



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

Stratégie innovante de mobilisation des connaissances en prévention du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA : collaborer avec le réseau pour améliorer les services

Projet financé dans le cadre du concours CNRIS – OPHQ

N/Réf. : 2231

Période : 2018-2020

Rapport de recherche
ISBN 978-2-9818558-1-7

Cécile Bardon

Diane Morin

Lorraine Millette

UQÀM | **Chaire de déficience intellectuelle
et troubles du comportement**

Université du Québec à Montréal

Adresse postale

CRISE/UQAM
C.P. 8888, succ. Centre-Ville
Montréal QC H3C 3P8
Canada

Adresse civique

4^e étage, local SU-4625
100, rue Sherbrooke ouest
Montréal QC H2X 3P2
Canada

T (+1) 514 987-4832

F (+1) 514 987-0350

crise@uqam.ca
www.crise.ca

UQÀM | **Université du Québec
à Montréal**

Contribution financière et déclaration d'absence de conflit d'intérêts

Ce projet a été réalisé grâce au financement du CNRIS-OPHQ, obtenu dans le cadre du concours 2018, pour un montant de 40 000\$.

Les chercheurs ne sont conscients d'aucun conflit d'intérêts en lien avec la réalisation de ce projet en partenariat avec le réseau de la réadaptation en DI-TSA.

Centres de recherche et partenaires du projet

- CRISE
- Chaire de déficience intellectuelle et troubles du comportement
- CISSS-CIUSSS
 - Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
 - Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
 - Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
 - Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
 - Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
 - Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest
 - Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides

Membres de l'équipe de recherche

- Chercheuses
 - Cécile Bardon
 - Diane Morin
- Coordonnatrice
 - Lorraine Millette
- Assistantes de recherche (étudiantes au doctorat de psychologie)
 - Sarrah Thomas-Persechino
 - Mélina Boulé
 - Geneviève Lord

Citer ce rapport

Bardon, C., Morin, D., & Millette, L. (2020). *Stratégie innovante de mobilisation des connaissances en prévention du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA : collaborer avec le réseau pour améliorer les services*. Centre de recherche et intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie & Chaire de déficience intellectuelle et troubles du comportement.

Sommaire

Résumé	1
Introduction et mise en contexte	2
1. Les comportements suicidaires chez les personnes présentant une DI ou un TSA.....	2
1.1. Comprendre le risque suicidaire.....	2
1.2. Estimer le risque suicidaire et intervenir en prévention du suicide.	3
2. Développement du Processus AUDIS	3
Objectifs du projet.....	5
Méthode	6
1. Phase 1 : Développement de la stratégie	7
1.1. Étape 1 : Définir les bases théoriques et les enjeux de la stratégie de mobilisation des connaissances.....	7
1.2. Étape 2 : Produire un premier jet de la stratégie de mobilisation des connaissances	8
1.3. Étape 3 : Adaptation de la stratégie avec les partenaires du projet pilote au cours de son utilisation..	11
2. Phase 2 : Implantation de la stratégie	12
2.1. Étape 1 : Recrutement des équipes participantes du projet pilote.....	12
2.2. Étape 2 : Formation des mentors et des gestionnaires	13
2.3. Étape 3 : Application de la stratégie	14
2.4. Étape 4 : Rôle de soutien de l'équipe de recherche	15
3. Phase 3 : Évaluation de la stratégie.....	15
3.1. Devis global	15
3.2. Outils et phases de recueil des données.....	15
3.3. Analyse des données et triangulation des sources.....	16
3.3.1. Préparation des données.....	17
3.3.2. Analyses statistiques	17
3.3.3. Analyses qualitatives	17
3.3.4. Triangulation des données.....	18
Considérations éthiques du projet	19

Résultats	20
1. Données issues des questionnaires d'évaluation de la formation	20
2. Données issues des questionnaires prétest et post-test	22
2.1. Échantillon.....	22
2.2. Changement dans les connaissances des participants	22
2.3. Changements dans les attitudes des participants	24
2.4. Pratiques de prévention du suicide	25
2.5. Utilisation du Processus AUDIS et pratiques de prévention du suicide avec les usagers	25
3. Données issues des entrevues	26
3.1. Prétest : État des lieux de la prévention du suicide dans les équipes et besoins liés à la stratégie de mobilisation des connaissances	26
3.1.1. Outils et procédures utilisés en prévention du suicide avant le début du projet.....	26
3.1.2. Expériences récentes en prévention du suicide auprès de la clientèle DI-TSA.....	27
3.1.3. Rôle en prévention du suicide.....	28
3.1.4. Sentiment de compétence en prévention du suicide auprès des usagers DI-TSA....	28
3.1.5. Besoins en prévention du suicide auprès de la clientèle DI-TSA.....	29
3.1.6. Attentes par rapport aux outils et à la formation dans le cadre de la stratégie de mobilisation des connaissances en prévention du suicide AUDIS	29
3.1.7. Attentes des mentors, intervenants et gestionnaires quant au rôle de chacun au sein de la stratégie de mobilisation des connaissances	31
3.2. Prétest et post-test : Facilitateurs et obstacles au déploiement de la stratégie de mobilisation des connaissances	35
3.3. Post-test : Activités de mobilisation des connaissances et impacts perçus.....	41
3.3.1. Impacts perçus des rôles des mentors, intervenants, gestionnaires	41
3.3.2. Activités de mobilisation des connaissances menées et utilisées	42
3.3.3. Impacts de la stratégie de mobilisation des connaissances sur les pratiques de prévention du suicide	43
3.3.4. Sentiment de compétence en prévention du suicide	45
3.3.5. Connaissances par rapport au Processus AUDIS.....	46
3.3.6. Attentes par rapport à la poursuite de la stratégie après le projet pilote et besoins en prévention du suicide	47
3.3.7. Besoins de développements futurs pour la stratégie et les outils	48
3.3.8. Variations dans les expériences des différentes équipes cliniques participantes	49

3.4.	Données issues des rencontres de groupe avec les mentors et gestionnaires participants	54
3.4.1.	Mentors	54
3.4.2.	Gestionnaires	56
3.5.	Données issues de l'utilisation du site web de la communauté de pratique	58
Synthèse des données issues des différentes sources et discussion (triangulation des données)		60
1.	Évaluation de l'implantation de la stratégie de mobilisation des connaissances	60
1.1.	Pratiques antérieures, besoins et engagement des équipes dans la stratégie	60
1.1.1.	Pratiques de prévention du suicide utilisées avant le projet	60
1.1.2.	Connaissance des objectifs et de la stratégie de mobilisation avant le début du projet	60
1.1.3.	Attentes des participants vis-à-vis de leur rôle	61
1.2.	Formation	61
1.3.	Utilisation des outils de mobilisation des connaissances	62
1.4.	Travail d'équipe et développement d'une compétence d'équipe	62
1.5.	Obstacles et facilitateurs au déploiement et au maintien de la stratégie de mobilisation des connaissances	63
1.6.	Pérennisation de la stratégie au sein des équipes	65
1.7.	Variations selon les équipes et les milieux	65
2.	Évaluation des effets de la stratégie de mobilisation des connaissances	66
2.1.	Impact sur les connaissances et les attitudes	66
2.2.	Utilisation du Processus AUDIS – changement de pratiques	67
Stratégie de mobilisation des connaissances adaptée en fonction des résultats de la recherche		69
1.	Recommandations issues de la recherche	69
2.	Survol général de la stratégie	70
2.1.	Objectifs généraux de la stratégie	70
2.2.	Contexte d'utilisation de la stratégie	71
2.3.	Structure générale de la stratégie de mobilisation	72
2.4.	Phase préparatoire	74
3.	Construire la stratégie de mobilisation des connaissances de son équipe clinique	75
4.	Phase d'implantation	79
4.1.	Sensibilisation	79

4.2.	Formation – information.....	80
4.3.	Changement des pratiques d'équipe.....	80
5.	Phase de pérennisation	80
6.	Établissement de collaborations avec les acteurs du milieu pour la pérennisation de la stratégie	81
Conclusion.....		83
Bibliographie		85
Annexe A – Questionnaire d'évaluation de la formation		I
Annexe B – Questionnaire prétest et post test aux participants		II
Annexe C - Grille d'entrevue prétest		IX
Annexe D - Grille d'entrevue post-test		XI
Annexe E - Exemple d'une stratégie de mobilisation		XIII

Liste des tableaux

Tableau 1- Phases du projet.....	6
Tableau 2 - Outils de mobilisation des connaissances initialement inclus dans le site (janvier – avril 2019)	10
Tableau 3 - Activités de mobilisation ajoutées en fonction des besoins des mentors (février – juin 2019)	12
Tableau 4- Équipes cliniques participantes	13
Tableau 5 - Plan de la formation de deux jours	14
Tableau 6 - Évaluation de la formation par les intervenants partenaires et gestionnaires.....	20
Tableau 7- Forces et faiblesses de la formation.....	21
Tableau 8- Participants au prétest et au post-test selon le genre et l'occupation	22
Tableau 9 - Taux d'attrition des participants entre le prétest et le post-test.....	22
Tableau 10 - Variation prétest – post-test dans les connaissances sur le suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA.....	23
Tableau 11 - Variation prétest – post-test dans les attitudes sur le suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA	24
Tableau 12 - Pratiques de prévention du suicide	25
Tableau 13 - Utilisation d'actions de prévention du suicide.....	25
Tableau 14 - Attentes des participants envers leurs rôles respectifs dans la stratégie de mobilisation	32
Tableau 15- Facilitateurs à l'implantation de la stratégie de mobilisation des connaissances	36
Tableau 16 - Obstacles à l'implantation de la stratégie de mobilisation des connaissances	38
Tableau 17 - Stratégies de mobilisation en fonction des équipes	50
Tableau 18 - Utilisation du site de la communauté de pratique.....	58
Tableau 19 - Obstacles et facilitateurs au déploiement de la stratégie de mobilisation des connaissances.....	64
Tableau 20 - Recommandations pour l'amélioration de la stratégie de mobilisation.....	69

Liste des figures

Figure 1 – Premier jet de la stratégie de mobilisation des connaissances en prévention du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA – Adaptation initiale aux milieux de l'intervention et de la réadaptation en DI-TSA	9
Figure 2- Modèle adapté de la stratégie de mobilisation des connaissances	71
Figure 3 - Contexte d'implantation de la stratégie	72
Figure 4 - Acteurs clés de la stratégie de mobilisation.....	73
Figure 5 - Objectifs et activités de la stratégie.....	75

Liste des abréviations

CISSS - Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS – Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

DI – Déficience intellectuelle

FRIS (CNRIS) – Fonds de recherche Inclusion sociale (Consortium national de recherche sur l'intégration sociale)

OPHQ – Office des personnes handicapées du Québec

Processus AUDIS – Processus de soutien à la décision clinique en prévention du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA (AUDIS : Autisme, Déficience Intellectuelle, Suicide)

SQETGC – Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement

TSA – Trouble du spectre de l'autisme

Résumé

La prévention du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA est un enjeu de plus en plus pressant pour les milieux de la réadaptation au Québec et ailleurs. Des outils de soutien à la décision clinique en prévention du suicide (Processus AUDIS) ont été développés en collaboration avec l'équipe de recherche et les milieux de pratique.

Parallèlement, les milieux ont identifié un besoin pressant de disposer de stratégies de mobilisation des connaissances adaptées à leurs contraintes afin de favoriser l'adoption de ces pratiques dans leurs équipes cliniques.

Dans ce contexte, ce projet de recherche participative vise à développer, implanter et évaluer une stratégie novatrice de mobilisation des connaissances associées au Processus AUDIS afin de permettre aux milieux intéressés de s'approprier les outils et les pratiques de prévention du suicide.

Le projet s'est déroulé en trois phases complémentaires :

- **Phase 1 : Développement.** Le développement de la stratégie est basé sur une analyse des écrits en science de l'implantation ainsi que sur les besoins des milieux de la réadaptation. Cette phase a permis de construire un premier jet de la stratégie de mobilisation, qui a ensuite été utilisé dans le cadre de l'implantation du projet pilote. La stratégie a ensuite été modifiée à partir des résultats de l'évaluation. La stratégie est basée sur le travail de mentors dont la tâche est d'informer leurs collègues et de les sensibiliser au suicide, à sa prévention et aux outils à leur disposition. Ils sont soutenus par une communauté de pratique, des outils de formation, leurs gestionnaires et l'équipe de recherche.
- **Phase 2 : Implantation.** L'implantation de la stratégie s'est faite pendant six mois par 17 mentors et leurs équipes cliniques provenant de sept directions DI-TSA.
- **Phase 3 : Évaluation.** L'évaluation de l'implantation et des effets de la stratégie s'est faite à travers un devis mixte comprenant un volet prétest et post-test. Des questionnaires, des entrevues individuelles et des groupes de discussion ont été menés avec les participants. Les données qualitatives et quantitatives ont été analysées et triangulées afin de répondre aux objectifs d'évaluation et de faire des recommandations pour l'amélioration de la stratégie.

Les résultats indiquent que l'implantation de la stratégie s'est bien déroulée et que toutes les équipes ont pu mener des activités de sensibilisation, d'information, de formation et de changement des pratiques. Les mentors, intervenants et gestionnaires impliqués sont satisfaits de leur expérience et disent se sentir mieux outillés pour intervenir auprès d'usagers suicidaires. L'étude a permis d'identifier des obstacles et des facilitateurs clés au déploiement et aux effets de la stratégie appartenant à différents niveaux systémiques (Processus AUDIS et outils cliniques, activités de mobilisation, activités cliniques, caractéristiques des intervenants, caractéristiques du contexte).

Enfin, la stratégie de mobilisation des connaissances a été mise à jour afin d'intégrer les résultats de la recherche. Elle est présentée à la fin de ce rapport et est disponible pour une appropriation des milieux.

Introduction et mise en contexte

Ce projet a permis de développer et de tester une stratégie de mobilisation des connaissances en prévention du suicide visant à sensibiliser, informer et former les équipes intervenant auprès de personnes présentant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) afin de soutenir un changement de pratiques. Ce rapport est entre autres destiné aux directions DI-TSA des CIUSSS et CISSS désirant adopter la stratégie de mobilisation des connaissances.

Le projet a été mené entre l'automne 2018 et l'automne 2019 avec le soutien financier du concours OPHQ/CNRIS (maintenant FRIS). Ce rapport débute par la présentation des comportements suicidaires chez les personnes présentant une DI ou un TSA et du développement du Processus AUDIS. Les trois phases du projet (développement, implantation et évaluation de la stratégie) ainsi que les résultats s'y rapportant sont présentés, suivis d'une synthèse des données et d'une discussion.

1. Les comportements suicidaires chez les personnes présentant une DI ou un TSA

Les comportements suicidaires chez les personnes présentant une DI ou un TSA sont fréquents, dans certains cas plus que dans la population générale. Malgré le retard dans l'analyse de ce phénomène, de plus en plus d'études récentes documentent ce problème. Ainsi, au cours de leur vie, jusqu'à 23 % des personnes ayant une DI, 40 % de celles ayant un TSA et 66 % de celles ayant un TSA de haut niveau ont eu des idéations suicidaires; jusqu'à 11 % des personnes ayant une DI, 15 % de celles ayant un TSA et 35 % de celles ayant un TSA de haut niveau ont déjà fait au moins une tentative de suicide; et les taux de décès par suicide sont proches de ceux de la population générale (Balfe & Tantam, 2010; Cassidy et al., 2014; Hirvikoski et al., 2016; Lunskey, 2004; Paquette-Smith, Weiss, & Lunskey, 2014; Patja, Iivanainen, Raitasuo, & Lonnqvist, 2001). De plus, la première étude épidémiologique au Québec (Diallo, Rochette, Pelletier, & Lesage, 2017) a montré en 2017 que les jeunes de moins de 25 ans ayant un TSA ont un taux de suicide deux fois plus élevé que les jeunes de la population générale. Les comportements suicidaires sont donc un enjeu majeur chez ces clientèles.

1.1. Comprendre le risque suicidaire.

Très peu d'études menées jusqu'à présent ont décrit les comportements suicidaires et les facteurs de risque et de protection des personnes ayant une DI ou un TSA. Quelques-unes ont permis d'identifier certains facteurs de risque : événements stressants; isolement social; deuil ou perte de personnes proches, d'environnements ou d'objets significatifs; abus vécus; troubles de santé mentale; troubles du comportement; problèmes de

communication et niveau moins lourd de handicap (Benson & Laman, 1988; Cassidy et al., 2014; Hurley & Sovner, 1998; Kato et al., 2013; Lunskey, 2004; Lunskey, Raina, & Burge, 2012; Menolascino, Lazer, & Stark, 1989; Merrick, Merrick, Lunskey, & Kandel, 2005; Paquette-Smith et al., 2014; Patja, 2004; Patja et al., 2001; Raja, 2014; Richa, Fahed, Khoury, & Mishara, 2014; Storch et al., 2013; Walters, Barrett, Knapp, & Borden, 1995).

Au-delà de l'identification de certains facteurs de risque, les propositions de modélisation théorique sur lesquelles baser des outils cliniques sont rares et la compréhension des processus en jeu dans le développement de la suicidalité de ces personnes est limitée (Bardon, Morin, et al., 2017; Bardon, Morin, Ouimet, & Mongeau, 2015).

1.2. Estimer le risque suicidaire et intervenir en prévention du suicide.

Les personnes ayant une DI ou un TSA présentent des défis particuliers. Les outils existants d'estimation du risque suicidaire et d'intervention, développés pour la population générale, ne répondent pas adéquatement à ces défis (Bardon et al., 2015; Ouimet, Mongeau, & Morin, 2013). De même, il n'existe pas de guides de pratiques concernant les interventions de prévention du suicide chez ces populations.

2. Développement du Processus AUDIS

Une série d'études récentes réalisées au Québec ont mené au développement du Processus AUDIS (AUtisme, DI, Suicide). Ce processus est le produit du projet de recherche mené par Bardon et al. intitulé *Comprendre et estimer le risque suicidaire chez les personnes ayant une DI ou un TSA* (IRSC, 2014-2017; Bardon, Halmov, et al., 2017) et du stage postdoctoral de Bardon (CNRIS, 2016-2017; Bardon, 2017).

Le projet *Comprendre et estimer le risque suicidaire chez les personnes ayant une DI ou un TSA* a été effectué à partir de l'analyse de 58 dossiers clinico-administratifs de personnes suicidaires appariées à 42 personnes non suicidaires et de 37 entrevues menées avec des intervenants en réadaptation. Les données ont été analysées à partir d'un devis mixte (quantitatif et qualitatif), avec la collaboration étroite d'un groupe de travail composé de 23 experts, des cliniciens et chercheurs en suicidologie, en DI et en TSA.

Le Processus AUDIS comprend trois volets :

- Processus AUDIS-Modèle : Le modèle dynamique du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA propose une compréhension des facteurs statiques et dynamiques associés au suicide dans le cadre du fonctionnement général de la personne (ses forces et faiblesses cognitives, affectives et interactionnelles) et des éléments déclencheurs des épisodes suicidaires. Certains éléments déclencheurs spécifiques à ces populations ont été identifiés, comme l'accumulation d'événements mineurs pouvant réduire le sentiment de contrôle ou l'autonomie de

la personne et l'inadéquation temporaire entre les capacités actuelles de la personne et les demandes du milieu.

- Processus AUDIS-Estimation : Ce deuxième volet du processus a été construit à partir du modèle dynamique du suicide, des meilleures pratiques en estimation du risque suicidaire et de l'expertise d'un groupe de cliniciens et chercheurs spécialisés en DI, TSA ou suicidologie. Il comprend quatre sphères complémentaires d'investigation du risque (repérage, estimation du danger, évaluation des facteurs de risque et option suicide) et permet d'adapter le niveau d'intervention mis place au niveau de danger et de risque de la personne.
- Processus AUDIS-Intervention : Ce troisième volet du processus a été développé à partir des meilleures pratiques en prévention du suicide (assurer la sécurité, approche orientée vers les solutions, renforcement des facteurs de protection, travail sur l'ambivalence), des adaptations faites des approches thérapeutiques cognitivo-comportementales pour les personnes ayant une DI ou un TSA et des outils cliniques utilisés auprès des clientèles DI ou TSA (ex. : Analyse et interventions multimodales en trouble grave du comportement (AIMM-TGC), Plan d'intervention (PI), Plan de services intégrés interdisciplinaires (PSII)). Il propose des interventions adaptées à différents types de clientèles, ciblant des objectifs précis identifiés lors de l'évaluation.

Ce processus de soutien clinique n'a pas encore fait l'objet d'évaluations empiriques, mais peut être classé comme prometteur puisqu'il a été développé à partir d'un processus rigoureux et collaboratif de recherche. Il existe donc des pratiques prometteuses de prévention du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA, qui répondent aux besoins énoncés par les milieux de la réadaptation. Il est maintenant primordial de diffuser ces nouvelles connaissances et pratiques auprès des milieux qui pourraient en avoir besoin.

Objectifs du projet

Ce projet a trois objectifs complémentaires. Il vise à **développer, implanter et évaluer** une stratégie de mobilisation des connaissances en prévention du suicide en partenariat avec les programmes DI-TSA institutionnels et les organismes du réseau communautaire offrant des services aux personnes ayant une DI ou un TSA.

Il se base sur une approche participative suivant laquelle la mobilisation des connaissances est définie comme l'utilisation appropriée des résultats de la recherche et tient compte des publics cibles et des moyens à mettre en place pour maximiser le bénéfice de ces publics à leur participation (CRSH¹). De plus, dans la perspective du FRQSC², la mobilisation consiste à partager, échanger, transférer, traduire, valoriser, diffuser des connaissances à travers des collaborations entre milieux de recherche et de pratique. Ce projet se situe donc dans la lignée des attentes de bonnes pratiques de mobilisation des connaissances dans le domaine des sciences sociales au Québec.

¹ http://www.sshrc-crsh.gc.ca/funding-financement/policies-politiques/knowledge_mobilisation-mobilisation_des_connaissances-fra.aspx#a1

² <http://www.frqsc.gouv.qc.ca/mobilisation-des-connaissances>

Méthode

Ce projet a été mené en partenariat avec les milieux de pratiques (directions DI-TSA de CIUSSS et CISSS). Le devis de recherche utilisé dans ce projet est prospectif longitudinal, il comprend des phases de recueil de données en prétest et en post-test (avant et après le déploiement de la stratégie de mobilisation des connaissances). Il est également mixte et comporte une phase quantitative (questionnaires) et qualitative (entrevues, analyse documentaire).

Le projet comprend trois phases, soit 1) développement, 2) implantation et 3) évaluation de la stratégie de mobilisation des connaissances. Chaque phase comprend plusieurs étapes, qui sont résumées dans le Tableau 1 puis décrites en détail dans les sections suivantes.

Tableau 1- Phases du projet

Périodes	Développement	Implantation	Évaluation
Août – octobre 2018	Bases théoriques de la stratégie Premier jet de la stratégie	Recrutement des équipes participantes	Outils de recueil de données
Février 2019		Formation des participants	Prétest
Mars – octobre 2019	Adaptation en fonction des besoins	Application de la stratégie Soutien de l'équipe de recherche	Monitoring des activités de mobilisation des connaissances
Octobre – décembre 2019			Post-test
Janvier – juin 2020	Adaptation de la stratégie en fonction des résultats de la recherche Établissement de collaborations avec les acteurs du milieu pour la pérennisation		Analyse des données

1. Phase 1 : Développement de la stratégie

La première phase du projet a commencé à l'automne 2018. L'objectif était de se baser sur les écrits scientifiques et sur les pratiques des sciences de l'implantation des programmes et pratiques fondées (*implementation science*; Nilsen, 2015) pour développer un ensemble d'activités de mobilisation des connaissances adaptées aux caractéristiques et aux besoins des équipes cliniques et d'intervention œuvrant en DI-TSA ainsi qu'aux spécificités du risque suicidaire chez les usagers de ces services. Le processus de développement de la stratégie a été itératif, comprenant les étapes suivantes : 1) définition des bases conceptuelles et des enjeux de la stratégie, 2) production d'un premier jet de la stratégie, 3) adaptation de la stratégie en fonction des besoins identifiés par les participants au projet pilote.

1.1. Étape 1 : Définir les bases théoriques et les enjeux de la stratégie de mobilisation des connaissances

Un enjeu majeur de l'amélioration des pratiques en santé et services sociaux est lié aux pratiques de mobilisation des connaissances. Les formations magistrales standardisées demeurent très utilisées pour développer les connaissances et améliorer les pratiques des intervenants et des gestionnaires (Gervais, Chagnon, & Proulx, 2012; Timmons, 2013). Elles ont cependant des limites et présentent des défis structurels, organisationnels et individuels, auxquels la stratégie de mobilisation des connaissances sur les bonnes pratiques en prévention du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA vise à répondre :

1. La problématique du suicide amène des difficultés d'intervention à cause de la méconnaissance ou de préjugés chez les intervenants par rapport aux comportements suicidaires chez les usagers, ou encore d'un inconfort à parler du suicide (Bardon et al., 2015; Ludi et al., 2012). Ces éléments doivent être abordés pour favoriser la réceptivité des intervenants et la capacité d'absorption des nouvelles connaissances des milieux (Barwick et al., 2012; Odom, Cox, Brock, & Asd, 2013).
2. La prise en charge collaborative et multidisciplinaire du risque suicidaire par les milieux cliniques, psychosociaux et communautaires est complexe (outils adaptés aux caractéristiques de la clientèle, besoins de partage d'information entre organismes, structure des services, roulement du personnel). Les formations standardisées ne répondent pas aux besoins de ce type d'organisation multidisciplinaire (Baeza, Fraser, & Boaz, 2014; Careau et al., 2015; Scott et al., 2012). Des stratégies plus souples et adaptables doivent être déployées.
3. Les formations magistrales n'offrent pas aux intervenants l'occasion de mettre en pratique les connaissances acquises, afin de développer leur niveau de compétence et de confort. À moins que les intervenants mettent régulièrement en pratique ce qui a été appris dans le cadre de leur travail, il est important de

pouvoir rafraîchir rapidement et facilement ces connaissances et compétences lorsqu'un usager présente des comportements suicidaires, en plus de recevoir le soutien d'un expert issu de son milieu pour favoriser l'utilisation des bonnes pratiques. Une stratégie misant sur des « mentors » peut être particulièrement utile pour répondre à ces besoins (Flodgren et al., 2011; McCormack et al., 2013; Waterman et al., 2015).

