structured follow-up with suicidal veterans. *Archives of Suicide Research*, 21(1), 127-137. <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1164642>
- Comtois, K. A., Jobes, D. A., S O'Connor, S., Atkins, D. C., Janis, K., E Chessen, C., Landes, S. J., Holen, A. & Yuodelis-Flores, C. (2011). Collaborative assessment and management of suicidality (CAMS): feasibility trial for next-day appointment services. *Depression and Anxiety*, 28(11), 963-972. <https://doi.org/10.1002/da.20895>
- Commission de la santé mentale du Canada (2018). *Recherche sur le suicide et sa prévention : Ce que révèlent les données probantes et sujets des travaux de recherche ultérieurs* (ISBN 978-1-77318-088-5). <https://commissionsantementale.ca/>
- Corbière, M. & Larivière, N. (2020). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes* (2e éd.). Presses de l'Université du Québec.

- Courtet, P., Sénèque, M. & Olié, É. (2014). Le DSM-5 prend en compte les conduites suicidaires. *La lettre du psychiatre*, 10(2). <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/21184.pdf>
- Cross, W. F., Chen, T., Schmeelk-Cone, K., Tu, X., Kleinman, M. & Gould, M. S. (2017). Trainer fidelity as a predictor of crisis counselors' behaviors with callers who express suicidal thoughts. *Psychiatric Services*, 68(10), 1083-1087. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600417>
- Currier, G. W., Brown, G. K., Brenner, L. A., Chesin, M., Knox, K. L., Ghahramanlou-Holloway, M. & Stanley, B. (2015). Rationale and study protocol for a two-part intervention: Safety planning and structured follow-up among veterans at risk for suicide and discharged from the emergency department. *Contemporary Clinical Trials*, 43, 179-184. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2015.05.003>
- Czajkowski, S. M., Powell, L. H., Adler, N., Naar-King, S., Reynold, K. D., Hunter, C. M., Laraia, D., Olster, D. H., Perna, F. M., Peterson, J. C., Epel, E., Boyington, J. E. & harlson, M. E. (2019). Using the ORBIT Model to Design an Intervention Promoting Healthy Weight Gain During Pregnancy: the Value of an Iterative and Incremental Approach to Intervention Development. *International Journal of Behavioural Medicine*, 26(5), 457-460. <https://doi.org/10.1007/s12529-019-09812-4>
- De Leo, D., Cerin, E., Spathonis, K. & Burgis, S. (2005). Lifetime risk of suicide ideation and attempts in an Australian community: prevalence, suicidal process, and help-seeking behaviour. *Journal of Affective Disorders*, 86(2-3), 215-224. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.02.001>
- Dueweke, A. R. & Bridges, A. J. (2018). Suicide interventions in primary care: A selective review of the evidence. *Families, Systems, & Health*, 36(3), 289-302. <https://doi.org/10.1037/fsh0000349>
- Fenwick, C. D., Vassilas, C. A., Carter, H. & Haque, M. S. (2004). Training health professionals in the recognition, assesment and management of suicide risk. *International Journal of Behavioural Medicine*, 8(2), 117-121. <https://doi.org/10.1080/>
- Field, A. (2017). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (5e éd.). Sage Publications.
- Galynker, I., Yaseen, Z. S., Cohen, A., Benhamou, O., Hawes, M. & Briggs, J. (2017). Prediction of suicidal behavior in high risk psychiatric patients using an assessment of acute suicidal state: The suicide crisis inventory. *Depression and Anxiety*, 34(2), 147-158. <https://doi.org/10.1002/da.22559>
- Gamarra, J. M., Luciano, M. T., Gradus, J. L. & Wiltsey Stirman, S. (2015). Assessing Variability and Implementation Fidelity of Suicide Prevention Safety Planning in a Regional VA Healthcare System. *Crisis*, 36(6), 433-439. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000345>
- Gendreau, G. (2009). *Partager ses compétences 1*. Béliveau.