4. Les réseaux provinciaux de la santé et des services sociaux au Canada sont confrontés à une réduction de ressources allouées à la formation des intervenants. Les formations magistrales présentent habituellement des coûts importants (salaire de la personne formée et de la personne de remplacement, coûts de formation) et les bénéfices sont parfois mineurs (Gaudine & Saks, 2004; Proulx, 2011; Straus, Tetroe, & Graham, 2013). Par conséquent, il est impératif de développer de nouvelles stratégies pour diffuser les connaissances et les outils d'intervention et pour former les intervenants en fonction de leurs besoins proximaux. Dans ce contexte, les programmes d'apprentissage en ligne (*e-learning*) et de formation en ligne ou en collaboration deviennent des options intéressantes (Archambault et al., 2013; Murphy & Salomone, 2013).

Ces bases théoriques nous ont permis d'accomplir la seconde étape, soit de produire une première version de la stratégie de mobilisation des connaissances qui a été implantée dans le cadre du projet pilote.

1.2. Étape 2 : Produire un premier jet de la stratégie de mobilisation des connaissances

Un premier jet de la stratégie de mobilisation des connaissances en prévention du suicide a été préparé à partir de l'analyse préliminaire des déterminants de l'utilisation des connaissances effectuée avec l'outil SACO (Stratégie pour l'application des connaissances dans les organisations) et de l'analyse des enjeux et des contraintes identifiées dans les écrits scientifiques (ci-dessus). La stratégie vise donc à répondre aux enjeux identifiés lors de cette analyse préliminaire (voir Figure 1).

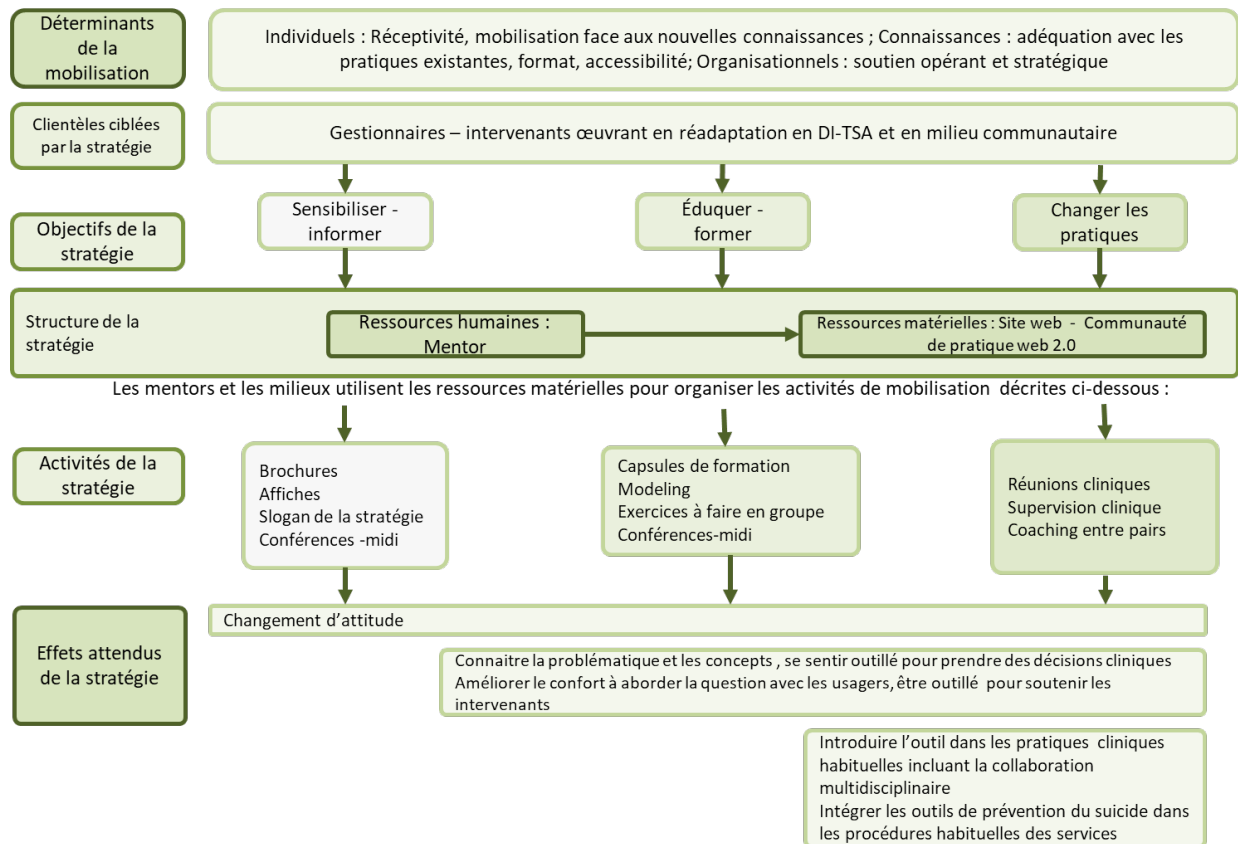
L'outil SACO (Chaire CJM-IU, 2015) est un outil d'aide à la construction de stratégies de mobilisation des connaissances basé sur une exploration des enjeux organisationnels des milieux et sur les ressources disponibles. Dans le cas présent, une analyse préliminaire des besoins et des contraintes des directions DI-TSA en lien avec la prévention du suicide a permis de proposer l'ébauche de stratégie présentée à la Figure 1.

L'analyse préliminaire prend en compte la présence des déterminants de la mobilisation des connaissances (les facteurs individuels et organisationnels pouvant faciliter ou nuire à l'acquisition de connaissances et aux changements des pratiques) et identifie des publics cibles pour la stratégie (gestionnaires et intervenants variés en contact direct avec les clientèles DI-TSA). Afin de répondre aux objectifs de sensibilisation,

d'information et de changement de pratiques, l'analyse propose des activités intégrées en une stratégie basée sur l'implication de mentors.

Les mentors sont des membres des équipes cliniques dans lesquelles la stratégie est implantée, qui adhèrent aux connaissances et aux nouvelles pratiques diffusées, qui les appliquent dans leurs pratiques quotidiennes et les font connaître à leurs collègues. Ils soutiennent l'apprentissage et l'appropriation de ces pratiques par les autres membres de leurs équipes (Roure, 2000). Dans le cas actuel, il s'agit pour l'équipe de recherche de former les mentors aux concepts et aux outils de prévention du suicide, de proposer des modules de formation en ligne, de les soutenir dans la mobilisation de leurs équipes, dans leurs actions de sensibilisation et dans leur soutien aux collègues pour l'utilisation du Processus AUDIS.

Figure 1 – Premier jet de la stratégie de mobilisation des connaissances en prévention du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA – Adaptation initiale aux milieux de l'intervention et de la réadaptation en DI-TSA



La stratégie de mobilisation comprend trois composantes clés.

1. La composante 1 est constituée de **mentors**. Sélectionnés par leurs gestionnaires en fonction de leur rôle au sein de leur équipe et du capital de confiance dont ils bénéficient auprès de leurs collègues, les mentors peuvent être psychologues,

psychoéducateurs, éducateurs ou travailleurs sociaux. Ils reçoivent une formation de deux jours sur le Processus AUDIS et sur la stratégie de mobilisation et sont chargés d'animer la stratégie dans leur équipe.

2. La composante 2 est une **communauté de pratique** animée par l'équipe de recherche à partir du site web de la stratégie de mobilisation. Cette communauté de pratique permet aux mentors et aux gestionnaires des équipes impliquées de communiquer entre eux et avec l'équipe de recherche pour partager questions, préoccupations et suggestions tout au long du projet de mobilisation.
3. La composante 3 consiste en un **site web privé**, dans lequel se retrouvent tous les documents et outils de mobilisation développés, ainsi que des ressources de soutien pour les milieux participants. Il sert de base au fonctionnement de la communauté de pratique et de dépôt pour les documents associés à la stratégie de mobilisation. Ce site est hébergé au CIUSSS-MCQ. Il comprend un fil de nouvelles sur lequel les membres peuvent poser des questions et échanger des pratiques, un répertoire de documents écrits et vidéo, l'accès à l'équipe de recherche, un répertoire des membres permettant des échanges directs entre eux par courriel.

Dans le cadre de la stratégie, les mentors doivent travailler étroitement avec leurs gestionnaires pour identifier les besoins de sensibilisation, d'information, de formation, de soutien de leur équipe en termes de prévention du suicide; pour créer un plan de mobilisation à partir des outils proposés sur le site web et avec le soutien de la communauté de pratique; et pour appliquer ce plan en fonction des besoins.

Des activités de mobilisation des connaissances en prévention du suicide sont mises à leur disposition et sont détaillées dans le Tableau 2.

Tableau 2 - Outils de mobilisation des connaissances initialement inclus dans le site (janvier – avril 2019)

Processus AUDIS – outils
• Outil – Processus AUDIS-Estimation
• Processus AUDIS – Intervention (outil complet)
• Processus AUDIS – Intervention : Segment « Intervenir pour atténuer l'option suicide »
• Processus AUDIS – Intervention : Segment « Intervention pour réduire le risque de récurrence, défaire les modèles et réduire l'effet des éléments déclencheurs »
• Processus AUDIS – Intervention : Segment « Intervention pour assurer la sécurité et réduire le danger d'un passage à l'acte suicidaire »
• Processus AUDIS - Intervention : Segment « Intervention pour susciter l'espoir et trouver des solutions à court terme »
Documents de synthèse et de schématisation des concepts et processus cliniques
• Descriptif de la stratégie de mobilisation des connaissances – graphique
• Développement de l'option suicide

Outils de sensibilisation au suicide et à sa prévention
• Brochure de sensibilisation au suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA
Affiches
• Les personnes qui pensent au suicide changent d'avis • Manifestation suicidaire • Parler du suicide • Pertes et deuils • Pourcentage de suicide • Verbalisation suicidaire • Affiche de sensibilisation – Idéations suicidaires • Affiche de sensibilisation – Tentative de suicide
Outils d'accompagnement à la formation
• Questions sur les croyances et mythes en lien avec le suicide
Capsules vidéo d'autoformation
• Modèle dynamique du suicide – Description • Adopter une attitude favorable à l'exploration du suicide avec une personne ayant une DI ou un TSA • Développer des stratégies pour chercher l'information sur les manifestations suicidaires • Faire un suivi avec une personne ayant eu un épisode suicidaire • Explorer les facteurs de risque et « l'option suicide » • Mettre en place un plan d'intervention et soutenir une personne ayant eu un épisode suicidaire • Repérer une personne ayant des manifestations suicidaires • Étude de cas – Utilisation complète du Processus AUDIS • Estimer le danger et intervenir lors d'un épisode de manifestations suicidaires

1.3. Étape 3 : Adaptation de la stratégie avec les partenaires du projet pilote au cours de son utilisation

Le premier jet de la stratégie de mobilisation a été présenté aux mentors et aux gestionnaires participants, puis implanté dans les équipes pendant six mois. Au cours de cette phase d'implantation, des ajustements ont été demandés et proposés en fonction des expériences des participants. Ces ajustements sont présentés dans le Tableau 3. Il s'agit d'ajouts d'outils de mobilisation (documents écrits, études de cas).

Tableau 3 - Activités de mobilisation ajoutées en fonction des besoins des mentors (février – juin 2019)

Processus AUDIS – outils
• Outil – Processus AUDIS-Estimation en version dynamique (possibilité de prendre des notes directement dans le formulaire PDF)
Documents de synthèse et de schématisation des concepts et processus cliniques
• Le suicide de la population générale
Outils d'accompagnement à la stratégie de mobilisation des connaissances
• Exercice de planification de la stratégie de mobilisation
Outils de sensibilisation au suicide et à sa prévention
• Activité de sensibilisation au suicide • Activité sur les croyances et les mythes (complétée)
Outils d'accompagnement à la formation
• AUDIS-étude de cas Anne

Une dernière étape du développement de la stratégie consiste à utiliser les données de l'évaluation d'implantation et des effets de cette dernière afin de proposer une version améliorée, tenant compte des données disponibles. Cette stratégie révisée est présentée à la fin du rapport de recherche (section : Stratégie de mobilisation des connaissances adaptée en fonction des résultats de la recherche, p69).

2. Phase 2 : Implantation de la stratégie

Cette deuxième phase est à la base du déploiement du projet de recherche collaborative avec les équipes DI-TSA. Elle vise à déployer la stratégie d'appropriation des connaissances en prévention du suicide auprès d'équipes cliniques et d'intervention participantes au sein de différentes directions DI-TSA, afin de soutenir l'appropriation des pratiques de prévention du suicide dans ces milieux.

Puisque l'implantation de la stratégie s'est faite dans le cadre d'un projet pilote d'évaluation, les équipes cliniques et d'intervention impliquées dans l'implantation devaient également participer à son évaluation. Les étapes d'implantation menées comprennent le recrutement des équipes, la formation des mentors et des gestionnaires, l'application des activités de mobilisation, le soutien de l'équipe de recherche. Elles sont décrites ci-dessous.

2.1. Étape 1 : Recrutement des équipes participantes du projet pilote

Nos études antérieures nous ont permis de nouer des partenariats avec plusieurs directions DI-TSA. Notre première étape a donc été de communiquer par téléphone et par

courriel avec ces établissements pour planifier des rencontres afin de discuter de leur intérêt pour l'élaboration et la mise en œuvre de cette stratégie de mobilisation des connaissances. Les agents de planification, programmation et recherche (APPR) et les gestionnaires d'établissement ont été réceptifs à notre projet. Au total, huit établissements ont été contacté et ont démontré de l'intérêt et sept d'entre eux ont participé au projet (voir le Tableau 4).

Les coordonnatrices de programme spécialistes en DI-TSA ont identifié 17 mentors et neuf gestionnaires appartenant aux mêmes équipes et acceptant de participer au projet.

Tableau 4- Équipes cliniques participantes

Établissement	Nombre de gestionnaires	Nombre de mentors	Nombre d'intervenants participants à l'évaluation
CIUSSS-Estrie	1	1	3
CIUSSS-MCQ	2	2	4
CIUSSS-Capitale Nationale	1	2	-
CIUSSS-EMTL	1	2	-
CIUSSS-Sud-Mtl	1	2	1
CISSS-MO	2	7	2
CISSS-des-Laurentides	1	1	2

2.2.Étape 2 : Formation des mentors et des gestionnaires

Trois formations ont été données en février 2019, pour les mentors et gestionnaires :

- 6 – 7 février 2019, à Montréal
- 14 – 15 février 2019 à Drummondville
- 19 – 20 février 2019, à Montréal

Quatre intervenants des centres de prévention du suicide (JEVI et CEPS Drummond) associés au territoire de plusieurs équipes DI-TSA ont également pris part à la formation, afin de permettre un rapprochement entre les milieux de la DI-TSA et de la prévention du suicide, parallèlement au projet de recherche. Les gestionnaires étaient invités à participer à la formation afin de bien comprendre les enjeux de la prévention du suicide et de la mobilisation des connaissances associés au projet.

La formation est d'une durée de deux jours et comporte 10 modules. Ces modules sont détaillés dans le

Tableau 5. Dans le cadre de ce projet, elle a été donnée par la chercheuse (CB). Les participants ont rempli un questionnaire d'évaluation de la formation à la fin des deux jours.

Tableau 5 - Plan de la formation de deux jours

Jour 1		Jour 2	
Module 1	Ampleur et caractéristiques du problème	Module 5	Suivi de l'estimation du danger
	Les comportements suicidaires chez les personnes ayant une DI ou un TSA Croyances des intervenants quant au suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA	Module 6	Études de cas – épisode suicidaire
Module 2	Présentation du Processus AUDIS	Module 7	Explorer le risque à long terme et intervenir en prévention du suicide
	Processus AUDIS-Modèle		Explorer le risque à long terme Comprendre le développement de l'option suicide Intervenir à long terme
Module 3	Comprendre l'estimation et l'intervention	Module 8	Études de cas – risque à plus long terme
Module 4	Estimer et intervenir à court terme	Module 9	Rôle du mentor et application en milieu clinique
	Repérage de la personne suicidaire Estimation du niveau de danger lors d'un épisode suicidaire Intervenir lors d'épisodes suicidaires Conclure la rencontre d'estimation	Module 10	Conclusion

2.3. Étape 3 : Application de la stratégie

Les mentors ont appliqué la stratégie de mobilisation des connaissances à partir de février 2019. Cette application s'est poursuivie après la fin du projet de recherche en septembre 2019, en fonction des besoins de chaque équipe. L'application de la stratégie consiste à définir un plan de travail avec le gestionnaire, utiliser les outils de sensibilisation, d'information, de formation et de changement des pratiques mis à disposition au sein de la communauté de pratique et du site web, ainsi que partager avec les autres mentors les bons coups et les difficultés.

2.4. Étape 4 : Rôle de soutien de l'équipe de recherche

L'équipe de recherche a soutenu l'utilisation de la stratégie de mobilisation à travers la production de matériel de formation, de vulgarisation et de modelage (*modeling*) en fonction des demandes et des besoins des mentors. L'équipe a également pu répondre aux questions des mentors et les accompagner dans le développement de leurs activités de mentorat par des conseils.

3. Phase 3 : Évaluation de la stratégie

La phase d'évaluation de la stratégie constitue la partie « recherche » du projet. Elle vise spécifiquement à évaluer l'utilisation de la stratégie de mobilisation des connaissances en prévention du suicide et de ses effets sur les connaissances, les croyances et les comportements de prévention du suicide des équipes participantes. La phase d'évaluation s'est déroulée entre janvier et décembre 2019 avec la collaboration étroite des équipes cliniques participant à l'implantation de la stratégie. Cette section présente le devis et la méthode retenus pour effectuer cette évaluation.

3.1. Devis global

Le devis est longitudinal mixte, combinant des données qualitatives (QLT) et quantitatives (QTT). Les volets QLT et QTT ont été simultanés, c'est-à-dire que les données ont été recueillies pendant les mêmes périodes de temps et analysées ensemble par la suite, suivant les indications de Teddlie and Tashakkori (2009).

L'utilisation de la stratégie et ses effets sont analysés au niveau des individus (mentors, intervenants, gestionnaires) et au niveau des milieux (directions DI-TSA participantes). Le devis comporte une phase prétest (avant la formation des mentors) et post-test (six mois après la formation des mentors, en fin de projet pilote).

3.2. Outils et phases de recueil des données

Différents outils de recueil de données ont été utilisés lors des prétests et post-tests et durant la période d'utilisation de la stratégie.

- **Questionnaire d'évaluation de la formation des mentors et des gestionnaires** : Après leur formation, les mentors (et les gestionnaires ayant

participé à la formation) ont rempli un bref questionnaire d'évaluation, recueillant des informations sur leur expérience de formation, leurs perceptions de ses forces et de ses faiblesses (voir annexe A).

- **Questionnaires prétest et post-test – évaluation QTT des effets de la stratégie :** Tous les participants (mentors, intervenants, gestionnaires) ont été sollicités pour remplir un questionnaire similaire avant le début du projet (prétest), puis en fin de projet (post-test). Ce questionnaire portait plus spécifiquement sur les connaissances et sur les croyances et les attitudes en lien avec le suicide et sa prévention chez les personnes ayant une DI ou un TSA. Il est basé sur les objectifs et contenus de formation et les outils associés au Processus AUDIS (voir annexe B). Le questionnaire est rempli en ligne à partir de Lime Survey et prend environ 15 minutes à compléter.
- **Entrevues pré et post – évaluation QLT de l'utilisation et des effets de la stratégie :** En complément des questionnaires portant sur les connaissances et les attitudes en lien avec le suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA, les participants ont fait une entrevue téléphonique d'environ 30 minutes en prétest et en post-test (annexe C et D). Les thèmes abordés en entrevue touchent aux pratiques, besoins et attentes de prévention du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA, ainsi qu'aux attentes et aux expériences avec la stratégie de mobilisation des connaissances.
- **Échanges dans la communauté de pratique – évaluation QTT de l'utilisation de la stratégie :** Le site web du projet est programmé par l'Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme et est hébergé sur ses serveurs. Le programme permet de comptabiliser les actions menées par les membres de la communauté de pratique sur le site. Les données d'utilisation du site ont été recueillies : le nombre de téléchargements de documents, le nombre de commentaires sur le fil de nouvelles.
- **Rencontres de suivi avec les participants – évaluation QLT de l'utilisation de la stratégie :** Deux rencontres en ligne ont été réalisées au milieu du projet. La première a été réalisée le 5 juin 2019 avec les mentors, puis la deuxième, le 10 juillet 2019 avec les gestionnaires. Elles ont été menées en visioconférence (Zoom), enregistrées et retranscrites pour analyse. Les thèmes abordés lors de ces rencontres étaient en lien avec le déploiement de la stratégie, les obstacles et les facilitateurs, les besoins d'ajustement pour la suite et la satisfaction des participants.

3.3. Analyse des données et triangulation des sources

Quatre étapes d'analyse ont été effectuées, conformément aux méthodes mixtes (Teddle & Tashakkori, 2009), afin de compléter l'analyse des données recueillies lors de la phase d'évaluation.

3.3.1. Préparation des données

Toutes les données ont été anonymisées avant l'analyse.

Les données issues des questionnaires prétest et post-test ont été combinées dans un fichier SPSS pour analyse. Les questions ouvertes ont fait l'objet d'une analyse de contenu et des codes ont été créés afin que les réponses puissent être analysées statistiquement.

Les entrevues individuelles et de groupe ont été enregistrées et les réponses des participants ont été retranscrites pour analyse. Les fichiers ont été inclus dans NVivo et les participants ont été classés en groupes pour les analyses. Les groupes suivants ont été constitués : mentors, intervenants, gestionnaires, milieux de travail, prétest, post-test et des analyses de contenu ont été effectuées à ces différents niveaux.

3.3.2. Analyses statistiques

Des analyses descriptives ont été menées sur les données prétest et post-test issues des questionnaires. La petite taille d'échantillon et l'attrition importante au temps 2 de mesure (post-test) n'ont pas permis d'effectuer des analyses de variance sophistiquées.

Des Chi2 ont été appliqués aux variables catégorielles à deux niveaux et des ANOVA ont été appliquées aux variables continues. Des comparaisons prétest et post-test ont été faites afin de vérifier l'évolution des connaissances et attitudes des participants en lien avec le suicide chez les usagers.

3.3.3. Analyses qualitatives

Des analyses de contenu ont été faites, en suivant les recommandations de Miles & Huberman (1994). Des codes de cotation ont été développés après une première lecture approfondie des verbatim. Ces codes reflètent à la fois les concepts explorés et les contenus émergents abordés par les participants. Deux membres de l'équipe de recherche ont codé ensemble trois entrevues afin de s'assurer que les codes étaient clairs et cohérents. Les codes utilisés pour l'analyse qualitative des entrevues sont les suivants :

- Outils et procédures utilisés en prévention du suicide;
- Expériences récentes en prévention du suicide auprès de la clientèle DI-TSA;
- Sentiment de compétence en prévention du suicide auprès des usagers DI-TSA;
- Besoins en prévention du suicide auprès de la clientèle DI-TSA;

- Attentes et expériences par rapport à la stratégie de mobilisation des connaissances en prévention du suicide AUDIS;
- Attentes et expériences par rapport au rôle des mentors, des intervenants et des gestionnaires;
- Attentes et expériences par rapport aux facilitateurs du déploiement de la stratégie de mobilisation;
- Attentes et expériences par rapport aux obstacles du déploiement de la stratégie de mobilisation;
- Attentes et connaissances par rapport au Processus AUDIS;
- En post-test seulement :
 - Activités de la stratégie de mobilisation menées et utilisées,
 - Impact de la stratégie de mobilisation sur les pratiques de prévention du suicide.

Par la suite, l'équipe de recherche a réalisé les analyses en suivant les étapes suivantes décrites par Miles et Huberman (1994) :

- Toutes les entrevues (gestionnaires, mentors et intervenants) ont été codées à partir des mêmes codes, afin de saisir les mêmes concepts chez chacun des groupes de participants et permettre la comparaison des vécus entre participants;
- Des matrices condensées de codes ont été produites à partir de NVivo pour chaque groupe de participants (mentors, intervenants, gestionnaires, milieux);
- Les réponses des participants ont été résumées au sein de chaque groupe et des citations exemplaires ont été identifiées;
- Les réponses prétest et post-test portant sur les questions répétées ont été comparées afin d'identifier les variations dans le vécu des participants;
- Les réponses provenant de groupes de participants différents ont été comparées afin de comprendre les variations dans l'expérience de chaque groupe;
- Une synthèse générale des constats principaux a été produite, et illustrée avec des citations exemplaires de participants.

3.3.4. Triangulation des données

Afin de répondre aux objectifs de l'étude, les données issues des analyses qualitatives et quantitatives ont été analysées ensemble, par une lecture approfondie des résultats saillants. Une intégration de ces constats en un schéma général de synthèse (version adaptée de la stratégie de mobilisation des connaissances) a été faite.

Les recommandations sur l'amélioration de la stratégie de mobilisation des connaissances ont été faites à partir de cette synthèse.

Considérations éthiques du projet

Ce projet présente un risque éthique minimal. La portion « stratégie de mobilisation » requiert la participation d'intervenants et de professionnels à titre de mentors. La portion « évaluation » requiert la participation confidentielle de membres des équipes cliniques impliquées, afin d'évaluer l'évolution de leurs connaissances, attitudes et compétences en lien avec la prévention du suicide auprès de leurs clientèles. À aucun moment les usagers n'ont été impliqués dans le projet et aucune donnée personnelle n'a été recueillie sur les intervenants participants.

Le projet a fait l'objet d'une demande multicentrique au comité d'éthique de la recherche au CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, puis au comité d'évaluation de la convenance institutionnelle de sept directions participantes, dont CISSS-des-Laurentides, CIUSSS-Estrie, CIUSSS-Sud-MTL, CISSS-EMTL, CIUSSS-Capitale Nationale, CISSS-Chaudière-Appalaches, CISSS-MO. Une seule direction, celle du CISSS-Chaudière-Appalaches, a refusé de nous accorder la convenance institutionnelle.

Résultats

La section ci-dessous décrit les résultats de la phase d'évaluation de l'implantation et des effets de la stratégie de mobilisation des connaissances. Elle est organisée selon la structure suivante :

- Analyse qualitative ou quantitative des données issues de différentes sources
 - Données issues des questionnaires d'évaluation de la formation – QTT+QLT
 - Données issues des questionnaires prétest et post-test – QTT
 - Données issues des entrevues – QLT
 - Données issues des rencontres de groupe avec les mentors et gestionnaires participants – QLT
 - Données issues de l'utilisation du site web de la communauté de pratique – QTT
- Synthèse des données issues des différentes sources - triangulation

1. Données issues des questionnaires d'évaluation de la formation

Au total, 26 participants ont complété un questionnaire d'évaluation de la formation. Le Tableau 6 synthétise les réponses sur des échelles en 4 points (1 = complètement en désaccord, 4 = complètement en accord).