- Ginnis, K., White, E. M., Ross, A. M. & Wharff, E. A. (2013). Family-Based Crisis Intervention in the Emergency Department : A New Model of Care. *Journal of Child and Family Studies*, 24(1), 172-179. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9823-1>
- Gould, M. S., Cross, W., Pisani, A. R., Munfakh, J. L. & Kleinman, M. (2013). Impact of Applied Suicide Intervention Skills Training on the National Suicide Prevention Lifeline. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(6), 676-691. <https://doi.org/10.1111/sltb.12049>
- Green, J. D., Kearns, J. C., Rosen, R. C., Keane, T. M. & Marx, B. P. (2018). Evaluating the Effectiveness of Safety Plans for Military Veterans: Do Safety Plans Tailored to Veteran Characteristics Decrease Suicide Risk? *Behavior Therapy*, 49(6), 931-938. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.11.005>
- Guilé, J.-M. (2015). Enseignement Résidence en psychiatrie. Université Picardie Jules Verne, Amiens, France.

- Heinsch, M., Sampson, D., Huens, V., Handley, T., Hanstock, T., Harris, K. & Kay-Lambkin, F. (2020). Understanding ambivalence in help-seeking for suicidal people with comorbid depression and alcohol misuse. *PLoS One*, 15(4), e0231647. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231647>
- Janelle, A. (2014). *Thérapie comportementale dialectique auprès d'adolescents en milieu psychiatrique: Étude pilote et étude évaluative* [thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal]. <https://archipel.uqam.ca/6552/>
- Jobes, D. A. (2012). The Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS): an evolving evidence-based clinical approach to suicidal risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(6), 640-653. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00119.x>
- Jobes, D. A. (2016). *Managing suicidal risk: A collaborative approach* (2e éd.). The Guilford Press.
- Kennard, B. D., Biernesser, C., Wolfe, K. L., Foxwell, A. A., Craddock Lee, S. J., Rial, K. V., Patel, S., Cheng, C., Goldstein, T., McMakin, D., Blastos, B., Douaihy, A., Zelazny, J. & Brent, D. A. (2015). Developing a Brief Suicide Prevention Intervention and Mobile Phone Application: a Qualitative Report. *Journal of Technology in Human Services*, 33(4), 345-357. <https://doi.org/10.1080/15228835.2015.1106384>
- Kirkpatrick, J. D. & Kirkpatrick, W. K. (2016). *Kirkpatrick's Four Levels of Training Evaluation*. Association for Talent Development.
- Knox, K. L., Stanley, B., Currier, G. W., Brenner, L., Ghahramanlou-Holloway, M. & Brown, G. K. (2012). An emergency department-based brief intervention for veterans at risk for suicide (SAFE VET). *American Journal of Public Health*, 102(S1), S33-37. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300501>
- Labelle, R. (2018, mai). *Comment élaborer un plan de sécurité pour la crise suicidaire [vidéo]*. Webinaire présenté par le Centre de Recherche et d'Intervention sur le suicide et pratiques de fin de vie, Université du Québec à Montréal. <https://crise.ca/webinaires/saison-2018/comment-elaborer-un-plan-de-securite-pour-la-crise-suicidaire/>
- Labelle, R. & Bardon, C. (2019, novembre). *Devis de recherche - Premiers soins en santé mentale pour les jeunes - Évaluation de l'implantation du programme*. Pour l'Université du Québec à Montréal.
- Labelle, R., Bardon, C. & Guay, S. (2019, octobre). *Évaluation de l'implantation du programme Premiers soins en santé mentale pour les jeunes au sein des services du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal et dans les organismes communautaires du territoire*. Pour la direction jeunesse du CIUSSS de l'est de l'île de Montréal.
- Labelle, R. (2020). *Intervention comportementale et cognitive pour la dépression*. [Note de cours], Département de psychologie, Université du Québec à Montréal.