Tableau 6 - Évaluation de la formation par les intervenants partenaires et gestionnaires

Item	Moyenne	Écart-type
En général, j'ai apprécié la formation.	3,95	0,21
La durée de la formation est adéquate.	3,47	0,73
La formatrice a suscité mon intérêt et mon attention lors de l'activité.	3,86	0,35
La formatrice a été à l'écoute des participants et de leurs besoins.	3,95	0,21
La formatrice maîtrise le contenu présenté.	4	0
Le contenu de la formation était bien structuré.	3,91	0,29
Les outils utilisés et les techniques d'animation employées sont pertinents.	3,91	0,41
Les connaissances et les habiletés acquises me seront utiles.	3,95	0,21

Le Tableau 7 synthétise les forces et les faiblesses de la formation telles qu'identifiées par les participants dans la question ouverte.

Tableau 7- Forces et faiblesses de la formation

Forces et points positifs	Faiblesses et points négatifs	Suggestions d'adaptation
• Outils et matériel associé utiles et bien structurés, flexibles • Schémas explicatifs • Mises en situation (vignettes) et exercices pratiques avec les outils • Disponibilité de l'équipe • Formatrices (soutenantes, rassurantes, passionnées) • Disponibilité des outils complets et accessibles dans la communauté de pratique • Les temps d'explications détaillées et de réflexivité sur les pratiques cliniques • Les temps de réflexion sur les outils et le jugement clinique • Bonne structure de la formation • Outils adaptés aux clientèles et contexte d'intervention	• Pas assez de temps consacré aux outils • Pages mal numérotées dans le cahier du participant • Théorie en après-midi (faire plus de pratiques en après-midi) • Journées trop longues et condensées • Parfois difficile de suivre où on est rendu sans soutien visuel sur un tableau • Pas d'exercices pratiques avec notre clientèle	• Ajouter une journée de formation plusieurs semaines après pour discuter de cas réels vécus dans les milieux • Répartir la formation sur trois jours moins condensés • Laisser plus de temps pour s'approprier les outils • Passer plus de temps sur les outils d'intervention • Faciliter la familiarisation avec le matériel et son appropriation (le cahier de formation et les outils AUDIS peuvent être mélangeants) • Passer moins de temps sur les croyances • Utiliser un code de couleurs pour chaque étape du Processus AUDIS • Utiliser plus d'outils d'animation visuels

2. Données issues des questionnaires prétest et post-test

2.1. Échantillon

Les participants ayant répondu aux questionnaires prétest et post-test présentent les caractéristiques sociodémographiques décrites dans le Tableau 8. L'échantillon de N=40 participants provient de sept directions DI-TSA différentes.

Tableau 8- Participants au prétest et au post-test selon le genre et l'occupation

	N total	N femmes (%)
Mentors	18	N=15 (83 %)
Gestionnaires	9	N=9 (100 %)
Intervenants	13	N=11 (85 %)

Les prétests ont été complétés entre février et mars 2019 et les post-tests ont été faits entre octobre et novembre 2019. Les mêmes personnes ont été interrogées lors des prétests et post-tests. Cependant, à cause des enjeux de mouvements de personnel, plusieurs participants ont été inclus seulement pour le post-test, puisqu'ils sont entrés dans le projet en cours de route (gestionnaires et intervenants). Leurs données ne sont utilisées que pour les analyses effectuées pour des équipes complètes.

Le taux d'attrition entre le prétest et le post-test est décrit dans le Tableau 9. Les mentors n'ayant pas complété le post-test ont tout de même joué leur rôle auprès de leurs équipes et sont restés impliqués dans le projet pilote d'implantation de la stratégie de mobilisation des connaissances.

Tableau 9 - Taux d'attrition des participants entre le prétest et le post-test

	N Prétest	N Post-test	Taux d'attrition
Mentors	18	11	39 %
Intervenants ¹	10	9	18 %
¹ Certains intervenants n'ont participé qu'au prétest et d'autres, qu'au post-test.			

Le taux d'attrition pour les gestionnaires n'a pas pu être calculé, puisque des gestionnaires ont changé en cours de projet et se sont ajoutés au post-test.

2.2. Changement dans les connaissances des participants

Les analyses des changements dans les connaissances ont été faites à partir de l'échantillon complet comprenant les mentors, les intervenants et les gestionnaires (échantillon global, N=25 participants ayant des données au prétest et au post-test,

Tableau 10). Les éléments ayant changé dans le sens d'une amélioration des connaissances sont surlignés dans le tableau.

Tableau 10 - Variation prétest – post-test dans les connaissances sur le suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA

Items	Codes	Prétest (moyenne, écart-type)	Post-test (moyenne, écart-type)	Test t.
Q1-1. Chez les personnes ayant une DI ou un TSA, les comportements suicidaires et leurs causes sont différents que pour la population générale.	1 à 4 ¹	2,44 (0,651)	2,08 (0,759)	T : 1,565 (ddl : 24), p : 0,131
Q1-2. Les méthodes pour estimer le risque suicidaire chez les personnes ayant une DI ou un TSA sont les mêmes que pour la population générale.	1 à 4	2,60 (0,645)	2,12 (0,781)	T : 2,613 (ddl : 24), p : 0,015
Q1-3. Les comportements suicidaires sont différents chez les personnes ayant une DI et celles ayant un TSA.	1 à 4	2,48 (0,586)	2,44 (0,768)	T : 0,189 (ddl : 24), p : 0,852
Q1-4. Les personnes ayant une DI ou un TSA ont moins de comportements suicidaires que la population générale.	1 à 4	1,80 (0,577)	1,40 (0,913)	T : 1,852 (ddl : 24), p : 0,076
Q2. Définition correcte de ce qu'est un facteur de protection contre le suicide.	0 – 1 - 2 ²	0,96 (0,455)	1,64 (0,569)	T : -6,107 (ddl : 24), p : 0,000
Q4. Définition correcte de ce qu'est un facteur de risque pour le suicide.	0 – 1 – 2 ²	0,89 (0,676)	1,56 (0,616)	T : -3,117 (ddl : 24), p : 0,006
Q6. Les déclencheurs des épisodes suicidaires.	0 – 1 – 2 ²	1,80 (0,500)	1,80 (0,577)	T : 0,0 (ddl : 24), p : 1,000
Q7. Définition correcte de ce que sont les composantes cognitives et interactionnelles du suicide.	0 -1- 2	0,52 (0,963)	0,84 (1,344)	T : 1,398 (ddl : 24), p : 0,175
Q8. Nombre moyen d'indices de détresse identifiés.	N moyen (ET)	4,08 (2,482)	3,72 (1,792)	T : -2,460 (ddl : 24), p : 0,000
Q9-1. L'estimation du risque sert à prédire si une personne tentera de se suicider.	1 à 4	2,96 (0,676)	2,20 (1,080)	T : -2,998, (ddl : 24), p : 0,006
Q9-2. L'estimation du risque sert à prédire quand une personne tentera de se suicider.	1 à 4	2,76 (0,879)	1,96 (1,098)	T : 3,098, (ddl : 24), p : 0,005
Q9-3. L'estimation du risque sert à allouer les bons services au bon moment pour agir sur les facteurs de risque et la détresse.	1 à 4	3,76 (0,436)	3,56 (1,121)	T : -0,816, (ddl : 24), p : 0,422

¹ 1 : 1 complètement en désaccord à 4 – complètement en accord

² 0 définition fausse, 1 éléments vrais et faux, 2 seulement éléments vrais

2.3. Changements dans les attitudes des participants

Les analyses des changements dans les attitudes ont été faites à partir de l'échantillon complet comprenant les mentors, intervenants et gestionnaires (échantillon global, N=25 participants ayant des données au prétest et au post-test, Tableau 11). Les attitudes ayant changé entre les deux temps de mesure sont soulignées dans le tableau et les variations observées vont dans le sens d'une amélioration des attitudes.

Tableau 11 - Variation prétest – post-test dans les attitudes sur le suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA

Items ¹	Prétest (moyenne, écart-type)	Post-test (moyenne, écart-type)	Test t
Q10-1. Le risque de passage à l'acte suicidaire est faible chez les personnes ayant une DI ou un TSA.	2,00 (0,707)	1,32 (0,627)	T : 3,180 (ddl : 24), p : 0,004
Q10-2. Le risque de décès suite à un passage à l'acte est plus bas parce que les personnes ayant une DI ou un TSA ont moins accès à des moyens létaux ou comprennent moins la létalité des moyens qu'ils envisagent ou utilisent.	2,28 (0,891)	1,76 (0,879)	T : -2,243 (ddl : 24), p : 0,034
Q10-3. Les verbalisations suicidaires sont des expressions maladroitement d'émotions ou de souffrance non suicidaire.	2,28 (0,678)	1,52 (0,770)	T : 3,756 (ddl : 24), p : 0,001
Q10-4. Les deuils provoquent moins de souffrance chez les personnes ayant une DI ou un TSA.	1,28 (0,458)	1,12 (0,526)	T : -1,281, (ddl : 24), p : 0,212
Q10-5. Les comportements suicidaires sont moins présents à cause de limites cognitives.	1,88 (0,600)	1,40 (0,645)	T : 2,613, (ddl : 24), p : 0,015
Q10-6. Les comportements suicidaires sont moins présents à cause d'une moins bonne compréhension de la mort.	1,80 (0,645)	1,36 (0,700)	T : -2,290 (ddl : 24), p : 0,031
Q10-7. Les comportements suicidaires sont un appel à l'aide.	3,36 (0,638)	3,00 (1,155)	T : 1,435, (ddl : 24), p : 0,164
Q10-8. Les verbalisations suicidaires sont un moyen de rechercher de l'attention et mobiliser l'entourage.	2,44 (0,583)	1,72 (0,737)	T : -3,674 (ddl : 24), p : 0,001
Q10-9. Les comportements suicidaires sont des leviers de négociation avec l'entourage en cas de conflit, refus, contrainte ou limite.	2,28 (0,737)	1,64 (0,810)	T : 2,975 (ddl : 24), p : 0,007
Q10-10. Les personnes ayant une DI ou un TSA ressentent peu d'ambivalence par rapport au suicide.	2,00 (0,764)	1,52 (0,714)	T : -2,295 (ddl : 24), p : 0,031
Q10-11. Il peut être difficile d'identifier une intention suicidaire chez une personne ayant une DI ou un TSA.	2,88 (0,781)	2,68 (1,069)	T : 0,707 (ddl : 24), p : 0,486
Q10-12. L'absence de plan structuré pour se suicider est un facteur de protection chez les personnes ayant une DI ou un TSA.	2,44 (0,870)	2,08 (0,954)	T : -1,616, (ddl : 24), p : 0,119

Q10-13. Parler de suicide risque de favoriser l'émergence et d'entretenir les verbalisations et comportements suicidaires.	1,52 (0,714)	1,40 (0,764)	T : 0,647 (ddl : 24), p : 0,524
Q10-14. L'estimation du risque suicidaire doit se faire en collaboration interdisciplinaire.	3,40 (0,645)	2,96 (1,172)	T : -1,901 (ddl : 24), p : 0,069
¹ les réponses aux items allaient de 1 - complètement en désaccord à 4 – complètement en accord			

2.4. Pratiques de prévention du suicide

Lors des deux temps de mesure, les participants ont dû décrire les activités et les pratiques de prévention du suicide qu'ils ont utilisées dans les six derniers mois (voir Tableau 12).

Tableau 12 - Pratiques de prévention du suicide

Item	Prétest (N Oui)	% oui	Post-test (N Oui)	% oui	Chi2
Effectué des activités de repérage	8	32,0	9	36,0	0,873 (ddl : 2), p : 0,646
Référent des usagers à des professionnels formés	10	40,0	9	36,0	6,171 (ddl : 2), p : 0,046
Effectué l'estimation du danger	8	32,0	9	36,0	4,703 (ddl : 2), p : 0,095
Effectué l'évaluation des facteurs de risque et de protection	6	24,0	10	40,0	2,622 (ddl : 2), p : 0,270
Effectué d'autres activités d'estimation	4	16,0	6	24,0	0,663 (ddl : 2), p : 0,718

2.5. Utilisation du Processus AUDIS et pratiques de prévention du suicide avec les usagers

Les participants ont été questionnés sur leur utilisation de pratiques de prévention du suicide apparaissant dans le Processus AUDIS dans les six mois précédant chaque temps de mesure (Tableau 13). Les calculs ont été faits sur l'échantillon global (N=25 participants ayant des données au prétest et au post-test).

Tableau 13 - Utilisation d'actions de prévention du suicide

Items	Prétest (N oui)	% oui	Post-test (N oui)	% oui	Chi2
-------	--------------------	-------	----------------------	-------	------

Évaluation du risque suicidaire :					
Q12.1. Repérage de personnes à risque	6	24,0	9	36,0	0,175 (ddl : 1), p : 0,676
Q12.2. Référer des usagers à des professionnels	8	32,0	9	36,0	5,452 (ddl : 1), p : 0,020
Q12.3. Faire des estimations du danger	4	16,0	9	36,0	0,787 (ddl : 1), p : 0,375
Q12.4. Évaluer les facteurs de risque et protection	4	16,0	10	40,0	1,014 (ddl : 1), p : 0,314
Interventions pour :					
Q13-1. Assurer la sécurité	7	28,0	11	44,0	1,401 (ddl : 1), p : 0,237
Q13-2. Prévenir le passage à l'acte	13	52,0	2	8,0	3,590 (ddl : 1), p : 0,058
Q13-3. Renforcer l'espoir	14	56,0	6	24,0	1,643 (ddl : 1), p : 0,200
Q13-4. Trouver des solutions	17	68,0	7	28,0	6,452 (ddl : 1), p : 0,040
Q13-5. Diminuer le risque de passage à l'acte futur	12	48,0	4	16,0	2,356 (ddl : 1), p : 0,125
Q13-6. Renforcer les facteurs de protection	18	72,0	8	32,0	0,008 (ddl : 1), p : 0,927
Q13-7. Réduire les facteurs de risque	12	48,0	6	24,0	1,976 (ddl : 1), p : 0,372
Q13-8. Déconstruire les patterns	8	32,0	6	24,0	2,146 (ddl : 1), p : 0,143

3. Données issues des entrevues

Cette section présente la synthèse des constats principaux issus de l'analyse des contenus des entrevues avec une description des variations observées entre les prétests et post-tests, pour chaque groupe de participants.

3.1. Prétest : État des lieux de la prévention du suicide dans les équipes et besoins liés à la stratégie de mobilisation des connaissances

3.1.1. Outils et procédures utilisés en prévention du suicide avant le début du projet

Lors du prétest, les mentors décrivent de façon précise les outils de prévention du suicide disponibles dans leurs milieux, alors que les intervenants et les gestionnaires

semblent avoir une perception plus superficielle de ces outils. Les mentors semblent plus sensibilisés à la prévention du suicide, ce qui se confirme par leur intérêt à devenir mentors pour leurs équipes.

Les outils mentionnés au prétest sont variés et sont généralement destinés à la population générale et non à des versions adaptées aux clientèles DI-TSA (conseils venant de tiers, grille d'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire, guide des bonnes pratiques³, COQ⁴, jugement clinique personnel, outils maison produits au sein du service). Par contre, plusieurs participants soulignent les collaborations avec d'autres milieux spécialisés en prévention du suicide (centres de prévention du suicide, CLSC, centres de crise, psychiatres) et des pratiques d'accompagnement des usagers auprès de ces ressources.

Les intervenants soulignent cependant un certain malaise vis-à-vis un manque d'outils adaptés et de connaissances pertinentes. Ils expriment aussi un manque de confiance en leurs propres capacités à intervenir de manière adéquate en prévention du suicide :

« C'est terrible... c'est mon gros bon sens. C'est quelque chose que, depuis que j'ai eu ces situations-là, dès la première situation je me disais "mais mon dieu que je suis pas outillée, sur quoi je me base pour dire que mon évaluation est solide." » (E7-pré)

Il semblerait que les intervenants et les gestionnaires privilégient parfois les activités de prévention précoce ou de travail sur les facteurs de risque et de protection plus distaux, en laissant la prévention du suicide (estimation, intervention lors de la crise suicidaire) aux milieux spécialistes.

3.1.2. Expériences récentes en prévention du suicide auprès de la clientèle DI-TSA

Les participants ont mentionné être confrontés à une grande variété de comportements suicidaires (idéations; planification; tentatives non dangereuses, isolées ou répétées). Cependant, les mentors sont souvent appelés à intervenir indirectement, c'est-à-dire en soutien auprès de collègues ayant un usager suicidaire. Ce rôle existait avant leur implication dans le projet comme mentor. Parallèlement, plusieurs mentors regrettent au prétest le manque de pratiques de prévention du suicide dans leurs équipes.

³ Produit par le MSSS pour la population générale.

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-247-02.pdf>

⁴ Comment-Où-Quand : il est à noter que cet acronyme n'est actuellement plus utilisé dans le milieu de la prévention du suicide, et ce, depuis plusieurs années. Son utilisation encourage la réduction de l'évaluation du risque suicidaire à seulement trois composantes de la planification suicidaire et son efficacité n'a jamais été démontrée.

3.1.3. Rôle en prévention du suicide

Les rôles décrits par les participants dépendent de leur place dans le continuum de services. Les intervenants décrivent des rôles et des interventions variés (évaluation du risque, collecte d'information, références, appel des services d'urgence, travail sur les facteurs de risque, etc.). La plupart des intervenants spécifient que la prévention du suicide se fait en équipe.

Les gestionnaires se positionnent dans un rôle plus indirect d'accompagnement et de soutien des pratiques et des relations avec les professionnels.

3.1.4. Sentiment de compétence en prévention du suicide auprès des usagers DI-TSA

Lors du prétest, les mentors présentent des perceptions inégales dans ce domaine. Certains sont à l'aise à travailler en prévention du suicide parce qu'ils se sentent outillés et soutenus par leur équipe, capables d'exprimer de l'empathie sans s'inquiéter de faire ou non la bonne chose.

« Je me sens confortable, mais ce qui me rend confortable, c'est que j'travailles pas juste avec l'usager, j'vais travailler avec tout le CRDI, les psychiatres. J'm'assure d'avoir l'info de tout le monde pis de travailler en équipe, j'trouve que ça rassure beaucoup. C'est pas une évaluation que je fais dans mon bureau toute seule avec l'usager. » (M11-pré)

Par contre, d'autres ont l'impression de n'être pas outillés pour faire un travail optimal et se sentent donc impuissants, frustrés, stressés ou inquiets.

« [J]e trouve ça heurtant. Heurtant dans le sens que j'aime bien faire les choses, donc en terme moi d'émotion c'était comme « mon doux est-ce qu'on peut être outillés, est-ce qu'on peut avoir des balises vraiment claires pour tout le monde pour être en mesure d'offrir un service de qualité, même dans ces moments-là. » (M1-pré)

Le sentiment de responsabilité et d'engagement semble tout de même fort :

« Je me sens utile, j'sens que j'peux faire la différence, j'sens que j'ai une responsabilité, j'sens que c'est une preuve aussi de confiance que les personnes me contactent. C'pas toujours facile, ça vient nous chercher, ça dépasse parfois le cadre du travail. » (M13-pré)

L'accumulation d'expériences est vécue comme un atout pour gagner en assurance et sentir qu'on développe de bonnes approches.

Les intervenants décrivent des perceptions très inégales (allant de « se sentir très à l'aise » à « avoir très peur qu'un usager ne fasse une tentative »). Le sentiment de compétence exprimé est très associé au soutien reçu par les pairs, les professionnels et l'équipe.

3.1.5. Besoins en prévention du suicide auprès de la clientèle DI-TSA

Les participants ont exprimé des besoins à différents niveaux, sans qu'il y ait de différences apparentes dans les besoins exprimés par les mentors, les intervenants et les gestionnaires :

- Organisation des services pour favoriser la mobilisation, le travail d'équipe et le soutien en équipe ainsi que les collaborations interdisciplinaires (santé mentale et communautaire);
- Accès à des personnes-ressources pour soutenir les interventions;
- Cadre de référence unique et adapté pour comprendre et intervenir (outils de soutien à la prise de décision) qui incorpore les meilleures connaissances;
- Outils de prévention du suicide valides et formation adaptés aux clientèles DI, TSA et DI+TSA, présentant des capacités de communication différentes;
- Gestion du stress;
- Autonomie dans l'utilisation des outils de prévention du suicide et dans le choix des interventions à mettre en place, disposer d'un répertoire d'outils;
- Assurer la continuité des interventions (congrés, changements de poste).

3.1.6. Attentes par rapport aux outils et à la formation dans le cadre de la stratégie de mobilisation des connaissances en prévention du suicide AUDIS

Lors du prétest, les participants ont été questionnés sur leurs attentes vis-à-vis les outils et la stratégie de mobilisation des connaissances.

Attentes générales des participants

Les trois groupes de participants ont identifié les attentes suivantes :

- **Formation** : mieux comprendre le suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA, acquérir des moyens de démystifier les tabous sur la mort et le suicide chez

ces clientèles, se sentir plus outillé pour faire de la prévention du suicide chez la clientèle;

- **Accompagnement en prévention du suicide** : des procédures et des outils concrets, clairs et facilement utilisables sans préparation approfondie (les activités d'estimation et de prévention du suicide se font généralement de façon imprévue), un accompagnement à long terme à l'utilisation des outils (personne-ressource disponible).

« [C]'est sûr que y ait toujours quelqu'un de référence ça pourrait être intéressant. Pendant plusieurs années peut-être, qu'on ait quelqu'un qu'on puisse appeler pour s'assurer que tout est beau et ou que si ça dérape » (M3-Pré);

- **Collaboration** : permettre l'accès aux outils pour les partenaires du milieu de la santé, diffuser largement les outils de prévention adaptés aux clientèles DI-TSA;
- **Utilisation des outils** : gagner de l'autonomie dans l'utilisation des outils et pouvoir accéder à du soutien spécialisé en temps réel.

Attentes spécifiques des intervenants

Les intervenants ont signalé des attentes liées aux outils et à la formation :

- **Outils** : Disposer d'outils variés et adaptés aux spécificités de différents sous-groupes d'usagers, faciles à comprendre pour les usagers, permettant d'agir rapidement, permettant de sensibiliser et d'outiller les familles;
- **Formation** : Recevoir une formation utile et complète mais courte, incluant les contextes psychosociaux, le renforcement des facteurs de protection, les stratégies d'intervention spécialisées et les scénarios sociaux.

Attentes spécifiques des gestionnaires

Enfin, les gestionnaires ont indiqué s'attendre à ce que les personnes formées (mentors) puissent diffuser les pratiques dans leurs équipes et que le plus d'intervenants possible aient accès à de la formation, que le réseautage interétablissements soit facilité et soutenu à travers les mentors, et que le Processus AUDIS puisse permettre aux équipes de travailler en prévention plus qu'en réaction. Certains souhaiteraient également avoir accès à un coaching pour soutenir leurs équipes dans l'acquisition des pratiques de prévention du suicide.

Ces attentes montrent que les participants ont une compréhension claire des objectifs du projet, des outils associés au Processus AUDIS et de la stratégie de mobilisation des connaissances. La communication préalable à l'engagement des équipes participantes semble avoir donc rempli son mandat.

3.1.7. *Attentes des mentors, intervenants et gestionnaires quant au rôle de chacun au sein de la stratégie de mobilisation des connaissances*

Lors du prétest, les mentors, intervenants et gestionnaires ont été questionnés sur leurs attentes quant au rôle de chaque type de participant dans le projet. Le Tableau 14 synthétise leurs perceptions.