- Labelle, R. & Bourdon, O. (2021). *La thérapie comportementale et cognitive de la dépression avec ou sans conduites suicidaires [vidéo]*. ASADIS.net. <https://asadis.net/fr/formation/therapie-comportementale-cognitive-depression-avec-sans-conduites-suicidaires/>
- Labouliere, C. D., Stanley, B., Lake, A. M. & Gould, M. S. (2020). Safety Planning on Crisis Lines: Feasibility, Acceptability, and Perceived Helpfulness of a Brief Intervention to Mitigate Future Suicide Risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 50(1), 29-41. <https://doi.org/10.1111/sltb.12554>

- Lane, J., Archambault, J., Collins-Poulette, M. & Camirand, R. (2010, 24 septembre). *Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et des services sociaux* (publication no. 10-247-02). Ministère de la santé et des services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000751/#:~:text=Le%20Guide%20de%20bonnes%20pratiques,dangerosit%C3%A9%20du%20pas sage%20%C3%A0%20>
- Levesque, P., Perron, P.-A. (2023, 1er février). *Les comportements suicidaires au Québec — portrait 2023* (ISBN 978-2-550-93872-9). Institut nationale de la santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3294-comportements-suicidaires-quebec.pdf>
- Macneil, C., Foster, F., Nicoll, A., Osman, H., Monfries, R. & Cotton, S. (2018). Evaluation of a professional development training programme for mental health clinicians specializing in early psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 12(3), 483-490. <https://doi.org/10.1111/eip.12424>
- Matarazzo, B. B., Homaifar, B. Y. & Wortzel, H. S. (2014). Therapeutic risk management of the suicidal patient: safety planning. *Journal of Psychiatric Practice*, 20(3), 220-224. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000450321.06612.7a>
- Mazet, P. & Darcourt, G. (2000, 19-20 octobre). *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*. Rapport de la conférence de consensus sur la crise suicidaire, Paris, Hôpital de la Salpêtrière. Pour l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge
- McCabe, R., Garside, R., Backhouse, A. & Xanthopoulou, P. (2018). Effectiveness of brief psychological interventions for suicidal presentations: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 18(120), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1663-5>
- Mirick, R., McCauley, J., Bridger, J. & Berkowitz, L. (2016). Continuing Education on Suicide Assessment and Crisis Intervention: What Can We Learn About the Needs of Mental Health Professionals in Community Practice? *Community Mental Health Journal*, 52(5), 501-510. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9884-2>
- Mishara, B. (2020, 14 avril). Le CRISE, la COVID-19 et la prévention du suicide. *Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie*. <https://crise.ca/nouvelles/le-crise-la-covid-19-et-la-prevention-du-suicide/>
- Mishara, B. & Tousignant, M. (2018). *Comprendre le suicide*. Les Presses de l'Université de Montréal.
- Moscardini, E. H., Hill, R. M., Dodd, C. G., Do, C., Kaplow, J. B. & Tucker, R. P. (2020). Suicide Safety Planning: Clinician Training, Comfort, and Safety Plan Utilization. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6444. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186444>
- Nuij, C., van Ballegooijen, W., de Beurs, D., Juniar, D., Erlangsen, A., Portzky, G., O'Connor, R. C., Smit, J. H., Kerkhof, A. & Riper, H. (2021). Safety planning-type interventions for suicide prevention: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 219(2), 419-426. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.50>
- OMS. (2019). *Life expectancy and leading causes of death and disability*. Organisation mondiale de la santé. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>
- OPQ (2021). *Rapport annuel 2020-2021* (ISBN 978-2-923164-62-5). https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/0/OPQ_RapportAnnuel_2020-2021_Web.pdf/4df35182-afea-db0e-3a64-cd7dbac0845b

- OPQ. (2020). *Résumé des 4 exigences pour être psychothérapeute*. Ordre des psychologues du Québec. <https://www.ordrepsy.qc.ca/resume-des-4-exigences>
- Patel, M. X., Doku, V. & Tennakoon, L. (2003). Challenges in recruitment of research participants. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9(3), 229-238. <https://doi.org/https://doi.org/10.1192/apt.9.3.229>
- Peake, T. H., Borduin, C. M. & Archer, R. P. (1988). *Brief Psychotherapies: Changing Frames of Mind*. SAGE Publications.
- Posner, K., Melvin, G. A., Stanley, B., Oquendo, M. A. & Gould, M. (2007). Factors in the assessment of suicidality in youth. *CNS Spectrum*, 12(2), 156-162. <https://doi.org/10.1017/s1092852900020678>
- Ministère de la santé et de services sociaux (2022, 13 mai 2022). *La stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 - Rallumer l'espoir* (ISBN 978-2-550-91559-1). Ministère de la santé et de services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003383/>
- Rassy, J., Daneau, D., Larue, C., Rahme, E., Low, N., Lamarre, S., Turecki, G., Bonin, J.-P., Racine, H., Morin, S., Dasgupta, K., Renaud, J. & Lesage, A. (2022). Measuring Quality of Care Received by Suicide Attempters in the Emergency Department. *Archives of Suicide Research*, 26(1), 1-10. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1793043>
- Raymond, S., Abadie, P., Breton, J. J. & Balan, B. (2016). Crises suicidaires chez les adolescents : Le plan de sécurité. *Perspective infirmière*, 13(1), 23-25.
- Reyes-Portillo, J. A., McGlinchey, E. L., Toso-Salman, J., Chin, E. M., Fisher, P. W. & Mufson, L. (2019). Clinician Experience and Attitudes Toward Safety Planning with Adolescents at Risk for Suicide. *Archives of Suicide Research*, 23(2), 222-233. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1456382>
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W. & Freeman, H. E. (2004). *Evaluation. A systematic approach* (6e éd.). Sage Publications.
- Routhier, D., Leduc, N., Lesage, A. & Benigeri, M. (2012). Portrait of the use of mental health services before and after a suicide attempt requiring hospitalization [Portrait du recours aux services de santé mentale avant et après une tentative de suicide qui requiert une hospitalization]. *Santé Mentale au Québec*, 37(2), 223-237. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1014953ar>
- Ryan, J., Lopian, L., Le, B., Edney, S., Van Kessel, G., Plotnikoff, R., Vandelanotte, C., Olds, T. & Maher, C. (2019). It's not raining men: a mixed-methods study investigating methods of improving male recruitment to health behaviour research. *BMC Public Health*, 19(1), 814. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7087-4>
- Séguin, M. & Huon, P. (1999). *Le suicide: Comment prévenir, comment intervenir*. Les éditions logiques.
- Sher, L. & LaBode, V. (2011). Teaching health care professionals about suicide safety planning. *Psychiatra Danubia*, 23(4), 396-397.
- Siegel, D. J. (2010). *The mindful therapist: A clinician's guide to mindfulness and neural integration*. W. W. Norton & Co.
- Sinyor, M., Knipe, D., Borges, G., Ueda, M., Pirkis, J., Phillips, M. R., Gunnell, D. & International COVID-19 Suicide Prevention Research Collaboration (2022). Suicide Risk and Prevention During the COVID-19 Pandemic: One Year On. *Archives of Suicide Research*, 26(4), 1944-1949. <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1955784>

- Stanley, B. & Brown, G. K. (2020, septembre). *Safety Plan Intervention* training [présentation des conférenciers invités]. Département de psychiatrie, University of Columbia, New York. Formation présentée aux membres et collaborateurs du laboratoire sur les troubles de l'humeur de l'Université du Québec à Montréal, QC.