Tableau 14 - Attentes des participants envers leurs rôles respectifs dans la stratégie de mobilisation

	Attentes des mentors	Attentes des intervenants	Attentes des gestionnaires
Vis-à-vis les mentors	-Avoir une responsabilité importante dans le transfert des connaissances et de la formation de leurs collègues -Devenir une personne de référence sur la prévention du suicide au sein de leur équipe Certains ont observé avoir été choisis pour ce rôle en raison de leur capacité à assimiler et transmettre le matériel et pour leurs aptitudes en communication. -Devoir multiplier les moyens de communication et les approches pédagogiques pour diffuser l'information au sein de leur équipe (sensibilisation, réunions d'équipe, distribuer des dépliants, faire du mentorat, être disponible pour les intervenants) -Recevoir du soutien pour jouer leur rôle Par contre, certains mentors ne sentent pas que leur rôle est clair pour eux. <i>« Je sais même pas c'est sur quoi les journées de formations; je sais pas si on parle, en tant que tel de l'outil, ou de notre rôle. Pour moi c'est pas clair. J'avais peut-être l'impression qu'après qu'on m'ait dit tout ça, peut-être que j'aurais des attentes, mais là c'est encore flou. »</i> (M11-Pré)	-Qu'ils aient un sentiment de compétence et des connaissances adéquates -Qu'ils soutiennent les intervenants lors de leurs activités de prévention du suicide (formés, accompagnés lors des premières utilisations des outils) -Qu'ils les informent et les nourrissent sur les connaissances et les meilleures pratiques <i>“Qu'ils [les mentors] soient une courroie de transmission entre le projet de recherche, pis nous, les intervenants, qu'ils fassent descendre l'information.”</i> (E3-pré) -Qu'ils soient disponibles pour donner des informations ou des conseils Cependant, quelques intervenants indiquent que leurs attentes peuvent être irréalistes puisque les mentors ont également leur charge de travail et des responsabilités à gérer, en dehors de leur rôle en prévention du suicide.	-Qu'ils développent une expertise en prévention du suicide -Qu'ils se gardent à jour sur les connaissances et pratiques -Qu'ils transmettent facilement les informations acquises, fassent connaître leur rôle, prennent l'initiative de discuter de prévention du suicide auprès de leurs équipes -Qu'ils offrent du soutien aux intervenants. -Qu'ils travaillent en collaboration avec les intervenants, de façon efficace et sans jugement

	Attentes des mentors	Attentes des intervenants	Attentes des gestionnaires
	Et d'autres sont préoccupés par la charge de travail et le temps que prendra ce rôle.		
Vis-à-vis les intervenants	-Qu'ils soient mobilisés et proactifs dans leurs apprentissages et leur utilisation des outils de prévention du suicide -Qu'ils partagent leurs connaissances et expériences avec leurs collègues afin d'encourager le transfert de connaissances Pour les mentors ayant un rôle conseil, moins proche des interventions, ils souhaitent que les intervenants relaient leur expérience et leur perception des outils afin de permettre des ajustements. Ils semblent donc souhaiter un échange dynamique (dans lequel les mentors apportent des outils et un soutien et les intervenants, une expérience et un retour) soutenant l'amélioration des pratiques des uns et des autres. <i>« Qu'ils s'approprient le processus, qu'ils l'utilisent et qu'ils collaborent. Que ça suscite une curiosité pour que par eux - mêmes puissent faire profiter des gens de leur découverte en lien avec ce qu'ils voient. De garder ça vivant. »</i> (M1-pré)	-Acquérir et maîtriser des connaissances et des outils de prévention du suicide -Utiliser les outils et donner une rétroaction sur leur utilité dans leur contexte -Participer au développement des compétences dans leur équipe en informant et conseillant des collègues -Apporter une perspective d'intervention directe auprès de la clientèle et partager des mises en situation -Soutenir les parents en les aidant à développer une ouverture d'esprit vis-à-vis de la prévention du suicide	-Qu'ils soient proactifs dans la recherche d'information -Qu'ils se mobilisent pour s'approprier les outils, développent une aisance à travailler en prévention du suicide, développent une autonomie vis-à-vis leur formation -Qu'ils agissent plus en prévention qu'en réaction -Qu'ils recherchent le soutien dont ils ont besoin auprès des mentors et de leurs collègues

	Attentes des mentors	Attentes des intervenants	Attentes des gestionnaires
Vis-à-vis les gestionnaires	-Qu'ils s'impliquent activement dans le processus de mobilisation des connaissances -Qu'ils s'impliquent activement dans les pratiques de prévention du suicide (demeurer présents et flexibles en cas de situation suicidaire) -Qu'ils soient les garants de la pérennisation de la stratégie dans les équipes <i>« Qu'ils fassent vraiment partie du processus, qu'il y ait une façon qu'ils peuvent suivre le tout, et non pas qu'ils sont informés une peu au début et à la fin. »</i> (M1-pré) -Qu'ils assurent une libération du temps de travail afin de leur permettre de jouer adéquatement leur rôle, mettent en place des occasions de partage d'outils et de connaissances, encouragent la formation (voire la rendent obligatoire), assurent les changements administratifs nécessaires à l'implantation et la pérennisation du projet	-Qu'ils donnent accès aux outils et aux formations de façon efficace et rapide -Qu'ils soient informés sur les approches présentées et implantées (Processus AUDIS) -Qu'ils permettent les adaptations nécessaires à l'appropriation et au déploiement des outils -Qu'ils fournissent un soutien émotionnel et d'intervention -Qu'ils maintiennent la circulation de l'information entre gestionnaires et intervenants	-Être informés des enjeux et besoins administratifs -Comprendre et appliquer les outils -Sensibiliser les intervenants à l'existence des outils, soutenir la formation de leurs équipes -S'assurer de la pérennisation du projet -Soutenir les intervenants sur le plan émotionnel Certains gestionnaires ne sont par ailleurs pas sûrs de comprendre quelles sont les attentes envers eux dans le cadre du projet.

3.2. Prétest et post-test : Facilitateurs et obstacles au déploiement de la stratégie de mobilisation des connaissances

Les participants ont été interrogés sur les facilitateurs et les obstacles au déploiement et à l'efficacité de la stratégie qu'ils anticipaient (prétest) et ceux qu'ils ont rencontrés (post-test) tout au long du projet. Ces facilitateurs (Tableau 15) et obstacles (Tableau 16) sont décrits ensemble et sont liés à différents aspects de la stratégie de mobilisation des connaissances. Ils peuvent également varier selon les répondants.

Tableau 15- Facilitateurs à l'implantation de la stratégie de mobilisation des connaissances

	Facilitateurs nommés par les mentors	Facilitateurs nommés par les intervenants	Facilitateurs nommés par les gestionnaires
En lien avec le Processus AUDIS lui-même	- Un outil simplifié adapté à la clientèle, avec une prise de notes réduite et facilement accessible - Pratique des outils	- Un outil facile et rapide à utiliser - Un portail électronique centralisé et facilement accessible pour aller chercher les outils et les informations requises dans tous les points de service - Accès à des versions papier des outils et documents - Un outil plus visuel que ce qui existe dans les milieux	- Un outil simple à utiliser et facile d'accès, disponible en français et en anglais, à jour
En lien avec les activités de mobilisation	- Répétition de l'information et de la sensibilisation - Formation en continu de tous les acteurs - Facilité d'accès aux outils et aux informations complémentaires - Rencontres régulières de suivi des processus cliniques de prévention du suicide au sein de l'équipe - Soutien et formation continue des mentors - Communauté de pratique	- Participer à des formations claires et concrètes - Recevoir du coaching, des ateliers, des mises en situation - Disposer de capsules régulières de mise à jour - Travail d'équipe sur les cas et les outils (des rencontres régulières) - Supervision de la part des mentors - Soutien des gestionnaires - Affichage dans les bureaux (pour rappel) - Sensibilisation du plus grand nombre de personnes possible (intervenants et familles)	- Promotion du projet auprès des équipes - Formation des intervenants - Accès à des experts extérieurs afin de compléter les connaissances et rendre le Processus AUDIS disponible aux partenaires externes pour permettre des échanges d'information - Études de cas en équipe à partir des usagers - Suivi d'équipe sur les processus de prévention du suicide auprès des usagers - Accès à la communauté de pratique - Montrer l'utilité des outils aux équipes et intervenants - Effectuer des mises à jour annuelles avec l'équipe de recherche
En lien avec les activités cliniques menées par les intervenants dans le milieu	- Collaboration des usagers au processus d'estimation et de prévention du suicide - Avoir un lien de confiance fort entre l'utilisateur et les intervenants	- Pouvoir intervenir et utiliser les outils rapidement - Élaborer un cadre d'intervention et de référence - Accompagnement individuel lors de l'utilisation des outils	

	Facilitateurs nommés par les mentors	Facilitateurs nommés par les intervenants	Facilitateurs nommés par les gestionnaires
	- Donner du soutien émotionnel aux intervenants - Donner du soutien clinique aux intervenants	- Collaboration des usagers au processus d'estimation et de prévention du suicide	
En lien avec les caractéristiques des intervenants	- Intervenants ouverts d'esprit et empathiques	- Capacité à faire l'évaluation sans recourir à un professionnel externe (ex. : la psychologue) - Savoir mobiliser le personnel - Occuper le rôle d'intervenant-pivot pour donner un meilleur accès à l'information nécessaire - Être capable de se remettre en question dans ses approches et interventions	- Savoir mobiliser les intervenants et mentors
En lien avec le contexte (caractéristiques de l'équipe, du milieu)	- Équipe stable, mobilisée et investie - Soutien de la direction, des mentors, de l'équipe de recherche et des professionnels partenaires - Moyens de communication rapide entre mentors et intervenants - Comité de soutien au sein de l'établissement - Implication de tous les niveaux d'intervenants - S'assurer que l'équipe comprend toujours une personne formée - Former les gestionnaires pour s'assurer qu'ils soient actifs dans le processus d'appropriation des connaissances - Collaboration entre les mentors pour créer et diffuser de nouveaux outils d'appropriation et des études de cas - Disposer de plus de temps pour développer et animer des activités de	- Dégagement de temps pour les mentors afin qu'ils puissent accompagner les intervenants - Garder le projet vivant à long terme - Soutien de la part du mentor et du gestionnaire - Avoir le temps d'utiliser correctement les outils - Travailler en équipe - Former plus de mentors et d'autres professionnels que les intervenants permettrait d'avoir plus de personnes-ressources - Anticiper le roulement du personnel et s'assurer que de nouvelles personnes soient formées régulièrement <i>« La personne nommée à l'équipe qui est mentor, si elle peut avoir la collaboration de son supérieur pour qu'elle s'assure d'être dégagée de certaines choses. Elle est déjà</i>	- Implication forte des gestionnaires et intervenants - Formation régulière pour les nouveaux intervenants de l'équipe - Former plus de mentors au sein de chaque équipe - Dégager du temps pour les gestionnaires et les intervenants afin qu'ils s'approprient et utilisent l'outil, particulièrement au sein des réunions d'équipe

	Facilitateurs nommés par les mentors	Facilitateurs nommés par les intervenants	Facilitateurs nommés par les gestionnaires
	mobilitation spécifiques pour les équipes - Plusieurs mentors par équipe pour faciliter le soutien et le suivi	<i>vraiment surchargée de toutes parts, pis elle veut vraiment beaucoup, elle prend vraiment ça à cœur. Je crains qu'éventuellement ce soit trop pour elle.</i> » (E6-pré)	

Tableau 16 - Obstacles à l'implantation de la stratégie de mobilisation des connaissances

	Obstacles nommés par les mentors	Obstacles nommés par les intervenants	Obstacles nommés par les gestionnaires
En lien avec le Processus AUDIS	- Si l'outil est trop compliqué ou inaccessible, les intervenants seront moins portés à l'utiliser. - En prétest, un mentor indique que si l'outil est mal adapté, il peut être perçu comme nuisible ou comme un fardeau de plus à porter (ex. : certains le trouvent trop long). - La non-intégration de l'outil dans les plateformes administratives (SIPAD) rend la prise de notes compliquée (ex. : la prise de notes est perçue comme « de la paperasserie ajoutée »). - Certains outils inclus dans le Processus AUDIS-Intervention sont moins adaptés aux usagers plus âgés.	- Un outil trop long ou compliqué à remplir sera moins utilisé. - L'outil est accompagné d'une « surcharge de travail et de paperasse ».	- Le manque de disponibilité des outils (ex. : site web non accessible) - Le fait que certains intervenants ne remplissent pas l'outil au complet ou le perçoivent comme de la « paperasse » - L'outil n'est parfois pas assez adapté aux personnes ayant une DI profonde ou un TSA sans DI.
En lien avec les activités de mobilisation	- Il faut être formé pour pouvoir utiliser l'outil, ce qui fait qu'il n'est pas accessible à tous. - Le débit des capsules vidéo est un peu trop rapide.	- Le petit nombre de personnes formées formellement (seulement les mentors) - Surcharge d'information (les intervenants reçoivent beaucoup de	- Le temps de formation et d'appropriation par les intervenants - Le manque de temps des mentors pour donner des formations complètes

	Obstacles nommés par les mentors	Obstacles nommés par les intervenants	Obstacles nommés par les gestionnaires
	- La communauté de pratique n'est pas assez active selon certains.	- formations, ce qui peut diluer certains messages). - L'outil demande un grand engagement de temps pour se l'approprier. - Le site web de la communauté de pratique n'est pas accessible à tous. - Mentor qui ne ferait pas de suivis réguliers dans son équipe	
En lien avec les activités cliniques menées par les intervenants dans le milieu	- L'hétérogénéité des clientèles DI-TSA - Les niveaux différents de DI - Le manque de facteurs de protection de certains usagers - Un lien moins fort entre l'intervenant et l'utilisateur - Le temps nécessaire et la surcharge de travail liés à l'utilisation des processus cliniques de prévention du suicide - La priorisation d'autres interventions cliniques et projets - Le petit nombre d'utilisateurs présentant un risque suicidaire dans la charge de cas de chaque intervenant	- L'utilisation de l'outil représente une surcharge de travail. - La rareté des situations suicidaires parmi la clientèle - Les intervenants ne sont pas présents en tout temps auprès des usagers pour repérer, estimer et intervenir. - Intervenir auprès d'utilisateurs qui ne collaborent pas ou qui présentent des problèmes multiples ou de communication est compliqué	- La rareté des situations suicidaires chez les usagers peut faire que les intervenants oublient les outils et comment les utiliser. - Les difficultés de langage des usagers
En lien avec les caractéristiques des intervenants	- Le manque d'aisance de certains intervenants avec le sujet du suicide - Les fausses croyances des intervenants sur le suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA - Certains intervenants semblent trop se fier à l'outil et plus assez à leur jugement clinique.	- Le manque de mobilisation - Le fait que les intervenants puissent ne pas croire au projet - La banalisation des comportements suicidaires par certains intervenants	- Inconforts avec le thème du suicide chez les intervenants - Peur de mal faire - Peur du jugement
En lien avec le contexte	- Le roulement du personnel rend le transfert des connaissances complexe.	- Le roulement du personnel	- Le manque de temps et une charge de travail élevée

	Obstacles nommés par les mentors	Obstacles nommés par les intervenants	Obstacles nommés par les gestionnaires
(caractéristiques de l'équipe, du milieu)	- Le nombre élevé d'intervenants différents travaillant auprès d'un usager (ex. : équipes différentes, équipes de nuit non formées) - L'isolement géographique des usagers - Enjeux budgétaires - Contraintes administratives - Le manque de temps pour appliquer les processus cliniques et remplir les outils - Le manque de soutien et de suivi perçu par certains intervenants	- Le manque de temps, les difficultés à partager l'outil <i>« Si on a juste un outil, qu'il faut que ça se passe d'un point de service à un autre, parce qu'on a beaucoup de bâtisses, et beaucoup d'intervenants sur le territoire, d'après moi cet outil-là finirait par se perdre. On finirait par pu savoir y'é rendu où, qui l'a, dans quel bureau il est, pis on ne saurait plus comment l'utiliser. De façon électronique, faudrait que ce soit dans un endroit qu'on sait toutes, on a tellement de place pour aller chercher des affaires, on est tous perdus, on a de la misère à savoir qui fait nos paies. Faudrait que ce soit simple, pis faudrait pas qu'on fasse une enquête pour trouver ton outil. »</i> (E10-pré)	- Un contexte de travail instable (réorganisations, mouvement de personnel, pénurie de personnel) - Le travail par épisode de service ne permet pas une intervention à long terme sur les facteurs de risque et la santé mentale.

3.3. Post-test : Activités de mobilisation des connaissances et impacts perçus

Lors du post-test, les participants ont été questionnés sur les activités de mobilisation menées dans leurs milieux et leurs perceptions de l'impact de ces activités.

3.3.1. Impacts perçus des rôles des mentors, intervenants, gestionnaires

Impacts du rôle des mentors

Les mentors ont exprimé clairement leur sentiment d'avoir complété le rôle qui leur était assigné et qui correspondait aux attentes qu'ils en avaient. Ils indiquent s'être fait interpeler par les intervenants, avoir servi de personne-ressource, avoir utilisé le Processus AUDIS avec les intervenants et avoir pu les accompagner et les rassurer. Ils ont utilisé les réunions d'équipe pour transmettre les connaissances et les pratiques de prévention du suicide. Certains mentors ont pu contribuer activement à développer les orientations de leur équipe en termes de prévention du suicide et à prendre des décisions sur les outils et les pratiques à mettre en place en fonction des besoins des usagers et des services offerts.

Les intervenants ont généralement indiqué que les mentors avaient bien expliqué les connaissances acquises lors de leur formation. Ils ont diffusé et partagé les capsules d'autoformation, ils ont permis aux intervenants de mettre à jour leurs connaissances et leurs interventions, et ils sont restés ouverts et disponibles pour accompagner et soutenir les intervenants dans l'utilisation des outils.

Impacts du rôle des intervenants

Certains mentors indiquent qu'ils auraient souhaité un plus grand investissement des intervenants, alors que d'autres se disent satisfaits de la collaboration avec les intervenants. La plupart indiquent tout de même que les intervenants ont utilisé les outils lorsque c'était approprié, les ont consultés en cas de besoin et ont pu donner une rétroaction intéressante sur les outils et les cas qu'ils avaient eus à gérer. Selon les mentors, plusieurs facteurs associés aux intervenants facilitent la stratégie de mobilisation et l'acquisition des outils. Il s'agit de la transparence des intervenants vis-à-vis les cas et les difficultés qu'ils rencontrent, de l'expression adéquate de leurs besoins en lien avec le suicide et sa prévention, de leur participation active aux rencontres et aux sessions de sensibilisation et de discussion des outils, et d'une bonne connaissance de leurs usagers.

Plusieurs mentors ont indiqué, suite à leurs expériences avec leurs intervenants, qu'ils souhaitent que le Processus AUDIS devienne l'outil de choix et que son utilisation perdure dans le temps.

La plupart des intervenants participants ont mentionné avoir travaillé en équipe sur la prévention du suicide, rempli les outils et effectué des estimations du risque suicidaire. Ils ont également indiqué vouloir continuer à le faire.

Impacts du rôle des gestionnaires

Plusieurs mentors soulignent que les gestionnaires ont su soutenir le projet en légitimant la mise en place des outils et en donnant un espace aux mentors pendant les rencontres d'équipe clinique afin d'utiliser les activités de mobilisation des connaissances. Des gestionnaires ont également participé à la diffusion des outils auprès d'autres équipes ou encore ont libéré les mentors afin qu'ils pratiquent les outils appris. Selon les mentors, les gestionnaires ayant reçu la formation semblent plus motivés à soutenir le déploiement de la stratégie.

Cependant, plusieurs mentors ont indiqué qu'ils n'étaient pas satisfaits du soutien offert par leurs gestionnaires. En effet, plusieurs gestionnaires n'étaient pas au courant de ce que le projet impliquait, donc ils avaient des difficultés à donner le soutien nécessaire.

« Garder ça vivant, mais en même temps ils n'ont pas eu la formation, ils ne connaissaient pas le projet, ils ont embarqué, mais savaient pas ce que ça impliquait comme travail pour sensibiliser et implanter le projet. Ça n'a pas été gardé en vie, ils n'ont pas eu le leadership que j'attendais pour aider ça, à avancer encore plus. Ils n'ont pas été proactifs. » (M6- Post)

Les perceptions des intervenants sont assez partagées. Certains indiquent que les gestionnaires ont pris et donné le temps nécessaire à l'appropriation des outils, ont offert du soutien en lien avec les décisions administratives, ont favorisé l'accès aux outils de formation et se gardent informés. Cependant, d'autres intervenants disent être déçus de l'implication de leurs gestionnaires. Ils remarquent que leurs gestionnaires ne consacrent pas assez de temps à l'outil, ne prennent pas note des rétroactions et n'arrivent pas à fournir des réponses rapides.

Les gestionnaires indiquent avoir pu assister à des rencontres, des ateliers ou des conférences animées par les mentors, avoir discuté avec les spécialistes des activités cliniques sur le suicide et sa prévention, avoir visionné les capsules de formation et s'être familiarisés avec les outils. Ils indiquent également avoir référé des intervenants aux outils et aux mentors lors de consultations.

3.3.2. Activités de mobilisation des connaissances menées et utilisées

Les activités que les mentors ont indiqué avoir menées en lien avec la stratégie de mobilisation des connaissances sont la présentation des outils et des discussions avec les gestionnaires au sujet des activités de mobilisation des connaissances. Ils ont animé des

rencontres d'équipe pour de la sensibilisation et de la formation sur l'utilisation des outils de la stratégie de mobilisation avec des études de cas. La structure habituelle de fonctionnement d'équipe a permis d'inclure des activités de mobilisation telles que : avoir un point sur le suicide à l'ordre du jour de chaque réunion clinique, affiches de rappel et de sensibilisation dans les bureaux, accompagnement individualisé en face-à-face ou par téléphone d'intervenants selon les demandes ou lors de chaque utilisation du Processus AUDIS. De plus, les gestionnaires ont accompagné les équipes dans l'analyse des besoins des usagers (identification des personnes vulnérables au suicide) et l'application d'approches plus préventives avec ceux-ci.

Cependant, certains mentors ont seulement réalisé les activités d'information générale sur les outils. Ils rapportent un manque de temps, des enjeux organisationnels ou encore le fait que la prévention du suicide n'avait pas été priorisée, comme obstacles à la mise en œuvre de la mobilisation des connaissances.

Les intervenants se souviennent avoir participé à des rencontres d'équipe pour discuter de cas précis d'usagers de leurs services. Ils ont également mentionné avoir participé à des rencontres de groupe avec les mentors, visionné les capsules de formations, reçu des explications sur le Processus AUDIS et avoir fait des exercices d'appropriation ou des vignettes cliniques. Ils mentionnent avoir reçu des informations, des ressources (ex. : brochures, statistiques, accès à la communauté de pratique, accompagnement d'un mentor pour compléter les outils, soutien dans la prise de décision).

Par contre, quelques intervenants indiquent ne pas avoir eu à utiliser les outils et ne rapportent avoir participé à aucune activité en lien avec le Processus AUDIS.

Les gestionnaires soulignent avoir participé à moins d'activités en lien avec la stratégie que les mentors et les intervenants, mais ils mentionnent avoir présenté les outils à leurs équipes (ex. : tournée d'information et de sensibilisation), avoir fait circuler de l'information (ex. : cartes aide-mémoire) et offrir du soutien individualisé aux intervenants. Aucun ne mentionne avoir donné un soutien particulier au mentor de son équipe.

3.3.3. Impacts de la stratégie de mobilisation des connaissances sur les pratiques de prévention du suicide

La stratégie semble avoir apporté aux participants un vocabulaire et des outils adaptés et utiles pour comprendre et soutenir leurs pratiques de prévention du suicide. Les outils d'estimation (Processus AUDIS-Estimation) sont parfois utilisés seuls, alors que les outils d'intervention (Processus AUDIS-Intervention) semblent utilisés en lien avec les processus cliniques habituels (ex. : plans d'intervention, scénarios sociaux, etc.). De plus, la plupart des gestionnaires rencontrés au post-test identifient le Processus AUDIS comme l'ensemble d'outils le plus utilisé dans leurs équipes.

En plus de leurs interventions directes, lors du post-test, les intervenants signalent avoir été impliqués dans des discussions d'équipe portant sur des usagers ayant eu des comportements suicidaires, ont revu des situations en équipe et ont pu prendre conscience des cas vécus par des collègues. Ils ont donc été impliqués dans de nouvelles activités réflexives sur les pratiques de prévention du suicide dans le cadre du projet.

Les expériences relatées par les gestionnaires n'ont pas changé entre le prétest et le post-test et reflètent les situations décrites par les intervenants et les mentors.

Impacts sur les pratiques des mentors

Les mentors se disent plus outillés, soutenus et rassurés qu'avant leur participation au projet. Une réflexion approfondie a été menée sur la structure des interventions et sur la nécessité d'effectuer des adaptations (ex. : l'intervention en épisode de service pousse à se concentrer sur la gestion d'une crise suicidaire et non pas sur une prévention structurée autour des facteurs de risque et de protection de la personne). Plusieurs gestionnaires ont indiqué qu'ils pensent désormais à plus long terme leur intervention de prévention du suicide. En définitive, le Processus AUDIS leur donne une structure, leur permet de se sentir plus en contrôle et d'effectuer un travail plus en profondeur sur le risque suicidaire.

« A donné un cadre, une ligne de pensée, ça m'aide à être plus encadrée, faire un suivi plus rigoureux. On retrouve l'information à la même place. »
(M3-Post)

Les mentors signalent au post-test seulement le fait qu'ils adaptent leur niveau d'intervention à la situation et au moment (épisode suicidaire, suivi), conformément aux recommandations associées au Processus AUDIS.

Les mentors remarquent également une plus grande sensibilité chez les intervenants, qui deviennent plus alertes aux manifestations potentiellement suicidaires de leurs usagers. Avoir accès à une structure d'intervention complète permet une meilleure documentation et une approche plus rigoureuse des situations potentiellement suicidaires, ainsi qu'une communication plus fluide et systématique au sein de l'équipe.

Impacts sur les pratiques des intervenants

Pour les intervenants, avoir un outil à disposition en cas de besoin peut être très aidant. Ils se sentent plus en contrôle grâce à la structure d'intervention en étapes et indiquent pouvoir prendre le temps d'analyser la situation au lieu de réagir dans l'émotion. Le processus clinique proposé permet également d'aller plus en détail. La formation donnée par les mentors a permis d'éclairer des « zones grises » d'intervention pour les participants.

De plus, des intervenants ont identifié que leurs attitudes avaient changé par rapport aux propos suicidaires de certains usagers (ex. : moins de minimisation) et qu'ils se sentaient valorisés de pouvoir faire du repérage et un plan d'action.

Lors du post-test, plusieurs intervenants disent se référer au mentor de leur équipe et utiliser le Processus AUDIS dans leurs activités de prévention du suicide auprès de leurs usagers et décrivent leur rôle de façon précise en citant des actions plus détaillées, par exemple : estimation du risque, recueil d'information, investigation auprès des proches, estimation de la dangerosité, utilisation de l'outil AUDIS, questionnement sur les propos, éducation sur la mort, réalisation d'un plan d'action et de sécurité, transmission des ressources à l'utilisateur.

Impacts sur les pratiques des gestionnaires

L'introduction du Processus AUDIS a permis aux gestionnaires de porter une plus grande attention aux comportements suicidaires des usagers. Elle a favorisé une interdisciplinarité et de l'entraide dans les équipes. Elle a également permis de développer une nouvelle façon de comprendre les comportements suicidaires des usagers et d'apporter une structure aux interventions.

« Beau projet, ça l'a clairement répondu à un besoin dans leur milieu, c'était vraiment nécessaire. » (G8-Post)

3.3.4. Sentiment de compétence en prévention du suicide

Sentiment de compétence des mentors

Le sentiment de compétence des mentors semble amélioré lors du post-test. En effet, plusieurs indiquent se sentir plus et mieux outillés qu'avant et l'importance du travail en équipe apparaît dans presque tous les cas. L'utilisation de plus en plus grande du Processus AUDIS est citée comme contribuant de manière importante à cette amélioration de leur confort. Le Processus AUDIS est compris comme un ajout significatif à l'expertise acquise en prévention du suicide par d'autres formations.

« Avec la formation AUDIS, ça amenait un pas en avant surtout avec cette clientèle-là. » (M7 – post)

Cependant, certains ne se sentent toujours pas complètement à l'aise quand une situation suicidaire survient chez un usager. Même s'ils se sentent plus en contrôle sur le coup, ils voient la nécessité d'avoir une réflexion après la crise et de travailler en équipe. Certains ont mentionné que puisque ces événements sont rares, il est difficile de devenir complètement à l'aise avec les pratiques de prévention du suicide.

Parallèlement, plusieurs mentors ont indiqué que les épisodes suicidaires d'utilisateurs deviennent également des situations d'apprentissage pour eux et pour l'équipe clinique dans le cadre du déploiement de la stratégie de mobilisation des connaissances.

La plupart se sentent valorisés dans leur rôle de mentors. Ils apprécient être en soutien, se sentent plus confortables dans ce rôle qui leur donne un recul, une distance, un sentiment d'expertise.