- Stanley, B. & Brown, G. K. (2008). *The Safety Plan Treatment Manual to Reduce Suicide Risk: Veteran Version*. United States Department of Veterans Affairs. <https://sefbhn.org/assets/zero-suicide-recommended-evaluation-tools/safety-plans/stanley-brown-safety-manual.pdf>
- Stanley, B. & Brown, G. K. (2012). Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256-264. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>
- Stanley, B., Brown, G. K., Brenner, L. A., Galfalvy, H. C., Currier, G. W., Knox, K. L., Chaudhury, S. R., Bush, A. L. & Green, K. L. (2018). Comparison of the Safety Planning Intervention With Follow-up vs Usual Care of Suicidal Patients Treated in the Emergency Department. *JAMA Psychiatry*, 75(9), 894-900. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1776>
- Stanley, B., Brown, G. K., Currier, G. W., Lyons, C., Chesin, M. & Knox, K. L. (2015). Brief Intervention and Follow-Up for Suicidal Patients With Repeat Emergency Department Visits Enhances Treatment Engagement. *American Journal of Public Health*, 105(8), 1570-1572. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302656>
- Stanley, B. H., Simpson, S., Wortzel, H. S. & Joiner, T. E. (2019). Documenting suicide risk assessments and proportionate clinical actions to improve patient safety and mitigate legal risk. *Behavioral Science & the Law*, 37(3), 304-312. <https://doi.org/10.1002/bsl.2409>
- Statistique Canada (2020). Données sur le suicide au Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Composante annuelle (ESCC)*. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/suicide-canada-key-statistics-infographic.html>
- Statistique Canada (2023). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Composante annuelle (ESCC), 2023* (publication no 3226 https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=1263799
- Stewart, K. L., Darling, E. V., Yen, S., Stanley, B., Brown, G. K. & Weinstock, L. M. (2018). Dissemination of the Safety Planning Intervention (SPI) to University Counseling Center Clinicians to Reduce Suicide Risk Among College Students. *Archives of Suicide Research*, 24(sup1), 75-85. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1531797>
- Vaismoradi, M., Turunen, H. & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & Health Sciences*, 15(3), 398-405. <https://doi.org/10.1111/nhs.12048>
- Vandewalle, J., Beeckman, D., Van Hecke, A., Debyser, B., Deproost, E. & Verhaeghe, S. (2019). Promoting and preserving safety and a life-oriented perspective': A qualitative study of nurses' interactions with patients experiencing suicidal ideation. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(5), 1119-1131. <https://doi.org/10.1111/inm.12623>
- Vasiliadis, H. M., Ngamini-Ngui, A. & Lesage, A. (2015). Factors associated with suicide in the month following contact with different types of health services in Quebec. *Psychiatric Services*, 66(2), 121-126. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400133>

- Walby, F. A., Myhre, M. O. & Kildahl, A. T. (2018). Contact With Mental Health Services Prior to Suicide : A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatric Services*, 69(7), 751-759. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700475>
- Walters, A. S. (2020). Implementing a safety plan intervention as part of suicide risk screening. *The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter*, 36(3), 1-8. <https://doi.org/10.1002/cbl.30450>
- Wenzel, A., Brown, G. K. & Beck, A. T. (2009). *Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications*. American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1037/11862-000>
- Wharff, E. A., Ginnis, K. M. & Ross, A. M. (2012). Family-based crisis intervention with suicidal adolescents in the emergency room: a pilot study. *Social Work*, 57(2), 133-143. <https://doi.org/10.1093/sw/sws017>
- Yaseen, Z., Katz, C., Johnson, M. S., Eisenberg, D., Cohen, L. J. & Galynker, I. I. (2010). Construct development: The Suicide Trigger Scale (STS-2), a measure of a hypothesized suicide trigger state. *BMC Psychiatry*, 10(110), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-110>
- Zonana, J., Simberlund, J. & Christos, P. (2018). The Impact of Safety Plans in an Outpatient Clinic. *Crisis*, 39(4), 304-309. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000495>
- Zuckerbrot, R. A., Cheung, A. H., Jensen, P. S., Stein, R. E. K., Laraque, D. & Group, G. P. S. (2007). Guidelines for adolescent depression in primary care (GLAD-PC): Part I. Practice Preparation, Identification, Assessment, and Initial Management. *Pediatrics*, 141(3), 1-21. <https://doi.org/e2017408>