Sentiment de compétence des intervenants

La plupart des intervenants nomment se sentir plus compétents après avoir suivi des activités de mobilisation des connaissances, mais plusieurs apportent des nuances. Ils ne sentent pas qu'ils maîtrisent les outils complètement, ils se sentent encore parfois stressés lors de situations suicidaires. Une personne indique se sentir toujours envahie par la responsabilité de prendre seule toutes les décisions.

Certains d'entre eux indiquent que, même s'ils ne maîtrisent pas l'outil à 100 % encore, le fait d'avoir les directions générales associées aux pratiques de prévention en tête et de pouvoir s'appuyer sur leur équipe est très aidant.

Sentiment de compétence des gestionnaires

Enfin, les gestionnaires ayant suivi la formation avec les mentors indiquent se sentir plus en confiance et compétents pour comprendre les situations et soutenir leurs équipes.

3.3.5. Connaissances par rapport au Processus AUDIS

Connaissances des mentors

Les mentors indiquent que suite à leur formation (Processus AUDIS et rôle de mentor) et à l'exercice de leur rôle de mentor, ils se sentaient dotés d'une structure de prévention nouvelle s'intégrant dans le cadre d'éléments connus (ex. : facteurs de protection, fiches de prévention) et permettant d'orienter l'intervention. De façon générale, ils indiquent connaître et maîtriser les grandes lignes du processus. La possibilité de se référer aux outils d'appropriation en cas de besoin est perçue comme aidante. Le fait de ne pas connaître en détail l'outil ne semble pas poser problème dans ce contexte.

Certains mentors ont pu aussi identifier des lacunes dans leurs pratiques passées et ont trouvé des moyens d'ajuster ou de compléter leurs pratiques de prévention du suicide pour le futur.

La plupart se disent plus à l'aise avec l'outil et la suicidalité qu'avant de participer au projet. Certains se sentent plus à l'aise avec le volet estimation et d'autres, avec le volet

réflexion et intervention. Ils soulignent cependant l'importance de ne pas utiliser l'outil comme une grille « mécanique » et de travailler en équipe.

Connaissances des intervenants

Chez les intervenants, le sentiment de connaître les outils est plus nuancé. Un petit nombre indique n'avoir aucune connaissance du Processus AUDIS, n'y ayant pas été confronté durant le projet. D'autres indiquent le connaître en théorie, mais ne pas l'avoir utilisé assez pour se sentir en confiance. Ce manque de pratique vient de la rareté des situations suicidaires parmi leurs usagers.

Une majorité connaît les étapes d'utilisation et de « remplissage », ainsi que le temps impliqué dans ces opérations. Une personne indique que l'appropriation est difficile parce que c'est un « outil laborieux ». La majorité le voit comme une addition positive dans les interventions avec les usagers. Un nombre important d'intervenants se sentent plus confortables avec les sphères 3 et 4 de l'estimation et avec l'intervention qu'avec les sphères 1 et 2 et le modèle théorique du suicide. Ces pratiques se rapprochent le plus de leurs domaines habituels d'intervention (ex. : comprendre les facteurs associés à la détresse, intervenir sur les facteurs de risque et de protection en dehors de la crise suicidaire).

Connaissances des gestionnaires

Les gestionnaires soulignent ne pas assez bien connaître le Processus AUDIS, même s'ils en ont entendu parler. Selon eux, cette lacune vient du manque de temps et du manque d'interactions directes avec la clientèle suicidaire.

3.3.6. *Attentes par rapport à la poursuite de la stratégie après le projet pilote et besoins en prévention du suicide*

Lors du post-test, les participants ont été questionnés sur les attentes qu'ils ont pour la poursuite du projet et de son déploiement dans les milieux.

Attentes des mentors

Les mentors mentionnent vouloir garder le contact avec l'équipe de recherche et la communauté de pratique (personnes-ressources, mises à jour des connaissances). Ils indiquent également souhaiter un accès plus direct et simplifié aux outils d'accompagnement (capsules, vidéos, documents, études de cas, etc.).

Plusieurs mentors souhaitent voir se développer des pratiques plus systématiques d'autoformation pour les intervenants à partir d'outils vidéo ou en ligne pour répondre aux enjeux de roulement de personnel. Ils ont également souligné le besoin de développer une traduction en anglais des outils associés au Processus AUDIS.

Attentes des intervenants

Des intervenants souhaitent un accompagnement continu à l'utilisation des outils et le développement d'études de cas spécifiques au sein de leurs équipes. D'autres demandent des informations plus précises concernant les interventions auprès des jeunes enfants et de leurs familles, ainsi que l'accès à la formation reçue par les mentors. Certains signalent que le partage d'information par les mentors devrait continuer.

Attentes des gestionnaires

Les gestionnaires voudraient que plus de mentors soient formés afin que la propagation des pratiques soit plus grande et que plus de promotion des outils soit faite dans les milieux.

3.3.7. Besoins de développements futurs pour la stratégie et les outils

Les besoins pour améliorer la prévention du suicide exprimés lors du post-test ont été plus précis et centrés sur des aspects particuliers de la prévention du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA :

- Mieux comprendre le rôle de la santé mentale sur les comportements suicidaires;
- Développer des outils plus spécialisés pour certains cas : vignettes cliniques pour des TSA de haut niveau ou des situations complexes (ex. : peines d'amour, rigidité cognitive très importante, profil trouble de la personnalité limite, dépendance aux jeux vidéo, rôle de la médication), outils de sensibilisation et d'intervention auprès des familles et des enseignants, repérage des signes précoces de suicidalité;
- Maintenir des niveaux élevés de formation continue et soutenir l'approfondissement des concepts liés à l'estimation dans le Processus AUDIS;

- Développer des partenariats avec les ressources spécialisées (ex. : centres de crise) pour mettre en commun les connaissances et les pratiques.

À ces éléments, les gestionnaires ont ajouté des besoins de sensibilisation pour les intervenants et les usagers sur les concepts associés à la mort et au suicide.

3.3.8. *Variations dans les expériences des différentes équipes cliniques participantes*

Les éléments associés au contexte organisationnel ont été synthétisés par direction DI-TSA participante afin d'identifier leur impact sur le déploiement de la stratégie et sur l'utilisation des outils. Les résultats sont synthétisés dans le Tableau 17.

Tableau 17 - Stratégies de mobilisation en fonction des équipes

	Pratiques de prévention du suicide avant la participation	Obstacles organisationnels à l'application de la stratégie de mobilisation	Facilitateurs organisationnels à l'application de la stratégie de mobilisation	Composantes de la stratégie appliquées	Outils pratiques utilisés après la stratégie	Impacts de la stratégie de mobilisation
Milieu 1	Pratiques variées, peu basées sur les recommandations actuelles de bonnes pratiques (ex. : COQ)	- Manque de temps pour le mentor - Ressources mobilisées importantes pour le mentor - Surcharge de travail - Roulement du personnel - Manque de continuité entre les services et programmes - Manque d'implication des gestionnaires	- Mener des sous-groupes de formation et des ateliers en équipe - Codéveloppement des compétences - Inclusion des apprentissages dans les rencontres d'équipe - Soutien des gestionnaires (temps alloué dans les rencontres d'équipe)	- La stratégie a commencé avec 4 mois de retard - Sensibilisation - Études de cas fictifs et réels en équipe - Formation en équipe - Utilisation des vidéos - Affiches - Rencontres d'équipes aux 3 semaines - Accompagnement personnalisé pour les intervenants qui ont des cas	Processus AUDIS Les équipes se disent en processus d'appropriation. Les intervenants comprennent les outils, se sentent de plus en plus à l'aise, utilisent le Processus AUDIS quand nécessaire.	- Moins de panique - Procédures claires - Plus à l'aise d'intervenir
Milieu 2	- Pratiques très variées et peu organisées - Mentor avait déjà accès aux outils avant le projet	- Milieu ne facilite pas la complétion du Processus AUDIS (accès limité à l'utilisateur) - Manque de temps	- Implication et soutien des gestionnaires en fonction des besoins - Informer et impliquer toute l'équipe - Prendre le temps de diffuser l'information et former les équipes - Faire un plan clair pour l'équipe	- Accompagnement personnalisé pour les intervenants qui ont des cas (pas systématique) - Information - Formation - Utilisation des vidéos de formation chaque mois - Dépliants - Sensibilisation - 2 capsules cliniques	Processus AUDIS - Utilisation très variable - Certains ne l'ont pas utilisé par manque de cas, mais ceux qui l'ont utilisé disent le maîtriser.	- Confort moyen de l'équipe - Se sentent plus outillés - Mieux identifier les idées et savoir quoi faire - Travail d'équipe - Structurant - Se sentent plus en contrôle
Milieu 3	- Équipe d'estimateurs formée	- Manque d'implication et de	- Bonne participation, implication,	- Formation des équipes	Processus AUDIS	- Plus à l'aise - Mieux outillés

	Pratiques de prévention du suicide avant la participation	Obstacles organisationnels à l'application de la stratégie de mobilisation	Facilitateurs organisationnels à l'application de la stratégie de mobilisation	Composantes de la stratégie appliquées	Outils pratiques utilisés après la stratégie	Impacts de la stratégie de mobilisation
	et intégrée dans une cellule de soutien aux équipes cliniques - Les intervenants indiquent également utiliser des outils variés, peu structurés.	suivi des gestionnaires - Manque de formation des gestionnaires - Accès limité aux informations et outils - Pression à gérer la crise. Manque de temps pour aller plus loin - Roulement du personnel - Manque de suivi dans le partage d'information	motivation des intervenants - Avoir des mesures de réduction de l'effet du roulement du personnel - Publiciser les outils et la stratégie de mobilisation dans le milieu - Faire un agenda d'équipe pour la communication / formation et s'y tenir - Développer le volet de prévention du suicide dans les pratiques cliniques - Implication étroite des gestionnaires - Temps pour formation - autoformation - Former et soutenir les gestionnaires	- Accompagnement personnalisé des intervenants qui ont des cas - Cartes pense-bête - Sensibilisation et communication sur le projet dans les équipes - Informations sur les outils et autoformations disponibles - Rencontre avec les gestionnaires pour organiser la diffusion dans les équipes - Formation des gestionnaires et psychoéducatrices	- Rappel des outils habituels et du rôle de l'équipe d'estimateurs - Mentor de plus en plus consulté par les intervenants - Processus AUDIS en cours d'appropriation. Les intervenants s'en servent quand ils en ont besoin. Il fait maintenant partie intégrante du processus et les intervenants l'utilisent avant d'appeler l'équipe d'estimateurs externes.	- Plus confiants - Moins de préjugés - Sentiment de compétence accru - Augmentation de la sensibilité des intervenants - Meilleur encadrement des équipes et des pratiques - Structurant dans le long terme - Rigueur dans l'évaluation et l'intervention, plus d'analyses sur les sources des comportements suicidaires
Milieu 4	- Grille d'estimation du danger de passage à l'acte suicidaire - Outil maison	- Manque de pouvoir décisionnaire des gestionnaires de proximité - Pas de partage des pratiques AUDIS avec d'autres milieux externes	- Permettre la pratique des outils au sein des équipes - Volonté organisationnelle d'en faire une priorité d'établissement	- Accompagnement personnalisé pour les cas d'usagers suicidaires - Planification de formation. Pas de formation structurée ni sensibilisation	Processus AUDIS - Soutien actif des mentors - Intervenants se sont formés rigoureusement, appliquent les outils	- Confortables, sécurisés - Se sentent outillés - Soutient le jugement clinique - Meilleure orientation de l'intervention

	Pratiques de prévention du suicide avant la participation	Obstacles organisationnels à l'application de la stratégie de mobilisation	Facilitateurs organisationnels à l'application de la stratégie de mobilisation	Composantes de la stratégie appliquées	Outils pratiques utilisés après la stratégie	Impacts de la stratégie de mobilisation
				- Autoformation avec les capsules vidéo		
Milieu 5	Grille d'estimation du danger de passage à l'acte suicidaire	- Manque d'implication et de suivi des gestionnaires - Surcharge de travail - Manque de temps - Roulement du personnel - Changement de tâches - Changement dans les priorités d'établissement	- Mentor offre un bon soutien pour la formation et l'utilisation des outils - Utiliser tous les cas comme outils de formation dans l'équipe	- Sensibilisation - Pas de formation formelle, mais pratique régulière avec les cas réels de l'équipe - Accompagnement personnalisé des intervenants pour les cas d'usagers suicidaires - Études de cas aux 2-3 semaines - Lister les usagers vulnérables et préparer un plan d'intervention AUDIS pour chacun - Visionnement des vidéos en groupe	Processus AUDIS - Intervenants travaillent en équipe, demandent du soutien - Intervenants ayant participé depuis le début se sentent à l'aise et utilisent les outils systématiquement quand un cas se présente - Intervenants se disent plus à l'aise avec les sphères 3 et 4 que la crise	- Besoin de soutien, mais se sentent capables - Plus à l'aise - Changement d'attitude (moins de minimisation). - Plus de réflexivité sur les pratiques - Meilleure analyse des propos suicidaires - Changement des attitudes dans les équipes
Milieu 6	- Grille d'estimation du danger de passage à l'acte suicidaire - Pratiques variées et peu définies	- Engagement inégal des intervenants - Fonctionnement permanent en mode d'urgence - Manque de temps - Surcharge de travail - Manque d'expertise en DI-TSA - Outils AUDIS vus comme de la paperasse	- Bon soutien des gestionnaires - Bon soutien des mentors pour la formation et l'utilisation des outils - Inclure les outils dans les processus clinico-administratifs du milieu - Soutien des gestionnaires	- Rencontres d'équipes pour expliquer les outils - Entraide pour faire un plan d'intervention pour les usagers à risque - Accompagnement des intervenants pour chacun de leurs cas par le mentor	- Grille d'estimation du danger de passage à l'acte suicidaire Processus AUDIS - Appropriation en cours. Les intervenants connaissent les outils et disent les comprendre.	- Un peu de stress, mais généralement à l'aise - Se sentent soutenus par les outils et collègues - Vigilance envers le risque suicidaire même en l'absence de cas

	Pratiques de prévention du suicide avant la participation	Obstacles organisationnels à l'application de la stratégie de mobilisation	Facilitateurs organisationnels à l'application de la stratégie de mobilisation	Composantes de la stratégie appliquées	Outils pratiques utilisés après la stratégie	Impacts de la stratégie de mobilisation
		supplémentaire à remplir	- Ne pas avoir peur de poser des questions - Former les nouveaux intervenants - Mettre le suicide à l'ordre du jour des rencontres d'équipe	- Études de cas - vignettes cliniques - Capsules vidéo - Mentor a fait des rencontres de groupe et individuelles	- Peu d'utilisation concrète par manque d'occasions - Meilleure documentation des estimations et interventions - Pas encore assez ancré dans les habitudes - il ne faut pas lâcher.	- Suivis longitudinaux des jeunes en lien avec le suicide - Analyse systémique de la situation - Sentiment de compétence accru
Milieu 7	- Outil maison - Formation maison basée sur les outils de formation du Processus AUDIS	- Connaissances mal transférées dans l'équipe - Estimation doit être faite par certains professionnels, donc difficile de savoir qui peut / doit faire quoi - résistance des corps professionnels - Besoin de formation - Roulement du personnel	- Bon soutien des gestionnaires - Bon soutien des mentors - Participation des mentors aux réflexions organisationnelles sur les outils à utiliser dans le milieu - Adhésion du milieu au niveau macro - Soutien du comité tactique organisationnel du suicide	- Rencontres d'équipes - Sensibilisation - Visionnement des vidéos - Présentation au CPS par le mentor - Accompagnement personnalisé des intervenants pour les cas d'usagers suicidaires	Processus AUDIS - Intervenants ont utilisé les outils et demandé de l'aide au mentor - Bonne appropriation, possibilité de se référer aux outils en cas de besoin	- Plutôt à l'aise - Pas de changement majeur dans les pratiques - Donne une structure - Soutien - Guide de travail - Rassurant

Les pratiques de prévention du suicide semblent s'être structurées et le niveau de confort et d'utilisation d'outils adaptés semble avoir augmenté dans toutes les équipes. Les équipes peuvent avoir reçu un soutien plus ou moins robuste de leurs gestionnaires, mais la mobilisation des intervenants peut avoir compensé les effets potentiellement négatifs de ce manque.

Cependant, les équipes bénéficiant d'un bon engagement des gestionnaires semblent avoir développé des pratiques plus structurées (ex. : analyse de cas en groupe, planification des interventions chez tous les usagers à risque) et un soutien plus fort entre les pairs.

3.4. Données issues des rencontres de groupe avec les mentors et gestionnaires participants

Les mentors et les gestionnaires ont été consultés séparément afin de leur permettre de s'exprimer plus librement sur l'application de la stratégie dans leurs équipes. Ils se sont prononcés, à mi-parcours, sur les difficultés rencontrées, sur les bons coups et les succès ainsi que sur leurs recommandations pour améliorer la stratégie.

3.4.1. Mentors

Difficultés rencontrées par les mentors

Un mentor a souligné que le manque de soutien de sa gestionnaire, une charge de travail trop importante, le remaniement du personnel et le manque de temps pour bien investir la nouvelle pratique ont été des obstacles importants pour le déploiement de la stratégie de mobilisation des connaissances dans son équipe.

Un autre mentor mentionne que le temps consacré à son rôle de supervision au sein de son équipe avait doublé dans les derniers temps et qu'il lui était maintenant difficile de faire les suivis avec son équipe quant à la nouvelle pratique de prévention du suicide.

Une situation particulière s'est développée avec une équipe où le mentor a mis en application les outils de sensibilisation et une formation. De manière inattendue, les intervenants sont devenus plus dépendants du mentor et, en quelque sorte, ils avaient perdu la confiance en eux pour intervenir auprès d'un usager aux comportements suicidaires. Le mentor a dû travailler à convaincre les membres de son équipe qu'ils avaient tous une expertise pour composer avec des usagers vulnérables et d'avoir confiance en leur jugement.

La stratégie de mobilisation semble moins bien adaptée aux territoires plus grands où les membres de l'équipe sont éparpillés. Dans une équipe, ils ont identifié et formé à

l'interne des « semi-mentors » pour améliorer les capacités de relayer l'information sur le territoire.

Enfin, d'un point de vue technologique, certains ont eu des difficultés techniques avec l'utilisation des capsules vidéo (accès, écoute sur un ordinateur).

Expériences positives avec la stratégie par les mentors

Pour certains mentors, il y avait plusieurs priorités et le contexte n'était pas toujours propice au déploiement d'une nouvelle pratique. Ils disent avoir réussi « *à bout de souffle* ». La motivation forte des mentors provient largement du fait qu'ils croyaient à la stratégie et aux pratiques cliniques en faisant l'objet. Un facteur important ayant permis de prioriser la stratégie dans les équipes était la présence de personnes suicidaires parmi les usagers. Ces situations ont servi de levier pour introduire le Processus AUDIS.

La collaboration avec le gestionnaire a été cruciale. Certains mentors se sont assurés que leurs gestionnaires allouaient du temps lors des rencontres d'équipe pour sensibiliser et/ou informer leurs collègues. De plus, un mentor a pu libérer une plage horaire durant la semaine pour accompagner les intervenants avec des cas d'usagers en détresse.

Les mentors ont développé des outils d'accompagnement adaptés à leurs équipes, comme des cartes aide-mémoire portant sur les mythes et les croyances quant au suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA et des mises en situation basées sur des cas réels vécus par des usagers.

D'autres mentors planifient de créer de tels outils ultérieurement, comme des capsules vidéo produites en collaboration avec le Centre de prévention du suicide de leur région pour faire le pont avec les meilleures pratiques et les interventions employées actuellement par les intervenants du Centre de prévention du suicide.

Valeur ajoutée du Processus AUDIS aux pratiques habituelles des mentors

Quelques mentors mentionnent que l'utilisation du Processus AUDIS a permis aux intervenants de réaliser qu'ils utilisent déjà de bonnes stratégies avec les usagers en crise. Un mentor soulève que seulement quelques modifications dans leur approche ont été nécessaires, ce qui a permis de renforcer le sentiment de compétence des intervenants. Cependant, plusieurs notent que le fait d'aborder directement le suicide avec un usager demeure difficile dans leur équipe.

Un des mentors explique que son gestionnaire lui réfère systématiquement les intervenants dont un usager a des comportements suicidaires afin qu'il puisse les soutenir dans l'application du Processus AUDIS.

Le fait de travailler la prévention du suicide en équipe présente des avantages importants. Cela permet de désamorcer le sentiment de panique et de construire de

meilleures interventions. Ce travail en équipe se fait par exemple par une séance de « repérage » en équipe aux deux semaines lors des rencontres cliniques, alors que les intervenants identifient les usagers présentant des facteurs de risque ou des signes avant-coureurs potentiels. Les intervenants acquièrent ainsi des habiletés de repérage partagées.

Un mentor mentionne que l'utilisation du Processus AUDIS a permis à son équipe de recommander moins de personnes en crise vers les psychiatres et ils font maintenant plus de prévention auprès de leurs usagers.

Outils supplémentaires proposés pour améliorer la stratégie

Les mentors, après trois mois d'expérience avec les outils de la stratégie, ont suggéré quelques ajustements. En particulier, ils demandent que plus d'études de cas soient créées, incluant une sur une personne ayant un TSA de haut niveau et sur les usagers non coopératifs.

3.4.2. Gestionnaires.

Difficultés rencontrées par les gestionnaires

D'emblée, plusieurs gestionnaires indiquent que le temps est un facteur limitant la mise en œuvre optimale de la stratégie de mobilisation des connaissances. Le roulement de personnel, la coordination, la multiplicité de leurs tâches administratives ont également causé des défis concernant les suivis auprès de leurs équipes. Une gestionnaire souligne que dans son équipe, le projet est « *tombé dans les craques* ».

Une gestionnaire a souligné que la nécessité de changer de pratique a pu constituer un frein au projet. Au sein de son équipe, plusieurs intervenants avaient suivi la formation accréditée destinée à la population générale (soutenant l'utilisation de la Grille d'estimation du danger de passage à l'acte). L'intégration du Processus AUDIS représentait un changement d'habitude pour les équipes. Malgré tout, le mentor a fait de la sensibilisation et des rencontres avec des sous-groupes pour expliquer les différentes étapes de l'outil AUDIS avec des cas réels. En général, le Processus AUDIS a été bien reçu.

Le mouvement des usagers dans le réseau apporte une problématique supplémentaire dans la continuité du processus de prévention du suicide. Les autres équipes DI-TSA ou externes n'ont pas nécessairement l'expérience du Processus AUDIS ni de mentors pour les accompagner dans cette nouvelle pratique. Certains gestionnaires ont alors remarqué un clivage avec le suivi auprès des usagers aux comportements suicidaires entre ceux qui utilisent le Processus AUDIS et ceux qui ne le connaissent pas.

Expériences positives des gestionnaires avec la stratégie

Une gestionnaire, siégeant sur le comité de pratiques de son établissement, mentionne que ses gestionnaires se sont mobilisés pour mettre en œuvre la nouvelle pratique. Dès qu'une équipe composait avec un usager montrant des signes de risque suicidaire, les éducateurs interpellaient directement leur gestionnaire qui organisait l'accompagnement avec le mentor pour l'utilisation du Processus AUDIS.

Une gestionnaire, ayant deux mentors formés dans son équipe, explique que ses mentors travaillaient ensemble et partageaient les tâches de présentations et de sensibilisation. Cette façon de faire rendait les rencontres plus dynamiques et les échanges plus enrichissants.

Le fait d'organiser des rencontres ou d'utiliser des réunions d'équipe pour intégrer des activités d'appropriation a été cité comme une stratégie utile. Donner des occasions de rencontres ouvrait les portes à l'harmonisation des interventions. De plus, certains gestionnaires ont planifié des moments en équipe dédiés au visionnement des capsules d'autoformation. Ces exercices permettaient de faire des liens entre les outils et les cas réels vécus par les intervenants. Selon les gestionnaires, cette pratique a favorisé l'intégration des outils.

Une gestionnaire, qui déploie le Processus AUDIS dans trois sites, mentionne qu'à chaque rencontre d'équipe ils discutent de toutes les phases du Processus AUDIS. Lors de ces rencontres, elle s'assurait de rassembler des intervenants qui avaient déjà des cas d'usagers présentant des comportements suicidaires.

La motivation préalable des intervenants était un atout important. Une gestionnaire a souligné en particulier que son équipe était sensible à la cause et motivée à s'approprier les documents. Cette motivation a ensuite été nourrie par l'augmentation du sentiment de pouvoir d'agir de l'équipe venant avec l'appropriation des outils. Les intervenants se sentaient plus outillés, et donc plus motivés à utiliser les outils.

Des gestionnaires signalent que ces activités de mobilisation des connaissances ont permis « d'ancrer de nouveaux réflexes chez les intervenants qu'ils n'avaient pas auparavant ».

Recommandations faites par les gestionnaires pour l'amélioration de la stratégie

Dans le contexte de leur expérience, les gestionnaires ont fait des recommandations d'adaptation de la stratégie et des outils associés au Processus AUDIS.

Par rapport à la stratégie, ses composantes et son déploiement, ils suggèrent de former un bassin plus large de mentors (deux mentors par équipe de 20 personnes leur semble adéquat). Ils suggèrent aussi de développer un outil de formation à leur rôle de gestionnaire (documents de soutien, capsule vidéo ou rencontres à distance) et de le rendre disponible sur le site de la communauté de pratique. Ils indiquent que les gestionnaires

devraient être plus proactifs dans le déploiement de la stratégie de mobilisation des connaissances.

De façon plus générale, ils souhaitent que la formation soit accréditée par les ordres professionnels, ce qui encouragerait les intervenants à participer.

En ce qui concerne les outils d'appropriation, ils recommandent de développer des capsules moins théoriques et plus axées sur les expériences du terrain, utilisant des faits concrets pour expliquer le Processus AUDIS.

Ils proposent également que le Processus AUDIS soit utilisé de façon plus générale, par exemple avec les familles et qu'il permette un suivi à long terme. Ces dernières recommandations reflètent le fait que certains semblent utiliser les outils dans un contexte très circonscrit (à l'intérieur des services et dans le court terme), même s'ils sont conçus pour être utilisés plus largement.

3.5. Données issues de l'utilisation du site web de la communauté de pratique

Le site web privé de la communauté de pratique a été utilisé de manière ponctuelle par les participants tout au long du projet. Dans un premier temps, seuls les mentors et les gestionnaires avaient accès au site. Les gestionnaires ont été inscrits afin de pouvoir être informés des activités et soutenir leurs mentors. Tout au long du projet, plusieurs mentors ont demandé l'accès pour des collègues intervenants souhaitant accéder directement aux outils d'autoformation. De plus, l'équipe de recherche a donné l'accès au site à différents partenaires-observateurs afin de partager des informations sur l'utilisation de communautés de pratiques en prévention du suicide. En fin de projet, un total de 95 personnes étaient inscrites dans le site de la communauté (46 intervenants, 29 observateurs, 15 mentors et 5 gestionnaires). Le Tableau 18 décrit les fréquences d'utilisation des différents éléments inclus dans le site de la communauté de pratique par les participants.

Tableau 18 - Utilisation du site de la communauté de pratique

Commentaires sur le fil de nouvelles (nombre)	
• Nombre total de commentaires publiés sur le fil de nouvelles	38
Processus AUDIS – outils (nombre de téléchargements)	
• Outil – Processus AUDIS-Estimation	283
• Processus AUDIS – Intervention (outil complet)	123
• Processus AUDIS – Intervention : Segment « Intervenir pour atténuer l'option suicide »	73
• Processus AUDIS – Intervention : Segment « Intervention pour réduire le risque de récurrence, défaire les modèles et réduire l'effet des éléments déclencheurs »	38

• Processus AUDIS – Intervention : Segment « Intervention pour assurer la sécurité et réduire le danger d’un passage à l’acte suicidaire »	49
• Processus AUDIS - Intervention : Segment « Intervention pour susciter l’espoir et trouver des solutions à court terme »	48
Documents de synthèse et de schématisation des concepts et processus cliniques (nombre de téléchargements)	
• Descriptif de la stratégie de mobilisation des connaissances – graphique	66
• Développement de l’option suicide	53
• Le suicide de la population générale	36
Outils d’accompagnement à la stratégie de mobilisation des connaissances (Nombre de téléchargements)	
• Exercice de planification de la stratégie de mobilisation	70
Outils de sensibilisation au suicide et à sa prévention (nombre de téléchargements)	
• Brochure de sensibilisation au suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA	59
• Affiche : Les personnes qui pensent au suicide changent d’avis	16
• Manifestation suicidaire	19
• Parler du suicide	15
• Pertes et deuils	14
• Pourcentage de suicide	14
• Verbalisation suicidaire	15
• Affiche de sensibilisation – Idéations suicidaires	74
• Affiche de sensibilisation – Tentative de suicide	54
Outils d’accompagnement à la formation (nombre de téléchargements)	
• AUDIS-étude de cas Anne	118
• Questions sur les croyances et mythes en lien avec le suicide	64
• Réponses pour accompagner les diapositives sur les croyances et mythes	91

Le système ne permettant pas de comptabiliser le nombre de fois que les capsules vidéo sont visionnées, il nous est impossible de savoir quelles capsules ont été utilisées ou combien de fois. Par contre, lors des entrevues, tous les mentors et la plupart des gestionnaires ont indiqué avoir visionné des capsules d’autoformation seuls ou en équipe.

Les documents et outils téléchargés ont été utilisés par les mentors et les intervenants seuls ou en équipe. Par exemple, plusieurs mentors ont mentionné avoir visionné les capsules d’autoformation en équipe. De la même façon, les outils de sensibilisation (affiches, brochures) ont été téléchargés et imprimés ou distribués en version PDF par les mentors. Le nombre de téléchargements ne reflète donc pas l’utilisation réelle des outils par les participants.

Synthèse des données issues des différentes sources et discussion (triangulation des données)

La synthèse des informations issues des différents volets du projet permet de répondre aux questions clés du projet. Les données sur l'implantation et les effets ont été combinées afin de produire une version améliorée de la stratégie.

1. Évaluation de l'implantation de la stratégie de mobilisation des connaissances

1.1. Pratiques antérieures, besoins et engagement des équipes dans la stratégie

1.1.1. Pratiques de prévention du suicide utilisées avant le projet

Il peut exister un effet plafond important dans notre échantillon, dans le fait que les équipes cliniques ont et utilisent déjà des pratiques et des outils de prévention du suicide. Comme indiqué dans le Tableau 13, une proportion importante de participants ont déjà fait des gestes de prévention du suicide dans les deux années précédant le projet. Ils ne semblent donc pas en utiliser plus après la stratégie. Par contre, à travers l'analyse plus fine des entrevues, il est possible de noter que plusieurs utilisent des outils et des pratiques non adaptés à la clientèle DI-TSA (ex. : Grille d'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire) ou non recommandés (ex. : COQ), ne se sentent pas à l'aise dans leurs pratiques et reconnaissent leur besoin d'en apprendre plus. Ils reconnaissent que la prévention du suicide devrait se faire en équipe, mais ne se sentent pas particulièrement soutenus pour le faire.

Les mentors indiquent également avoir joué un rôle de soutien auprès de leurs collègues avant même leur implication dans le projet.

1.1.2. Connaissance des objectifs et de la stratégie de mobilisation avant le début du projet

Il est important de souligner que les participants (particulièrement les mentors) avaient une bonne connaissance des enjeux rencontrés dans leurs milieux pour la prévention du suicide auprès des usagers. Cette connaissance était à la base de leur engagement et a nourri leur implication tout au long du projet.

De plus, la stratégie de mobilisation semble avoir été bien expliquée aux participants puisque leurs attentes vis-à-vis le projet étaient en phase avec les objectifs. Ils ont bien compris les objectifs et les processus du projet avant de s'y impliquer.

1.1.3. Attentes des participants vis-à-vis de leur rôle

La plupart des mentors, des intervenants et des gestionnaires avaient des attentes très adaptées et réalistes envers leurs différents rôles au sein de la stratégie de mobilisation. Ceci signifie qu'ils ont correctement été informés quant au projet. Dans les cas où cette communication n'avait pas été optimale, les participants démontrent une certaine insécurité vis-à-vis du projet, ce qui peut affecter son déroulement ultérieur.

1.2. Formation

La formation des mentors et des gestionnaires fait partie intégrante de la stratégie de mobilisation des connaissances. Dans le cas de cette étude pilote, nous avons pu remarquer qu'il était difficile pour les gestionnaires de s'impliquer dans une formation de deux jours. La majorité n'a pas assisté à la formation. Par contre, ceux ayant participé à la formation semblent en avoir grandement bénéficié. En effet, ils sont plus impliqués, comprennent mieux les enjeux de la prévention du suicide et de la stratégie de mobilisation des connaissances, ils travaillent plus étroitement avec les mentors. La collaboration mentors-gestionnaires doit commencer dès le début. Nous avons pensé la formation de deux jours comme un facteur favorisant cette collaboration, mais il semble que cette stratégie ne soit pas réaliste.

Des alternatives doivent être développées afin de favoriser l'implication des gestionnaires dès le début dans le projet tout en répondant aux contraintes de temps. Pour ce faire, nous avons développé des documents de synthèse et d'explication de la stratégie destinés aux gestionnaires et à utiliser avec les mentors afin de planifier et d'implanter la stratégie. Nous proposons également que les gestionnaires soient invités à participer à la dernière partie de la formation des mentors seulement, lorsque la structure de la stratégie de mobilisation des connaissances est présentée et discutée. Cette présence en fin de formation pourrait inclure une discussion entre les mentors et les gestionnaires durant laquelle les mentors peuvent décrire les outils et les processus cliniques à leurs gestionnaires et les sensibiliser à leur utilité potentielle dans leur milieu.

Les mentors ont globalement apprécié la formation de deux jours, même si certains l'ont trouvée un peu longue (ayant eu des difficultés à se concentrer pendant deux jours complets intenses). Ils en sont sortis motivés et confiants dans leur capacité à poursuivre leurs apprentissages des outils cliniques et à mettre en place des activités de sensibilisation au sein de leurs équipes.

Lors des entrevues, plusieurs participants ont souhaité voir la formation offerte plus largement dans les équipes, au-delà des personnes jouant le rôle de mentor. La

généralisation de la formation n'est pas incompatible avec la stratégie de mobilisation des connaissances, mais ne doit pas la remplacer.

1.3. Utilisation des outils de mobilisation des connaissances

Les mentors, qui sont au cœur de la stratégie de mobilisation, se sont dits confortables dans leur rôle. Ils expriment le sentiment d'avoir complété leur mandat et répondu aux attentes. Dans certaines équipes, ils sont même devenus des points de référence en prévention du suicide en contribuant au développement des orientations plus stratégiques de leur service. La mobilisation des équipes et le soutien des gestionnaires semblent être des facteurs importants de ce succès.

De fait, lorsque les gestionnaires ont suivi la formation, ils se sont plus impliqués dans la stratégie et le déploiement des outils dans leurs équipes.

Selon les intervenants et les gestionnaires, les mentors ont généralement bien joué leur rôle au sein de leurs équipes afin de soutenir la sensibilisation et l'appropriation des outils.

Parallèlement, les intervenants ont démontré des niveaux d'implication assez variables dans la stratégie de mobilisation et cela a pu se répercuter sur leur niveau d'utilisation des outils par la suite.

Les outils utilisés le plus souvent sont associés à la sensibilisation (vidéos, affiches, brochures, exercice sur les croyances), qui constitue la première étape du processus de mobilisation des connaissances. La majorité des équipes participantes a également utilisé les outils de formation au Processus AUDIS (vidéos visionnées seuls ou en groupe, études de cas) et de modification des pratiques (inclusion de discussions sur le suicide dans les réunions d'équipe, accompagnement personnalisé des intervenants dans l'utilisation des outils). Une équipe (milieu 1) indique que la stratégie a commencé quatre mois plus tard que prévu à cause de contraintes organisationnelles, mais il semblerait que ce retard n'ait pas influencé l'application de ses diverses composantes.

1.4. Travail d'équipe et développement d'une compétence d'équipe

Les participants ont signalé plusieurs situations dans lesquelles une collaboration d'équipe s'est construite autour de la sensibilisation au suicide et de l'utilisation des outils de prévention. Que ce soit par des discussions de cas, des échanges sur les usagers, la collaboration dans l'estimation, le recours aux collègues ou aux mentors ou encore l'implication de partenaires externes, les participants ont développé une pratique d'équipe.

En particulier, lorsqu'un usager a des comportements suicidaires, l'attitude générale de l'équipe a changé : la situation est vécue comme une occasion d'apprentissage et de développement de pratiques, avec moins de stress associé à l'inconnu. Le fait de maintenir les apprentissages à travers le traitement des cas en équipe est un point positif de la stratégie, puisqu'il permet de partager l'information et les pratiques au sujet de situations rares et de pratiques complexes mais rarement utilisées, dans une communauté de pratique informelle qui soutient le maintien de la compétence d'équipe.

1.5. Obstacles et facilitateurs au déploiement et au maintien de la stratégie de mobilisation des connaissances

Le manque de temps est identifié par tous les groupes de participants comme un obstacle au déploiement de la stratégie dans le cadre du projet pilote, mais aussi de la pérennisation du projet dans le temps. Cependant, ce manque de temps masque d'autres facteurs organisationnels complexes, plus rarement cités directement, mais qui doivent également être pris en compte, comme les priorités de formation, le soutien organisationnel à l'adoption de nouvelles pratiques, la gestion des tâches et la possibilité de déchargement, l'acquisition de l'expertise clinique.

Les participants ont identifié des obstacles et des facilitateurs de la stratégie répondant à leur rôle dans le processus. En effet, les intervenants ont eu plus tendance à repérer des facteurs associés aux interactions avec les usagers alors que les gestionnaires ont mentionné plus de facteurs associés au fonctionnement des équipes.

Nous avons pu classer ces facteurs en fonction de leur impact sur l'implantation de la stratégie. Dans l'ensemble, la stratégie est mieux ou moins bien implantée dans les contextes décrits dans le Tableau 19.

Tableau 19 - Obstacles et facilitateurs au déploiement de la stratégie de mobilisation des connaissances

	Mieux implantée dans les contextes suivants	Moins bien implantée dans les contextes suivants
Processus AUDIS	Accès facile aux outils en cas de besoin	Manque de disponibilité des outils (accès difficile et non-intégration des outils dans les plateformes administratives (SIPAD)) Outil vu comme un ajout de paperasse Besoin que les outils soient adaptés à certains groupes (plus âgés, ayant un TSA de haut niveau ou une DI profonde)
Activités de mobilisation	Information et sensibilisation à grande échelle dans les équipes Formation et soutien en continu des mentors et des intervenants Travail d'équipe, soutien des gestionnaires Soutien des chercheurs	Être formé adéquatement pour utiliser l'outil Temps pour l'appropriation Accès limité à la communauté de pratique Surcharge d'information dans le milieu Mentor ne faisant pas de suivi régulier auprès de son équipe Manque de temps pour les activités de mobilisation
Activités cliniques	Interactions fréquentes avec les usagers Soutien émotionnel aux intervenants Cadre de référence et d'intervention	Hétérogénéité et caractéristiques des clientèles DI-TSA Manque de temps et surcharge de travail Priorisation de pratiques cliniques différentes Rareté des usagers suicidaires et contacts épisodiques avec les usagers Surcharge de travail engendrée par l'utilisation des outils Usager qui ne collabore pas
Caractéristiques des intervenants	Mobilisation Ouverture Réflexivité Rôle (intervenancier-pivot)	Manque d'aisance, peur de mal faire, peur du jugement Fausses croyances et banalisation des comportements suicidaires Se fier aux outils plutôt qu'à son jugement clinique
Caractéristiques du contexte (équipe, milieu)	Équipe stable, mobilisée et investie Mentors nombreux et variés (formations régulières)	Contexte de travail instable (réorganisations, mouvement de personnel, pénurie de personnel) Travail par épisode de service ne permet pas une intervention à long terme sur les facteurs de risque et la santé mentale

	Mieux implantée dans les contextes suivants	Moins bien implantée dans les contextes suivants
	Dégagement de temps pour la stratégie et pour les activités de prévention (mentors et intervenants) Soutien de la direction et des gestionnaires Structure de travail efficace (communication, soutien, collaboration)	Multiplicité des intervenants impliqués auprès des usagers Contraintes administratives Manque de temps Manque de soutien Difficultés de partage et communication entre intervenants Charge de travail élevée

1.6. Pérennisation de la stratégie au sein des équipes

Lorsque questionnés sur leurs attentes pour l’avenir de la stratégie de mobilisation dans leurs équipes, les participants ont émis des recommandations sur les facteurs favorisant la pérennisation du projet (contacts maintenus avec l’équipe de recherche, animation de la communauté de pratique, accès direct aux outils de formation et développement de pratiques plus systématiques d’autoformation en ligne). La continuation de l’accompagnement par les mentors et les gestionnaires est perçue par tous comme un élément essentiel à la poursuite de la stratégie.

Certains ont évoqué le besoin d’aller plus loin dans les connaissances et les pratiques partagées, en abordant des questions particulières. Cette demande peut refléter le fait que le niveau de confort augmente, que les connaissances de base sont acquises et les besoins de base, comblés. Dans ce contexte, certains identifient de nouveaux besoins à combler. Dans cette même perspective, le fait que les gestionnaires demandent d’élargir les contenus pour y inclure des connaissances sur la mort semble refléter un changement constructif de leurs croyances et de leurs attitudes sur les enjeux associés au suicide et à la mort.

1.7. Variations selon les équipes et les milieux

Nous avons observé très peu de différences entre les milieux quant à l’application de la stratégie de mobilisation. La plupart des équipes ont accompli des activités de sensibilisation, de formation et d’intégration des pratiques. Il est intéressant de noter que plusieurs participants indiquent ne pas avoir reçu de formation, mais ont visionné des capsules vidéo et effectué des études de cas en groupe. Quelques équipes ont indiqué que le soutien des gestionnaires n’était pas optimal et ont identifié des obstacles organisationnels au déploiement de la stratégie (ex. : manque de temps, roulement du personnel). Les effets potentiellement négatifs de ces obstacles n’ont pas été directement

observés durant le projet pilote, mais il semble important pour les milieux de demeurer vigilants afin de permettre la pérennisation de la stratégie de mobilisation dans le milieu.

La stratégie de mobilisation des connaissances a été développée dans le but de répondre à certains obstacles, en particulier : la rareté des épisodes suicidaires, l'isolement des intervenants et le roulement du personnel.

Dans les faits, les participants ont indiqué que certains obstacles demeurent présents dans les équipes et les milieux en dépit de la stratégie mise en place. En particulier, la rotation du personnel, le manque de temps, la surcharge de travail, le manque de suivi des équipes et de soutien des gestionnaires, le fonctionnement en épisodes de services qui limite l'accès aux usagers. Ces obstacles organisationnels peuvent faire l'objet d'interventions structurelles auprès des directions cliniques.

2. Évaluation des effets de la stratégie de mobilisation des connaissances

2.1. Impact sur les connaissances et les attitudes

Les données issues des questionnaires prétest et post-test demeurent partielles. Les données issues des questionnaires ne permettent pas de révéler un effet significatif de la stratégie de mobilisation sur les connaissances, croyances, attitudes et comportements des participants. Plusieurs facteurs méthodologiques contribuent à la faible pertinence de ces données, soient la petite taille de l'échantillon, l'attrition importante entre le temps 1 et le temps 2 de mesure et la faible sensibilité des questions utilisées.

Les enjeux de changement de personnel et de manque de temps chez les intervenants ont également rendu cette phase de l'évaluation difficile en augmentant l'attrition lors du temps 2 de mesure. Autant ces facteurs limitent la portée de cette phase de l'étude, autant ils sont importants pour comprendre la faisabilité et l'efficacité de la stratégie de mobilisation des connaissances. En effet, nos données montrent également que les changements fréquents et le manque de temps affectent la capacité des équipes à développer et consolider des connaissances en prévention du suicide.

De façon générale, la stratégie a permis de modifier modérément :

- Certaines connaissances des participants concernant les méthodes d'estimation du risque suicidaire, la définition des facteurs de protection, le rôle de l'estimation du risque suicidaire ;
- La majorité des attitudes des participants concernant le risque suicidaire chez les personnes ayant une DI ou un TSA.

Parallèlement, les données issues des entrevues qualitatives complètent bien les quelques informations issues du volet quantitatif.

- Le projet a permis aux participants de développer un vocabulaire et des outils communs au sein des équipes afin de comprendre et intervenir ensemble.
- Les mentors se sentent plus compétents à intervenir en prévention du suicide.
- Le travail d'équipe est non seulement perçu comme important (comme au prétest), mais les participants sont aussi plus capables de nommer des mécanismes de collaboration et de soutien à leur disposition. Après la mise en place de la stratégie, le discours concernant le travail d'équipe est devenu plus concret et ancré dans des pratiques réelles.
- Les participants, lorsqu'interrogés sur les pratiques de prévention du suicide, sont beaucoup plus précis lors du post-test. Ceci semble indiquer une meilleure maîtrise des concepts et actions attachés à la prévention du suicide.
- Une pratique de réflexivité semble s'être développée par rapport aux pratiques de prévention du suicide, que ce soit individuellement ou en équipe.

Ces améliorations ont été observées dans toutes les équipes participantes.

2.2. Utilisation du Processus AUDIS – changement de pratiques

Les participants ont indiqué avoir utilisé le Processus AUDIS lorsqu'ils étaient confrontés à une crise suicidaire avec un usager. Cependant, puisque les comportements suicidaires demeurent rares, les applications n'ont pu être intensives et généralisées.

Plusieurs types d'utilisation ont été mentionnés :

- Une équipe a mené un exercice de repérage systématique de la suicidalité chez ses usagers, dans le cadre de ses réunions d'équipe.
- Certains intervenants ont plus utilisé les sphères 1 (repérage) et 2 (estimation lors d'une crise), sans nécessairement compléter le processus avec l'évaluation des facteurs de risque (sphères 3 et 4) et l'intervention.
- Dans certains cas, des plans d'intervention auprès d'usagers ayant eu des propos suicidaires dans le passé ont été révisés et enrichis à partir des sphères 3 et 4 du Processus AUDIS.
- La sensibilisation des intervenants et des proches a plusieurs fois été considérée comme une composante des outils par les mentors.

Certains propos tenus par les participants soulèvent des questions concernant l'utilisation adéquate des outils. Par exemple, plusieurs ont indiqué que les intervenants « remplissent les outils » ou « passent les outils ». Ce raccourci linguistique peut refléter une utilisation mécanique des outils et la difficulté à comprendre et utiliser le Processus AUDIS en tant qu'outil dynamique de soutien à la décision clinique.

Ici encore, le Processus AUDIS est utilisé lorsqu'applicable dans toutes les équipes participantes. Il est intéressant de noter, en particulier, que dans l'équipe disposant du

soutien d'estimateurs externes formés (milieu 3), le Processus AUDIS s'est avéré un complément pertinent. Les intervenants ont pu s'approprier des modalités de gestion des épisodes suicidaires locaux et mieux préparer l'intervention des estimateurs.

Stratégie de mobilisation des connaissances adaptée en fonction des résultats de la recherche

Les résultats de cette recherche nous permettent de tirer quelques recommandations clés utilisées afin de proposer une version améliorée de la stratégie. Cette section présente la version modifiée de la stratégie de mobilisation qu'il est recommandé d'utiliser dans les milieux DI-TSA afin de soutenir l'acquisition de pratiques adaptées de prévention du suicide.

1. Recommandations issues de la recherche

Dans un premier temps, le Tableau 20 identifie les recommandations issues de l'analyse des données et de la triangulation des résultats.

Tableau 20 - Recommandations pour l'amélioration de la stratégie de mobilisation

Sélection du mentor	L'engagement préalable observé chez les mentors est important et indique qu'il est pertinent de recruter comme mentors des personnes jouant déjà ce rôle de façon informelle dans leur milieu.
	Les mentors sont les acteurs centraux de la stratégie et peuvent être sélectionnés au sein des équipes à partir des critères suivants : intéressés par les pratiques de prévention du suicide, ayant une expérience importante avec la clientèle DI-TSA et en santé mentale, connaissant bien les pratiques d'intervention de l'équipe, présentant de bonnes capacités de communication et un bon capital relationnel avec leurs collègues.
Formation des mentors	Aux vues des résultats de l'évaluation de la formation, nous recommandons de modifier la structure de la formation aux mentors afin d'inclure une demi-journée de formation complémentaire (à suivre dans les 4 mois suivant le démarrage de la stratégie de mobilisation). Il est également possible de répartir les contenus sur trois jours moins denses si besoin.
Formation des intervenants	Des efforts complémentaires doivent être faits pour mieux expliquer les processus cliniques d'estimation et d'intervention, que viennent soutenir les outils. L'analyse de cas réels vécus dans les équipes peut être utile ici.
Structure de la stratégie	Inclusion des acteurs dans les composantes actives de la stratégie. L'équipe et le gestionnaire doivent être considérés comme des composantes essentielles de la stratégie de mobilisation des connaissances et non pas comme des cibles de cette stratégie : leur implication active et leur soutien sont des clés du succès.

	Inclusion des déterminants de l'utilisation des connaissances dans la structure de la stratégie (contexte organisationnel, spécificités de la clientèle et des services, rôle des intervenants et gestionnaires).
Préparation de la stratégie	La communication préalable et la recherche de l'engagement actif des acteurs de la stratégie de mobilisation semblent des éléments cruciaux à l'utilisation de la stratégie. Il est donc important de prendre le temps de bien expliquer et de laisser les personnes choisir de s'impliquer en toute connaissance de cause.
	Importance de la préparation et du contexte pour l'utilisation d'une stratégie de mobilisation et l'adoption de nouvelles pratiques.
	Renforcement du rôle des gestionnaires. Les résultats montrent que l'implication des gestionnaires est un ingrédient clé du succès et doit donc être incluse dans les activités de la stratégie (formation, outils d'accompagnement à la décision et à la structure des activités cliniques).
Déploiement de la stratégie	Impliquer étroitement les gestionnaires dans le développement et l'implantation des pratiques cliniques peut améliorer la mobilisation et l'efficacité des stratégies de mobilisation des connaissances.
	Collaborer avec des acteurs provenant de différents niveaux de l'organisation dans le développement et le déploiement de stratégies de mobilisation des connaissances.
	Déployer une pratique de prévention du suicide en l'identifiant dès le départ comme une pratique d'équipe, à acquérir et développer ensemble. Cela peut être un levier important de motivation, d'implication et de partage des questionnements et pratiques entre les membres de l'équipe.
Pérennisation de la stratégie	Soutenir le déploiement de la stratégie dans la structure de fonctionnement de l'équipe afin de favoriser sa pérennisation au-delà de l'étude pilote.

2. Survol général de la stratégie

Les composantes et les étapes de la stratégie de mobilisation des connaissances en prévention du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA, telles qu'enrichies suite à l'évaluation, sont décrites dans la section suivante.

2.1.Objectifs généraux de la stratégie

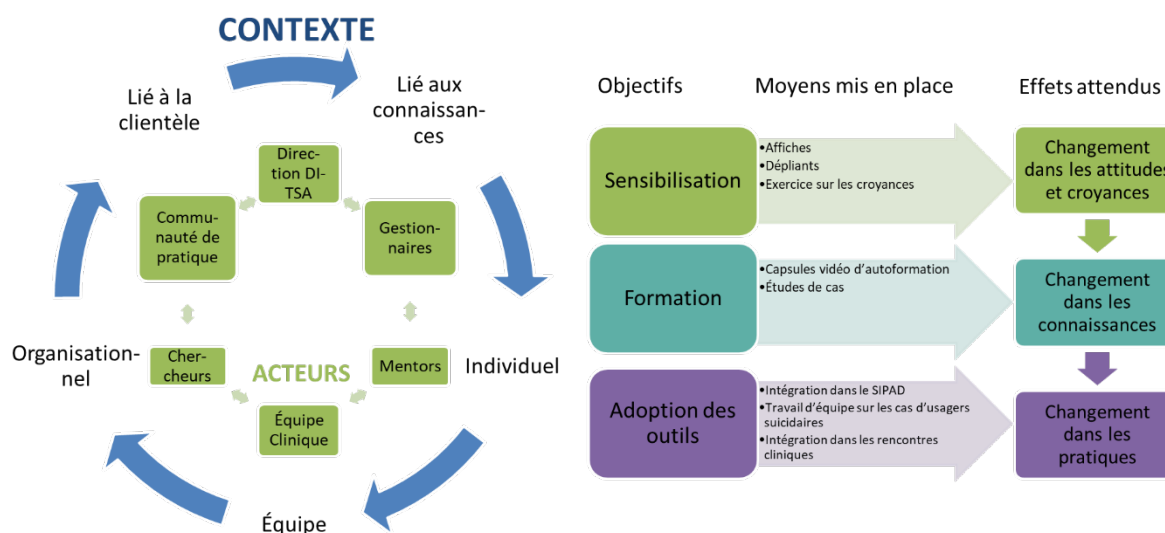
La stratégie de mobilisation des connaissances en prévention du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA vise à :

- Répondre aux enjeux de l'appropriation des pratiques innovantes dans le réseau de la santé, des services sociaux et du communautaire ;

- Améliorer les connaissances et les compétences des équipes en prévention du suicide ;
- Favoriser l'utilisation du Processus AUDIS par les équipes cliniques intéressées ;
- Soutenir la pérennisation des pratiques de prévention du suicide basées sur les meilleures connaissances disponibles au sein des équipes ;
- Soutenir l'adoption de nouvelles connaissances, lorsqu'elles émergent.

Pour remplir ces objectifs, la stratégie vise à apporter les connaissances et les pratiques nécessaires aux membres de l'équipe en fonction de leurs besoins (moment et lieu) et avec le soutien d'outils d'autoformation, d'un mentor, d'un gestionnaire et d'une communauté de pratique. Elle cherche particulièrement à mettre en place des activités d'appropriation des connaissances pour que les compétences de prévention du suicide deviennent des compétences d'équipe, au-delà d'expertises individuelles.

Figure 2- Modèle adapté de la stratégie de mobilisation des connaissances

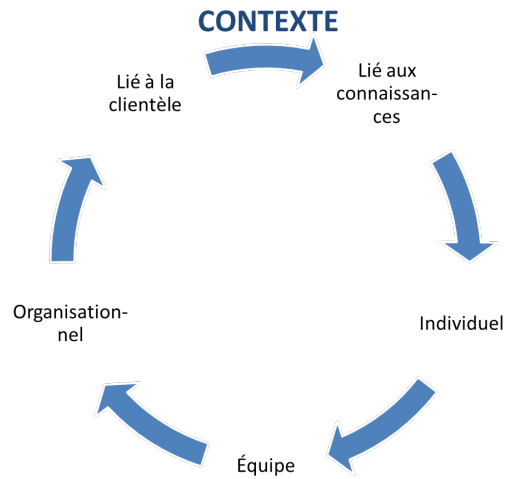


2.2. Contexte d'utilisation de la stratégie

La stratégie de mobilisation se fait dans une perspective de développement continu des pratiques. Elle s'ancre dans le contexte de travail des intervenants et des gestionnaires qui l'utilisent. Une analyse du contexte d'implantation est donc nécessaire afin d'identifier les facilitateurs et les obstacles présents. Le contexte est défini comme l'ensemble des conditions (individuelles, d'équipe, organisationnelles, liées aux connaissances et liées à

la clientèle) pouvant affecter l'application de la stratégie et l'utilisation des outils de prévention du suicide. Les facteurs principaux identifiés associés au contexte (Figure 3) touchent aux dimensions abordées dans le Tableau 19.

Figure 3 - Contexte d'implantation de la stratégie



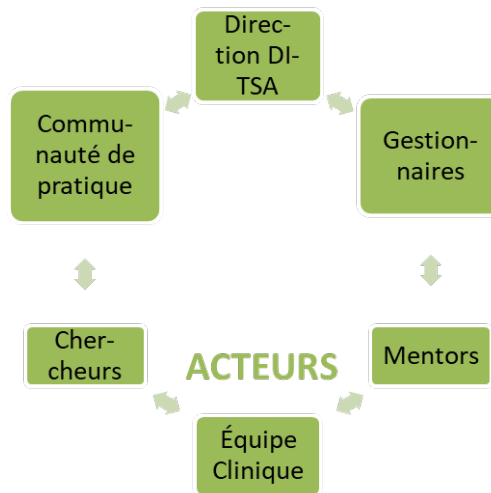
2.3. Structure générale de la stratégie de mobilisation

La stratégie est structurée autour de points-clés :

- La formation et le soutien de mentors dont la tâche est de comprendre les besoins de leurs collègues et de proposer un ensemble d'activités d'appropriation des connaissances adaptées au contexte de la prévention du suicide dans leur milieu ;
- Une collaboration étroite entre mentors et gestionnaires ;
- La coconstruction des compétences en équipe au fur et à mesure des besoins ;
- Le développement d'une capacité de soutien d'équipe.

Dans cette perspective, les cibles de la stratégie en sont également des acteurs clés. Ils ont donc été placés au centre du modèle, tel qu'illustré dans la Figure 4.

Figure 4 - Acteurs clés de la stratégie de mobilisation



- **Direction DI-TSA.** L'implication et la mobilisation de la direction sont cruciales. En fixant des objectifs et en priorisant la prévention du suicide, la direction peut dégager le temps nécessaire à l'application de la stratégie.
- **Gestionnaires.** Les gestionnaires de première ligne sont une composante clé de la stratégie, puisqu'ils peuvent orienter les pratiques et les priorités de leurs équipes et soutenir les mentors dans leur rôle. Ils visent à déterminer les besoins de sensibilisation, de formation et de changement de pratiques de l'équipe en lien avec la prévention du suicide. Ils aident le mentor à planifier les activités de mobilisation des connaissances en prévention du suicide, à présenter ces activités aux intervenants, et à expliquer le rôle que le mentor occupera au sein de l'équipe. Les gestionnaires rappellent l'existence des outils et le rôle du mentor aussi souvent que nécessaire, puis répondent aux besoins du mentor et le soutiennent dans son rôle auprès de l'équipe. De plus, ils encouragent l'utilisation des outils d'autoformation par les membres de l'équipe. Pour cela, les gestionnaires sont soutenus par la communauté de pratique et leur direction.
- **Mentors.** Le mentor a un rôle central à jouer, mais ne peut le faire seul. Ses objectifs sont de soutenir les apprentissages de ses collègues et l'intégration du Processus AUDIS dans les processus cliniques de l'équipe. Il joue un rôle de courroie de transmission des connaissances et pratiques, mais n'est pas l'expert en prévention du suicide de son milieu qui remplacerait ses collègues auprès des usagers à risque. Pour remplir son mandat, le mentor vise à sensibiliser ses collègues à la prévention du suicide, identifier les préjugés/croyances des membres de l'équipe quant au suicide et sa prévention et orienter ses collègues vers les ressources d'autoformation en prévention du suicide disponibles. Il se forme à l'utilisation du Processus AUDIS, applique les outils associés au Processus AUDIS en cas de besoin avec la clientèle, soutient ses collègues dans leur apprentissage des

outils, et rappelle l'existence et l'utilisation des outils lorsque possible au sein de son équipe.

- **Équipe clinique.** L'équipe clinique doit être active au sein de la stratégie de mobilisation. Ses membres ne sont pas des réceptacles passifs d'information. Ils ont la responsabilité de comprendre leurs besoins et d'activement y répondre en utilisant les outils et les ressources à leur disposition. Ces outils visent à leur permettre de se familiariser avec les enjeux de la prévention du suicide chez les usagers, s'approprier les outils de prévention du suicide et comprendre les besoins en lien avec la prévention du suicide des usagers. Les membres de l'équipe doivent également appliquer les pratiques utiles de prévention du suicide en fonction des besoins des usagers et apprendre en fonction de leurs besoins. Pour ce faire, l'équipe est soutenue par le mentor et le gestionnaire. Les membres de l'équipe sont autonomes dans leur apprentissage des outils de prévention du suicide.
- **Chercheurs.** L'équipe de recherche ayant coconstruit le Processus AUDIS et la stratégie de mobilisation des connaissances demeure partenaire du déploiement des outils et membre de la communauté de pratique afin de répondre aux questions et diffuser les nouveaux résultats de recherche lorsque disponibles.
- **Communauté de pratique.** La communauté de pratique est composée des mentors, des gestionnaires et des chercheurs. Elle vise à soutenir les mentors et leurs équipes dans l'adoption des outils de prévention du suicide et à diffuser des connaissances à jour sur le suicide et sa prévention chez les personnes ayant une DI ou un TSA. Elle est animée par le Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC) et comprend divers outils :
 - Un outil de discussion pour poser des questions et partager des ressources entre les équipes et avec les chercheurs;
 - Un répertoire d'outils de sensibilisation et de formation à utiliser en fonction des besoins;
 - Les outils de construction de la stratégie de mobilisation des connaissances.

2.4. Phase préparatoire

Avant son déploiement, la stratégie doit être adaptée aux besoins de l'équipe. Pour cela, une analyse du contexte de l'équipe et des besoins en prévention du suicide doit être faite. Les trois étapes suivantes doivent être complétées :

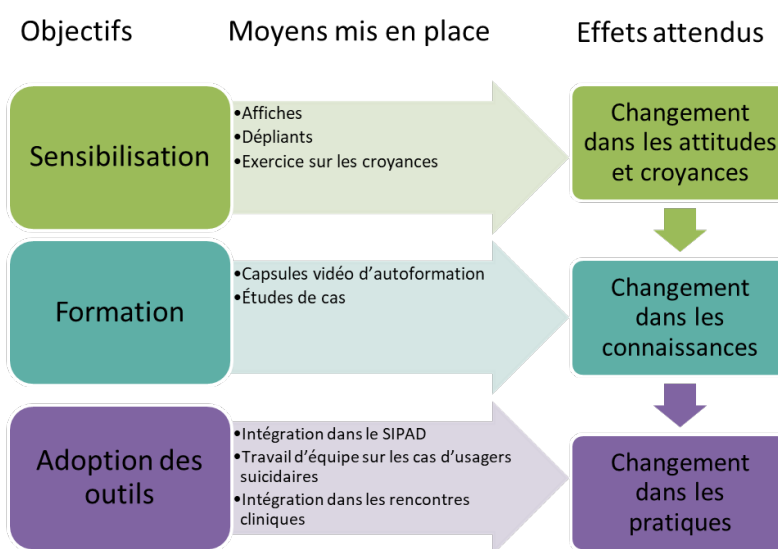
1. Définition des besoins de l'équipe en termes de pratiques de prévention du suicide et de formation;
2. Analyse du contexte d'implantation (facilitateurs et obstacles);
3. Identification des mentors et gestionnaires qui développeront et appliqueront la stratégie dans leurs équipes.

Par la suite, les activités à mener sont :

1. Formation des mentors et des gestionnaires;
2. Construction de la stratégie en fonction des besoins de l'équipe et de son contexte de travail.

En effet, il ne peut y avoir de stratégie standard applicable à tous les milieux de la même façon. Chaque équipe doit développer ses activités de mobilisation en fonction de ses besoins, des compétences actuelles de ses membres et des caractéristiques de sa clientèle. Cependant, une stratégie devrait inclure des activités de sensibilisation, de la formation et l'adoption des outils, comme l'illustre dans la Figure 5.

Figure 5 - Objectifs et activités de la stratégie



3. Construire la stratégie de mobilisation des connaissances de son équipe clinique

Comme discuté plus haut, la construction d'une stratégie de mobilisation des connaissances est un travail d'équipe qui doit être mené en collaboration étroite entre le gestionnaire et le mentor, avec le soutien de la direction de l'établissement et la collaboration des membres de l'équipe. L'exercice ci-dessous est proposé aux équipes impliquées dans la préparation de la stratégie et souhaitant développer et implanter leur stratégie de mobilisation sur la base de la structure proposée (voir

plus haut). Il se compose de plusieurs étapes à suivre afin de décider des activités et des moyens à mettre en place pour soutenir l'appropriation des pratiques de prévention du suicide par les intervenants.

Exercice de construction de la stratégie de mobilisation des connaissances :

1. Identifier les forces et les besoins de l'équipe en prévention du suicide

Identifier les éléments suivants **concernant l'équipe** :

- Ses composantes (ex. : taille, répartition géographique, contacts, types d'employés cliniques et de soutien, etc.);
- Ses lieux/moments de communication entre collègues (ex. : rencontres multi, conférence-midi, etc.);
- Ses forces pour la prévention du suicide (ex. : mobilisation, connaissances, pratiques, etc.);
- Ses besoins pour la prévention du suicide (ex. : croyances, connaissances, soutien, stabilité, etc.);
- Qui fait quoi en ce moment en termes de prévention du suicide (sensibilisation, repérage, estimation, intervention, suivi).

Identifier les éléments suivants concernant les **partenaires et les collaborateurs** au sein de la direction DI-TSA et à l'extérieur :

- Où et comment travaillez-vous sur les comportements suicidaires ou leurs facteurs de risque dans le continuum de services? (Ex. : un milieu de travail peut être confronté à un épisode de détresse et des verbalisations suicidaires, mais ne connaît pas l'historique de la personne.)
- Quels sont vos partenaires habituels? (Inclure les centres de prévention du suicide, les centres de crise, l'hôpital, la psychiatrie, le médecin, les ressources de santé dans la communauté, les familles, etc.)
- Quels sont leurs objectifs et les vôtres en termes de soutien psychosocial et de prévention du suicide?
- Comment travaillez-vous avec les milieux en amont et en aval du vôtre dans le processus d'intervention (prévention, repérage, estimation, intervention, urgence, suivi, etc.)? Comment sont vos relations avec ces milieux? Comment développer et renforcer ces relations?

Identifier les **facilitateurs et les obstacles** observables dans le milieu :

- Repérer et décrire les éléments individuels, d'équipe et organisationnels pouvant affecter les changements d'attitudes, les connaissances et les pratiques des membres de l'équipe;

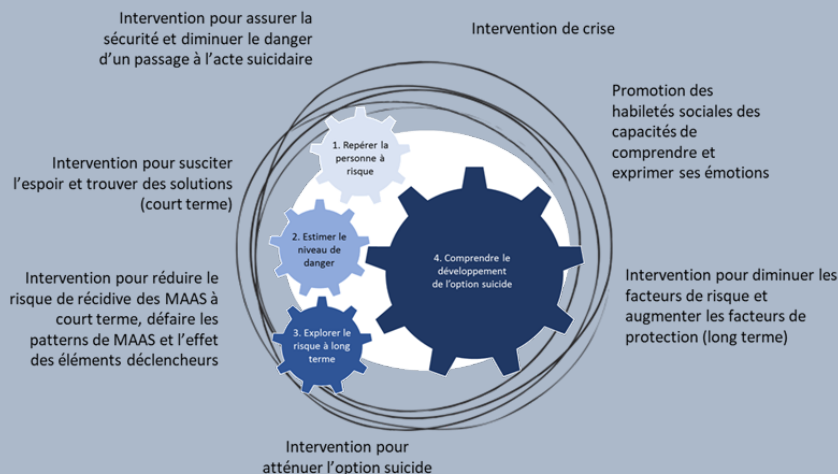
- Identifier des stratégies et les ressources au sein de l'établissement pouvant aider à réduire les obstacles et à renforcer les facilitateurs.

Identifier et définir les **activités de prévention du suicide** menées au sein de l'équipe avant la stratégie et les activités de prévention du suicide telles qu'on souhaiterait les voir se développer.

Pour compléter cet exercice, vous pouvez vous reporter au modèle du Processus AUDIS (guide de soutien à la décision clinique en prévention du suicide, schéma ci-dessous). Il représente toutes les activités associées à l'estimation et à l'intervention en prévention du suicide. Indiquez ce que vous connaissez du fonctionnement actuel et souhaité de votre équipe et de vos partenaires en termes de prévention du suicide :

1. Qui fait le repérage des personnes ayant des manifestations suicidaires?
2. Qui fait l'estimation du danger?
3. Qui fait un plan d'action lors des épisodes suicidaires?
4. Qui fait l'exploration du risque à plus long terme?
5. Qui intervient sur les facteurs de risque?
6. Qui soutient les intervenants?

Inscrivez ensuite les endroits/moments où vous pensez que des liens peuvent être renforcés/développés. Cette analyse peut soutenir une discussion sur la prévention du suicide dans votre équipe et sur les besoins des intervenants en termes d'outils et de formation.



2. Définir les objectifs de la stratégie

À partir de votre analyse, identifiez les **objectifs prioritaires** que vous pouvez donner à votre stratégie de mobilisation. Il est important de sensibiliser avant de former et de changer des pratiques. Les objectifs peuvent donc être hiérarchisés dans chacune des trois phases suivantes :

- Sensibiliser les membres de l'équipe à la question du suicide et à l'existence des outils cliniques et d'autoformation
- Former les membres de l'équipe à l'utilisation des outils dans le cadre des activités cliniques habituelles
- Changer les pratiques habituelles pour intégrer l'utilisation des outils dans les processus cliniques de l'équipe

3. Définir les activités de mobilisation des connaissances

Les objectifs doivent être **traduits en activités concrètes menées par le mentor avec le soutien du gestionnaire et de la communauté de pratique**. Le tableau ci-dessous peut aider à structurer les activités de la stratégie. Consultez l'annexe E pour un exemple de tableau de stratégie.

Objectif visé dans le cadre de l'appropriation des connaissances en prévention du suicide chez les usagers	Activité menée en lien avec cet objectif	Contexte dans lequel se déroule l'activité (moment, lieu, processus clinique, processus de formation...)	Participants (qui, et pourquoi)	Outils utilisés (matériel nécessaire à la tenue de l'activité)	Justification de l'objectif et de l'activité par rapport aux besoins de l'équipe (quels effets attendus et pourquoi)

Les activités de la communauté de pratique doivent être raisonnables, c'est-à-dire qu'elles doivent pouvoir s'intégrer dans le fonctionnement habituel de l'équipe sans créer de pression exagérée. Elles s'étalent dans

le temps sur plusieurs mois, avec des périodes de rappel par la suite. En tout, l'animation de la stratégie par le mentor devrait lui prendre en moyenne une heure par semaine.

4. Phase d'implantation

Une fois construite, la stratégie peut être animée dans l'équipe, en fonction des disponibilités et des besoins. Elle doit comprendre trois volets progressifs (sensibilisation, formation, changement de pratique) et peut se baser sur l'utilisation des activités et outils suivants disponibles au sein de la communauté de pratique. Elle peut également se baser sur des activités et des outils développés spécifiquement pour les équipes.

4.1. Sensibilisation

Les activités et les outils de sensibilisation suivants sont proposés dans la stratégie :

- Affiches à disposer dans les espaces de travail de l'équipe. Elles visent à donner des informations clés et concrètes sur la réalité des manifestations associées au suicide chez la clientèle DI-TSA. Les affiches disponibles dans la stratégie traitent des : manifestations suicidaires en général, idéations suicidaires, tentatives de suicide, verbalisations suicidaires. D'autres visent à renforcer le message que le suicide est présent chez les usagers (*Le suicide, ça existe*), donner des informations factuelles sur l'ampleur du problème (*Le suicide en pourcentage*), souligner le rôle des deuils et pertes ou encore le fait que parler du suicide est important (*Parler du suicide*).

Les outils suivants peuvent être utilisés lors des réunions d'équipe ou de supervision clinique afin de transmettre une information de sensibilisation à la prévention du suicide :

- Dépliants de sensibilisation – comprendre, estimer et intervenir pour prévenir le suicide chez les personnes présentant une DI ou un TSA;
- Présentations PowerPoint brèves : *Quelques chiffres : Le suicide dans la population générale, Croyances et mythes sur le suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA.*

4.2. Formation – information

Les outils et les activités de formation comprennent essentiellement des capsules vidéo décrivant des concepts et des éléments-clés du Processus AUDIS (modèle, estimation, intervention). Elles sont offertes aux mentors pour être visionnées en groupe ou par des intervenants seuls, en fonction des besoins. Les thèmes suivants sont abordés dans les vidéos : Comprendre le risque suicidaire chez les personnes ayant une DI ou un TSA (Description du modèle dynamique du suicide), Repérer une personne ayant des manifestations suicidaires (Adopter une attitude favorable à l'exploration du suicide avec une personne ayant une DI ou un TSA, Développer les stratégies pour chercher l'information sur les manifestations suicidaires, Repérer une personne ayant des manifestations suicidaires), Estimer le danger ou le risque suicidaire et intervenir lors d'un épisode suicidaire (Comment estimer le danger et intervenir lors d'un épisode de manifestations suicidaires, Comment faire un suivi avec une personne ayant eu un épisode suicidaire), Explorer les facteurs de risques et de protection à plus long terme (Comment explorer les facteurs de risque et l'option suicide), Intervenir auprès de la personne ayant eu des manifestations suicidaires – Gérer les risques à long terme (Comment mettre en place un plan d'intervention et soutenir une personne ayant eu un épisode suicidaire).

En plus, une capsule vidéo présente une étude de cas complète illustrant l'utilisation du Processus AUDIS.

4.3. Changement des pratiques d'équipe

Il a peu d'outils préexistants soutenant les changements de pratique, puisque les stratégies doivent être adaptées aux caractéristiques et au fonctionnement de chaque équipe. Cependant, les moyens à mettre en place pour le changement de pratiques doivent comprendre : l'inclusion du Processus AUDIS dans le SIPAD, l'arrimage entre les plans d'intervention (PI) et le Processus AUDIS, le travail d'équipe sur les situations suicidaires, l'inclusion des questions et des sessions de formation et d'appropriation des connaissances dans les rencontres d'équipe habituelles.

5. Phase de pérennisation

Après l'impulsion initiale, les facteurs suivants peuvent améliorer la pérennité de la stratégie :

- Révision et adaptation de la stratégie une fois par année;
- Utilisation de la communauté de pratique par les mentors et les gestionnaires afin de recevoir du soutien à long terme;

- Soutien continu de la direction (maintien de la priorité);
- Généralisation de la stratégie de mobilisation au plus grand nombre d'équipes cliniques possible;
- Intégration des activités de mobilisation dans les activités habituelles des équipes (réunions cliniques, activités de suivi, formation, etc.);
- Remplacement et formation des mentors et des gestionnaires s'ils changent d'emploi;
- Diffusion et partage de nouvelles connaissances au fur et à mesure que le sentiment de compétence augmente dans les équipes.

6. Établissement de collaborations avec les acteurs du milieu pour la pérennisation de la stratégie

La stratégie de mobilisation des connaissances évaluée dans le cadre de ce projet a démontré une bonne capacité d'implantation dans des milieux faisant de la prévention du suicide une priorité. On a aussi pu observer des effets intéressants sur l'amélioration des pratiques et du sentiment de compétence des équipes cliniques l'ayant utilisée. De plus, les participants ont largement souhaité la voir se généraliser dans les directions DI-TSA de leurs établissements.

Dans cette perspective, les collaborations suivantes ont été mises en place :

- Avec le Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC) afin de permettre la poursuite des formations (formateurs, gestionnaires et mentors);
- Avec l'Institut DI-TSA, particulièrement son service Transfert et valorisation des connaissances et innovation (TVCI), afin de permettre la pérennisation de la communauté de pratique et des activités de transfert des connaissances associées à la prévention du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA.

Ces deux partenaires sont intégrés au CIUSSS de la Mauricie-Centre-du-Québec.

Ces collaborations permettent d'élaborer un programme de formation visant à autonomiser les directions DI-TSA dans l'acquisition des connaissances et des compétences de prévention du suicide par :

- La construction d'un programme de formation de formateurs et l'adaptation de la formation des mentors en fonction des résultats de la présente recherche ;
- La formation de formateurs attachés à chaque établissement par l'équipe du SQETGC et le soutien de la chercheuse Cécile Bardon ;

- La formation de mentors dans les équipes cliniques par les formateurs locaux ;
- Le soutien aux gestionnaires (microformations) pour le déploiement et la pérennisation de la stratégie de mobilisation ;
- Le maintien et l'animation de la communauté de pratique de formateurs et mentors par le SQETCG et l'Institut universitaire en DI-TSA.

Conclusion

Cette étude évaluative a permis de construire et d'évaluer une stratégie novatrice de mobilisation des connaissances en prévention du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA à mettre en place dans le réseau de la réadaptation.

La stratégie vise à répondre à certains enjeux majeurs de la formation des intervenants, en particulier la rareté des comportements suicidaires et le sentiment d'isolement des intervenants face au risque suicidaire. Elle vise aussi à pallier les difficultés à former efficacement des intervenants à une pratique qu'ils n'utiliseront pas quotidiennement, ainsi que celles liées au roulement du personnel qui dilue les compétences acquises, ou encore la nécessité de travailler en équipe.

La stratégie est basée sur les principes de la science de l'implantation (*implementation science*) et sur le développement de compétences dans le milieu, en fonction des besoins. Elle se base sur une étude des besoins de l'équipe clinique par un mentor (soutenu par son gestionnaire), des activités d'autoformation et d'accompagnement à l'utilisation des pratiques. Les mentors et les gestionnaires responsables de la stratégie sont accompagnés par une communauté de pratique au sein de laquelle ils ont l'occasion de partager leurs expériences et de se soutenir mutuellement dans la mise en œuvre de la nouvelle pratique. La communauté de pratique comprend également des activités de sensibilisation (ex. : affiches, exercices), de formation (ex. : vidéos, études de cas) et de soutien à l'intégration des outils dans les pratiques (ex. : rencontres cliniques).

L'évaluation a été menée dans le cadre d'un devis de recherche mixte longitudinal et a permis de montrer que la stratégie a été plutôt bien adoptée dans les équipes ayant participé au projet pilote. Les composantes de sensibilisation, de formation et d'intégration dans les pratiques ont été menées au sein de la plupart de ces équipes. Les mentors ont apprécié leur rôle et les équipes ont été motivées à participer activement aux activités de la stratégie. Les résultats sont prometteurs. L'étude pilote de six mois a permis de montrer un changement dans les connaissances, les attitudes et les comportements des membres des équipes participantes en ce qui concerne le suicide et sa prévention chez les personnes ayant une DI ou un TSA. Les intervenants participants ont pu apprendre et utiliser les outils de prévention du suicide en fonction de leur rôle auprès des usagers et en fonction des cas auxquels ils étaient confrontés dans leur pratique clinique. D'ailleurs, plusieurs ont indiqué avoir appris et maîtrisé les outils même sans avoir reçu de formation.

La stratégie a été adaptée, ainsi que les recommandations pour son application en fonction des résultats.

Nous recommandons fortement que l'acquisition de pratiques de prévention du suicide soit un enjeu d'équipe, qu'elle soit soutenue activement par la direction DI-TSA et qu'elle soit accompagnée par les gestionnaires de première ligne.

Des recherches futures doivent nous aider à comprendre comment soutenir plus efficacement la pérennisation des pratiques acquises dans le cadre de telles stratégies de mobilisation des connaissances, que ce soit au sein des équipes participantes ou par le transfert d'intervenants formés vers d'autres équipes.

Enfin, la pérennisation de cette stratégie de mobilisation est assurée par une collaboration avec le SQETGC et l'Institut de recherche en DI-TSA, qui intègrent les composantes de la stratégie (formation de mentors et communauté de pratique) dans leurs outils de transfert des connaissances.

Bibliographie

- Archambault, P. M., van de Belt, T. H., Grajales III, F. J., Faber, M. J., Kuziemy, C. E., Gagnon, S., . . . Gagnon, M.-P. (2013). Wikis and collaborative writing applications in health care: a scoping review. *Journal of medical Internet research*, 15(10).
- Baeza, J. I., Fraser, A., & Boaz, A. (2014). Evidence-based practice: reflections from five European case studies. *London journal of primary care*, 6(5), 98-102. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4338515/pdf/LJPC-06-098.pdf>
- Balfe, M., & Tantam, D. (2010). A descriptive social and health profile of a community sample of adults and adolescents with Asperger syndrome. *BMC Res Notes*, 3, 300. Retrieved from <http://bmcrsnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/1756-0500-3-300>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2992545/pdf/1756-0500-3-300.pdf>
- Bardon, C. (2017). *Intervenir auprès des personnes ayant une DI ou un TSA et suicidaires*. Retrieved from Montréal, QC:
- Bardon, C., Halmov, X., Coté, L., Morin, D., Mishara, B., Morin, D., . . . Weiss, J. (2017). *Comprendre et estimer le risque suicidaire chez les personnes ayant une DI ou un TSA*. Retrieved from Montréal:
- Bardon, C., Morin, D., Halmov, X., Mishara, B., Morin, D., Mélineau-Coté, J., & Weiss, J. (2017). *Understanding suicide risk : developing a specific model of suicide risk for individuals presenting with an ID or an ASD*. Paper presented at the 2017 Annual Conference of the AAIDD, Hartford, CT.
- Bardon, C., Morin, D., Ouimet, A.-M., & Mongeau, C. (2015). Comprendre le risque suicidaire chez les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 26, 102-116.
- Barwick, M. A., Schachter, H. M., Bennett, L. M., McGowan, J., Ly, M., Wilson, A., . . . Manion, I. (2012). Knowledge translation efforts in child and youth mental health: a systematic review. *Journal of evidence-based social work*, 9(4), 369-395. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3534353/pdf/webs9_369.pdf
- Benson, B., & Laman, D. (1988). Suicidal tendencies of mentally retarded adults in community settings. *Aust NZ J Dev Disabil*, 14, 49-54.
- Careau, E., Briere, N., Houle, N., Dumont, S., Vincent, C., & Swaine, B. (2015). Interprofessional collaboration: development of a tool to enhance knowledge translation. *Disability and rehabilitation*, 37(4), 372-378. Retrieved from <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09638288.2014.918193>
- Cassidy, S., Bradley, P., Robinson, J., Allison, C., McHugh, M., & Baron-Cohen, S. (2014). Suicidal ideation and suicide plans or attempts in adults with Asperger's syndrome attending a specialist diagnostic clinic: a clinical cohort study. *the Lancet / Psychiatry*. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70248-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70248-2)
- Diallo, F. B., Rochette, L., Pelletier, É., & Lesage, A. D. (2017). *Surveillance du trouble du spectre de l'autisme au Québec*. Retrieved from Montréal, QC:
- Flodgren, G., Parmelli, E., Doumit, G., Gattellari, M., O'Brien, M. A., Grimshaw, J., & Eccles, M. P. (2011). Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. *The Cochrane Library*.
- Gaudine, A. P., & Saks, A. M. (2004). A longitudinal quasi-experiment on the effects of posttraining transfer interventions. *Human Resource Development Quarterly*, 15(1), 57-

76. Retrieved from <https://onlinelibrary-wiley-com.proxy.bibliotheques.ugam.ca/doi/abs/10.1002/hrdq.1087>
- Gervais, M.-j., Chagnon, F., & Proulx, R. (2012). Understanding knowledge transfer (kt) processes in social services: A common ground. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(7), 778.
- Hirvikoski, T., Mittendorfer-Rutz, E., Boman, M., Larsson, H., Lichtenstein, P., & Bölte, S. (2016). Premature mortality in autism spectrum disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 208(3), 232-238.
- Hurley, A., & Sovner, S. (1998). Suicidal behavior in mentally retarded persons. *PsychiatrAspects Ment Retard*, 1, 35-38.
- Kato, K., Mikami, K., Akama, F., Yamada, K., Maehara, M., Kimoto, K., & Matsumoto, H. (2013). Clinical features of suicide attempts in adults with autism spectrum disorders. *Gen Hosp Psychiatry*, 35(1), 50-53.
- Ludi, E., Ballard, E. D., Greenbaum, R., Pao, M., Bridge, J., Reynolds, W., & Horowitz, L. (2012). Suicide risk in youth with intellectual disabilities: The challenges of screening. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 33(5), 431-440.
doi:10.1097/DBP.0b013e3182599295
- Lunsky, Y. (2004). Suicidality in a clinical and community sample of adults with mental retardation. *Res Dev Disabil*, 25(3), 231-243.
- Lunsky, Y., Raina, P., & Burge, P. (2012). Suicidality among adults with intellectual disability. *Journal of Affective Disorders*, 140(3), 292-295.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.03.013>
- McCormack, B., Rycroft-Malone, J., DeCorby, K., Hutchinson, A. M., Bucknall, T., Kent, B., . . . Titler, M. (2013). A realist review of interventions and strategies to promote evidence-informed healthcare: a focus on change agency. *Implementation Science*, 8(1), 107.
- Menolascino, F. J., Lazer, J., & Stark, J. A. (1989). Diagnosis and management of depression and suicidal behavior in persons with severe mental retardation. *Journal of the multihandicapped person*, 2(2), 89-103.
- Merrick, J., Merrick, E., Lunsky, Y., & Kandel, I. (2005). Suicide behavior in persons with intellectual disability. *ScientificWorldJournal*, 5, 729-735.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*: sage.
- Murphy, G., & Salomone, S. (2013). Using social media to facilitate knowledge transfer in complex engineering environments: a primer for educators. *European Journal of Engineering Education*, 38(1), 70-84.
- Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science*, 10(1), 53.
- Odom, S. L., Cox, A. W., Brock, M. E., & Asd, N. P. D. C. O. (2013). Implementation science, professional development, and autism spectrum disorders. *Exceptional Children*, 79(2), 233-251.
- Ouimet, A.-M., Mongeau, C., & Morin, D. (2013). *L'expérience d'intervenants spécialisés en DITED de leur utilisation de la Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (SAM et CDC). Rapport d'analyse de la séance de travail tenue le 22 juillet 2013 et organisée conjointement par le CRISE et le CRDITED de Montréal dans le cadre des travaux sur la prévention du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TED.*
Retrieved from Montréal
- Paquette-Smith, M., Weiss, J., & Lunsky, Y. (2014). History of Suicide Attempts in Adults With Asperger Syndrome. *Crisis*, 35(4).

- Patja, K. (2004). Suicide cases in a population-based cohort of persons with intellectual disability in a 35-year follow-up. *Mental health aspects of developmental disabilities*, 7(4), 117-123.
- Patja, K., Iivanainen, M., Raitasuo, S., & Lonnqvist, J. (2001). Suicide mortality in mental retardation: a 35-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(4), 307-311.
- Proulx, R. (2011). Le transfert des connaissances et les guides de pratique comme leviers d'amélioration des services. *Revue CNRS*, 2(2), 8-12.
- Raja, M. (2014). Suicide risk in adults with Asperger's syndrome. *The Lancet Psychiatry*, 1(2), 99-101. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70257-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70257-3)
- <http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215036614702573.pdf?id=haav78Elhp2YigSnKohJu>
- Richa, S., Fahed, M., Khoury, E., & Mishara, B. (2014). Suicide in Autism Spectrum Disorders. *Archives of Suicide Research*, null-null. doi:10.1080/13811118.2013.824834
- Roure, L. (2000). Les caractéristiques des champions: déterminants et incidence sur le succès des innovations. *Recherche et Applications en Marketing (French Edition)*, 15(2), 3-19.
- Scott, S. D., Albrecht, L., O'Leary, K., Ball, G. D., Hartling, L., Hofmeyer, A., . . . Newton, A. S. (2012). Systematic review of knowledge translation strategies in the allied health professions. *Implementation Science*, 7(1), 70.
- Storch, E. A., Sulkowski, M. L., Nadeau, J., Lewin, A. B., Arnold, E. B., Mutch, P. J., & Murphy, T. K. (2013). The Phenomenology and Clinical Correlates of Suicidal Thoughts and Behaviors in Youth with Autism Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord*.
- Straus, S., Tetroe, J., & Graham, I. D. (2013). *Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice*: John Wiley & Sons.
- Teddlie, C., & Tashakkori, A. (2009). *Foundations of mixed methods research: Integrating quantitative and qualitative approaches in the social and behavioral sciences*: Sage.
- Timmons, V. (2013). IASSIDD: are we practicing knowledge translation effectively? *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 10(2), 99-101.
- Walters, A. S., Barrett, R. P., Knapp, L. G., & Borden, M. C. (1995). Suicidal behavior in children and adolescents with mental retardation. *Res Dev Disabil*, 16(2), 85-86.
- Waterman, H., Boaden, R., Burey, L., Howells, B., Harvey, G., Humphreys, J., . . . Spence, M. (2015). Facilitating large-scale implementation of evidence based health care: insider accounts from a co-operative inquiry. *BMC health services research*, 15(1), 60.

Annexe A – Questionnaire d'évaluation de la formation

Prévenir le suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA

Évaluation de la formation –Participants

Qualifiez votre degré d'accord avec les énoncés suivants en encadrant un chiffre pour chaque énoncé				
	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1. En général, j'ai apprécié la formation.	1	2	3	4
2. La durée de la formation est adéquate.	1	2	3	4
3. La formatrice a suscité mon intérêt et mon attention lors de l'activité.	1	2	3	4
4. Elle a été à l'écoute des participants et de leurs besoins	1	2	3	4
5. Elle maîtrise le contenu présenté.	1	2	3	4
6. Le contenu de la formation était bien structuré.	1	2	3	4
7. Les outils utilisés et les techniques d'animation employés sont pertinents.	1	2	3	4
8. Les connaissances et les habiletés acquises me seront utiles.	1	2	3	4
10. Qu'avez-vous trouvé de plus utile dans cette formation?				
11. Qu'avez-vous trouvé de moins utile dans cette formation?				
12. Avez-vous des suggestions pour améliorer la formation?				
13. Commentaires ou suggestions.				

Merci!

Annexe B – Questionnaire prétest et post test aux participants

04/02/2019

UQAM | Logiciel de sondage LimeSurvey - Évaluation de la stratégie de mobilisation des connaissances en prévention du suicide ...

Évaluation de la stratégie de mobilisation des connaissances en prévention du suicide auprès des personnes ayant une DI ou un TSA

Pour compléter les informations recueillies lors de votre entrevue, nous vous demandons de remplir le questionnaire suivant en vous basant sur votre formation, ainsi que votre expérience personnelle et de travail avec les personnes ayant une DI ou un TSA.

Toutes vos réponses seront traitées de façon confidentielle, c'est-à-dire que personne, en dehors de l'équipe de recherche, ne connaîtra vos réponses.

Si vous avez besoin de compléter le questionnaire en plusieurs fois, nous vous demandons de le faire à partir du même poste informatique, afin de pouvoir reprendre là où vous vous êtes arrêté(e).

Le questionnaire devrait prendre entre 10 et 15 minutes à remplir.

Cliquez sur « suivant » pour entrer dans le questionnaire.

Il y a 8 questions dans ce questionnaire

Nom

[]

SVP inscrire votre nom et votre prénom. Ceci vise à relier ce questionnaire à votre entretien téléphonique, aux fins d'analyse.

IMPORTANT: Cette information ne sera accessible qu'aux chercheurs et professionnels de recherche qui sont associés à ce projet de recherche. Les publications ou présentations des résultats ne mentionneront jamais de nom, et ne donneront aucune information qui permette d'identifier un(e) participant(e) à la recherche. La confidentialité est assurée.

*

Veuillez écrire votre réponse ici :

Section 1 : connaissances générales sur le suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA

Veuillez indiquer votre niveau d'accord avec les phrases suivantes en cliquant sur une des options de réponses proposées.

[]

Veillez indiquer votre niveau d'accord avec les phrases suivantes en cliquant sur une des options de réponses proposées.

*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Complètement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Complètement en désaccord
Chez les personnes ayant une DI ou un TSA, les comportements suicidaires et leurs causes sont différents que pour la population générale	☐	☐	☐	☐
Les méthodes pour estimer le risque suicidaire chez les personnes ayant une DI ou un TSA sont les mêmes que pour la population générale	☐	☐	☐	☐
Les comportements suicidaires sont différents chez les personnes ayant une DI de celles ayant un TSA	☐	☐	☐	☐
Les personnes ayant une DI ou un TSA ont moins de comportements suicidaires que la population générale	☐	☐	☐	☐

[] Les questions suivantes sont ouvertes, vous avez la place d'y répondre dans vos mots à vous.

Un facteur de protection contre le suicide est (donner votre définition) :	
Pouvez-vous donner des exemples de facteurs de protection contre le suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA?	
Un facteur de risque du suicide est : (donner votre définition)	
Pouvez-vous donner des exemples de facteurs de risque du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA?	
Pouvez-vous donner des exemples de déclencheurs ou de facteurs proximaux associés aux comportements suicidaires chez les personnes ayant une DI ou un TSA?	
Quelles sont les composantes cognitives et interactionnelles du risque suicidaire chez les personnes ayant une DI ou un TSA?	

Un épisode suicidaire peut se manifester aussi par des indices de détresse. Pouvez-vous en citer quelques exemples?

[]

Veuillez indiquer votre niveau d'accord avec les phrases suivantes en cliquant sur une des options de réponses proposées.

L'estimation du risque suicidaire vise à :

*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Complètement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Complètement en désaccord
Prédire si une personne tentera de se suicider	☐	☐	☐	☐
Prédire quand une personne tentera de se suicider	☐	☐	☐	☐
Allouer les bons services au bon moment pour agir sur les facteurs de risque et la détresse	☐	☐	☐	☐

Section 2 : Perceptions des comportements suicidaires chez les personnes ayant une DI ou un TSA

[]

Indiquez à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec les phrases suivantes en cliquant sur une des options proposées. Tous les items réfèrent à des personnes ayant une DI ou un TSA, même lorsque ce n'est pas spécifié pour faciliter la lecture.

*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Complètement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Complètement en désaccord
Le risque de passage à l'acte suicidaire est faible chez les personnes ayant une DI ou un TSA	☐	☐	☐	☐

	Complètement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Complètement en désaccord
Le risque de décès suite à un passage à l'acte est plus bas parce que les personnes ayant une DI ou un TSA ont moins accès à des moyens létaux ou comprennent moins la létalité des moyens qu'ils envisagent ou utilisent	☐	☐	☐	☐
Les verbalisations suicidaires sont des expressions maladroites d'émotions ou de souffrance non suicidaire (frustration, malaise, évitement)	☐	☐	☐	☐
Les deuils provoquent moins de souffrance chez les personnes ayant une DI ou un TSA	☐	☐	☐	☐
Les comportements suicidaires sont moins présents à cause de limites cognitives	☐	☐	☐	☐
Les comportements suicidaires sont moins présents à cause d'une moins bonne compréhension de la mort	☐	☐	☐	☐
Les comportements suicidaires sont un appel à l'aide	☐	☐	☐	☐
Les verbalisations suicidaires sont un moyen de rechercher de l'attention et mobiliser l'entourage	☐	☐	☐	☐

	Complètement en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Complètement en désaccord
Les comportements suicidaires sont des leviers de négociation avec l'entourage en cas de conflit, refus, contrainte ou limite	☐	☐	☐	☐
Les personnes ayant une DI ou un TSA ressentent peu d'ambivalence par rapport au suicide	☐	☐	☐	☐
Il peut être difficile d'identifier une intention suicidaire chez une personne ayant une DI ou un TSA	☐	☐	☐	☐
L'absence de plan structuré pour se suicider est un facteur de protection chez les personnes ayant une DI ou un TSA	☐	☐	☐	☐
Parler de suicide risque de favoriser l'émergence et d'entretenir les verbalisations et comportements suicidaires	☐	☐	☐	☐
L'estimation du risque suicidaire doit se faire en collaboration interdisciplinaire	☐	☐	☐	☐

Section 3 : Pratiques de prévention du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA

Dans le cadre de votre travail des 12 derniers mois, avez-vous effectué les tâches suivantes et si oui, quels outils/procédures avez-vous utilisé?

[] Au cours des 12 derniers mois, veuillez indiquer quelles activités de **prévention du suicide** auprès d'usagers vous avez effectuées. Pour chaque type d'activités réalisées, veuillez préciser en commentaire.

Ajoutez un commentaire seulement si vous sélectionnez la réponse.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

- ☐ Avez-vous travaillé à renforcer des facteurs de protection chez un usager par des activités spécifiques? Si oui, comment?

- ☐ Avez-vous participé à des activités de sensibilisation au suicide dans votre milieu? Si oui, lesquelles?

- ☐ Autres activités de prévention du suicide auprès d'usagers

[]Au cours des 12 derniers mois, veuillez indiquer quelles activités d'**estimation du risque suicidaire ou du danger** auprès d'usagers vous avez effectuées. Pour chaque type d'activités réalisées, veuillez préciser en commentaire.

Ajoutez un commentaire seulement si vous sélectionnez la réponse.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

- ☐ Avez-vous fait du repérage de personnes potentiellement suicidaires? Si oui, comment?

- ☐ Avez-vous référé un usager à des professionnels formés pour des craintes en lien avec des comportements suicidaires? Si oui, comment?

- ☐ Avez-vous effectué l'estimation du danger lors d'un épisode suicidaire? Si oui, comment?

- ☐ Avez-vous effectué l'évaluation des facteurs de risque et de protection associés aux comportements suicidaires d'une personne ayant eu un épisode suicidaire? Comment?

- ☐ Autres activités d'estimation du risque suicidaire auprès d'usagers

[]Veuillez indiquer si, dans les 12 derniers mois, vous avez fait les **interventions** suivantes **auprès d'une personne suicidaire**. Pour tous les types d'activités réalisées, veuillez préciser en commentaire.

Ajoutez un commentaire seulement si vous sélectionnez la réponse.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

- ☐ Interventions afin d'assurer la sécurité

- ☐ Interventions pour prévenir le passage à l'acte

☐ Interventions pour renforcer l'espoir
☐ Interventions pour trouver des solutions aux problèmes identifiés comme déclencheurs
☐ Interventions pour diminuer le risque de passage à l'acte futur
☐ Interventions pour renforcer les facteurs de protection
☐ Interventions pour réduire l'impact ou la présence de facteurs de risque
☐ Interventions pour déconstruire des patterns de comportements suicidaires
☐ Autres activités ou interventions

Merci beaucoup d'avoir répondu à ce questionnaire.

Nous communiquerons de nouveau avec vous entre août et septembre 2019 pour votre seconde entrevue et le second questionnaire.

En attendant, si vous avez des questions ou des commentaires, vous pouvez nous contacter en tout temps par courriel : bardon.cecile@uqam.ca (<mailto:bardon.cecile@uqam.ca>)

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

Annexe C - Grille d'entrevue prétest

Projet : Évaluation d'une stratégie innovante de mobilisation des connaissances en prévention du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA

Participant :

Entrevue **prétest** auprès des champions, gestionnaires et intervenants participants

Rôle dans le projet :

- Gestionnaire ☐ Champion ☐ Intervenant ☐

Informations sociodémographiques :

- Âge :
- Genre : H ☐ F ☐ NA ☐
- Emploi actuel au sein du CIUSSS (titre d'emploi) :
- Durée de l'emploi actuel :
- Durée d'emploi auprès de personnes ayant une DI ou un TSA :
- Formation :
 - Avez-vous reçu de la formation durant vos études ou en formation continue sur :
 - La DI : Non ☐ Combien d'heures?
 - Le TSA : Non ☐ Combien d'heures?
 - Les troubles de santé mentale chez les personnes ayant une DI ou un TSA
 - Oui Non ☐ Combien d'heures?
 - La prévention du suicide en général
 - Oui Non ☐ Combien d'heures?
 - Sur la prévention du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA
 - Oui Non ☐ Combien d'heures?
 - Appartenez-vous à un ordre professionnel?
 - Oui ☐ Non ☐ Lequel?

Expériences professionnelles en prévention du suicide :

- Quelles ont été vos expériences récentes (dans les deux dernières années) avec des personnes ayant une DI ou un TSA et présentant des comportements suicidaires?
 - Pouvez-vous me décrire les types de comportements suicidaires?
 - Pouvez-vous me décrire votre rôle dans l'estimation et l'intervention dans ces situations?
 - Pouvez-vous m'indiquer comment vous vous êtes senti lors de ces situations?
 - Quels outils utilisez-vous actuellement en prévention du suicide en DITSA?
 -

- Comment décririez-vous votre niveau de confort à travailler avec un usager qui a eu ou qui a des comportements suicidaires?

Besoins et attentes :

- Quels sont vos besoins actuels et ceux de votre équipe en termes de prévention du suicide auprès des personnes ayant une DI ou un TSA (outils, soutien, formation, etc.)?
- Quelles sont vos attentes vis-à-vis de la stratégie de mobilisation des connaissances à laquelle vous allez participer, en termes de :
 - Outils :
 - Connaissances :
 - Formation :
 - Accompagnement :
 - Autonomisation :
 - Autre :
- Quelles sont vos attentes vis-à-vis de votre rôle et de votre implication dans la stratégie de mobilisation des connaissances?
- Quelles sont vos attentes vis-à-vis du rôle que vont jouer :
 - Les intervenants:
 - Les gestionnaires:
 - Les champions:

Dans le cadre de cette stratégie? (nommer les deux rôles que la personne ne joue pas)

- Selon vous et votre expérience dans votre milieu de travail et avec les clientèles ayant une DI ou un TSA,
 - Quels sont les éléments qui peuvent nuire à
 - L'efficacité de la stratégie de mobilisation?
 - L'utilisation du Processus AUDIS?
 - Quels sont les éléments qui peuvent favoriser
 - L'efficacité de la stratégie de mobilisation?
 - L'utilisation du Processus AUDIS?

Annexe D - Grille d'entrevue post-test

Projet : Évaluation d'une stratégie innovante de mobilisation des connaissances en prévention du suicide chez les personnes ayant une DI ou un TSA

Entrevue post-test auprès des mentors, gestionnaires et intervenants participants

Rôle dans le projet :

- Gestionnaire ☐ Mentor ☐ Intervenant ☐

Expériences professionnelles en prévention du suicide :

- Quelles ont été vos expériences, dans les six derniers mois, avec des personnes ayant une DI ou un TSA et présentant des comportements suicidaires?
 - o Pouvez-vous me décrire les types de comportements suicidaires?
 - o Pouvez-vous me décrire votre rôle dans l'estimation et l'intervention dans ces situations?
 - o Pouvez-vous m'indiquer comment vous vous êtes senti lors de ces situations?
 - o Quels outils ont été utilisés en prévention du suicide en DITSA?
- Comment décririez-vous votre niveau de confort à travailler avec un usager qui a eu ou qui a des comportements suicidaires?

Depuis six mois, il y a une stratégie de mobilisation des connaissances qui a été déployée, quel est votre niveau de familiarité :

- Quels ont été vos besoins et ceux de votre équipe en termes de prévention du suicide auprès des personnes ayant une DI ou un TSA (outils, soutien, formation, etc.) ?
- Quelles ont été vos activités dans le cadre de la stratégie de mobilisation des connaissances à laquelle vous avez participé, en termes de :
 - o Outils
 - o Connaissances
 - o Formation
 - o Accompagnement
 - o Autonomisation
 - o Autre :
- Quels ont été vos constats vis-à-vis le rôle du :
 - o Gestionnaire, dans la stratégie de mobilisation des connaissances :
 - o Intervenants, dans la stratégie de mobilisation des connaissances :
- À quel point connaissez-vous le Processus AUDIS?
- Avez-vous organisé, dans les six derniers mois, des activités de sensibilisation ?
- Avez-vous organisé, dans les six derniers mois, des activités de formations?
- Avez-vous accompagné un ou des membres de votre équipe dans l'utilisation du Processus AUDIS?

- Quel impact, sur votre façon de travailler, a eu la stratégie de mobilisation des connaissances ?
- Selon vous et votre expérience dans votre milieu de travail et avec les clientèles ayant une DI ou un TSA :
 - Quels sont les éléments qui peuvent nuire à
 - L'efficacité de la stratégie de mobilisation ?
 - L'utilisation du Processus AUDIS?
 - Quels sont les éléments qui peuvent favoriser :
 - L'efficacité de la stratégie de mobilisation ?

Annexe E - Exemple d'une stratégie de mobilisation

Le tableau ci-dessous présente un exemple concret de stratégie de mobilisation, telle qu'une équipe peut la construire.

Objectif général visé dans le cadre de l'appropriation des connaissances en prévention du suicide chez les usagers	Activité menée en lien avec cet objectif	Contexte dans lequel se déroule l'activité (moment, lieu, processus clinique, processus de formation...)	Participants (qui, et pourquoi)	Outils utilisés (matériel nécessaire à la tenue de l'activité)	Justification de l'objectif et de l'activité par rapport aux besoins de l'équipe (quels effets attendus et pourquoi)
Sensibiliser à la réalité des comportements suicidaires chez les usagers	Présentation de 10mn et distribution des dépliants d'information	Conférence midi Déterminer la date	Tous les cliniciens présents + partenaires du réseau	PPT de l'ampleur des caractéristiques des comportements suicidaires chez les personnes ayant une DI ou un TSA Dépliant	Les membres de l'équipe ne considèrent pas que les usagers sont à risque de comportements suicidaires
Sensibiliser à l'existence des outils de prévention spécialisés	Présentation de 10mn	Durant une réunion clinique habituelle Déterminer la date	Tous les cliniciens présents	Site web ditsasuicide.ca	Introduire les membres de l'équipe aux outils en général pour qu'ils aient une vision d'ensemble
Travailler les croyances	Activité 4.1. du Processus AUDIS-Intervention	Durant une réunion clinique habituelle Déterminer la date	Tous les cliniciens présents	PPT sur les croyances Cahier d'intervention	On a observé des croyances potentiellement dommageables pour la prévention du suicide chez des membres de l'équipe
Présenter les outils d'autoformation	Présentation de 10mn	Durant une réunion clinique habituelle Déterminer la date	Tous les cliniciens présents	Site web de la communauté de pratique	Introduire les membres de l'équipe aux outils après leur avoir parlé de la stratégie dans son ensemble