

CE. NOTREDAME^{1, 2, 3}, A. PORTE^{1, 3}, N. PAUWELS², T. DANIEL^{1, 2, 3}, M. WALTER⁴, G. VAIVA^{1, 2, 3}

1. Hôpital Fontan, CHRU de Lille // 2. Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale des Hauts-de-France // 3. SCALab UMR CNRS 9193 // 4. CHU Brest

Introduction

En 2008, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) publiait des recommandations à usage des journalistes pour un traitement médiatique plus responsable du suicide [1] afin :

- de limiter l'effet Werther (EW), ou effet d'incitation au suicide par les media
- de promouvoir l'effet Papageno (EP), ou effet de prévention du suicide par les media

L'application de ces recommandations lorsqu'elle sont diffusées sans mesure associée [2] incite à l'innovation en matière de collaboration entre acteurs de la prévention et professionnels du champ médiatique.

Le programme Papageno est un programme national de prévention du suicide axé sur la collaboration avec les media. Son action pivot consiste en l'organisation de rencontres-formation entre des internes en psychiatrie et les étudiants en journalisme des écoles agrées de France. L'objectif de ce dispositif pédagogique original est de sensibiliser les futurs journalistes à la problématique suicidaire (augmentation des connaissances, dissipation des mythes, modification des préjugés erronés) et à l'incidence de leur travail sur cette problématique, afin, à terme, des les inciter à recourir aux recommandations de l'OMS.

Objectif

Mesurer l'efficacité pédagogique des rencontres-formation Papageno en termes :

- 1) de progression des connaissances
- 2) de modification des préjugés erronés chez les étudiants en journalisme à l'égard du suicide

Méthodologie

- Population : étudiants en première année de formation au métier de journaliste
- Modalités d'évaluation : auto-questionnaires papier-crayon (cf. Tableau 1)
- Protocole expérimental
 - T0 : administration avant la tenue de la rencontre-formation
 - T1 : administration entre 1 et 3 mois (moyenne = 66j) après la rencontre-formation

Tableau 1. Caractéristiques des auto-questionnaires employés. SOSS : Stigma of Suicide Scale ; QECS : Questionnaire d'Évaluation des Connaissances sur le Suicide ; QECS-E : QECS-Épidémiologie ; QECS-M : QECS-Mythes ; QECS-WP : QECS-Werther/Papageno ; EVA : Echelle Visuelle Analogique ; ONS : Observatoire National du Suicide ; QRU : Question à Réponse Unique.

Sous-échelles	Échelle de mesure des connaissances sur le suicide			Échelle de mesure des préjugés sur le suicide
	QECS-E	QECS-M	QECS-WP	
Dimensions évaluées	Connaissances relatives à l'épidémiologie des conduites suicidaires	Adhésion aux idées reçues et mythes relatifs au suicide	Connaissances relatives aux effets Werther et Papageno	Adoption de 3 types de préjugés relatifs au suicide
Nombre d'items	6	25	4	48
Modalités de réponse	QRU à 5 propositions	EVA de 0 à 100	EVA de 0 à 100	Echelle de Likert à 5 modalités
Étalon de référence	Données actualisées de l'ONS	Réponse d'un panel d'experts	Données de la littérature	-
Modalités de cotation pour chaque item	0 si la réponse est fautive 1 si la réponse est correcte	Confrontation de la réponse du participant à la distribution de la réponse des experts. L'attribution des points dépend de la distance à la réponse moyenne des experts	Propositions correctes : Réponse/100 Propositions fautes : (100-Réponse)/100	Attribution d'un score de 1 à 5 en fonction de la réponse à l'échelle de Likert (1 correspond à « pas du tout d'accord, 5 correspond à « tout à fait d'accord »)
Score par sous-échelle [Score min-Score max]	Somme à travers les items [0-6]	Somme à travers les items [0-25]	Somme à travers les items [0-4]	Moyenne à travers les items [1-5] pour chaque dimension
Score global [Score min-Score max]	-	QECS-E + QECS-M + QECS-WP [0-35]	-	-

Résultats

Tableau 2. Description de la population et comparaison de l'échantillon final avec la population des étudiants perdus de vue.

	Echantillon final (n = 150)	Perdus de vue (n = 64)	Test	p
Âge moyen (±DS)	22.7 (±1.8)	23.5 (±3.9)	t = 1.451	0.151
Sexe n (%)			Chi-2 < 0.001	0.988
	Homme 55 (37)	23 (36)		
	Femme 93 (63)	41 (64)		
Ecoles n (%)			Chi-2 = 35.571	< 0.001
	ESI Lille 56 (37.6)	13 (20.3)		
	EJCA Marseille 8 (5.4)	10 (15.6)		
	IPJ Paris 29 (19.5)	12 (18.8)		
	EJ Toulouse 29 (19.5)	7 (10.9)		
	UBA Bordeaux 13 (8.7)	22 (34.4)		
	Univ. Dijon* 14 (9.4)	0 (0)		

* École non agréée mais ayant spontanément sollicité l'intervention du programme Papageno



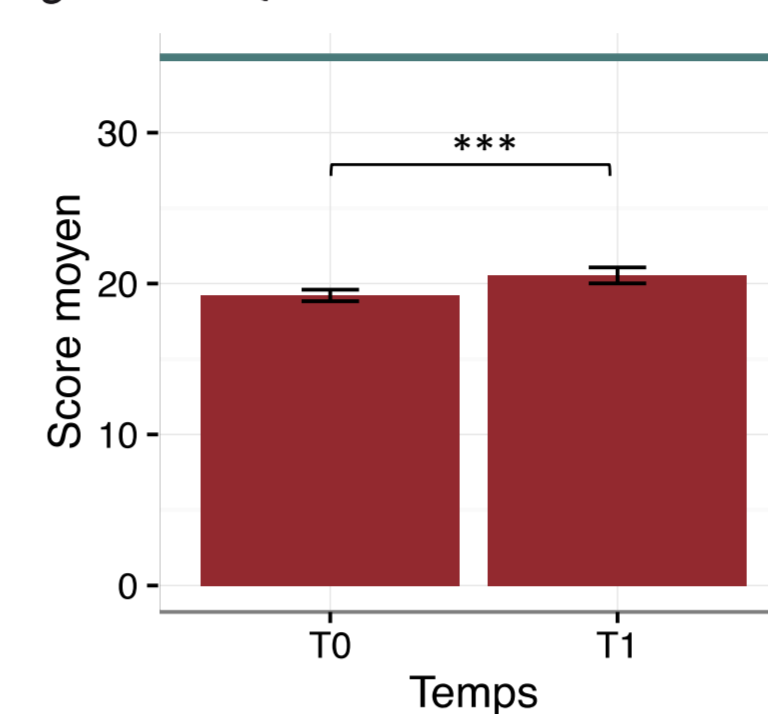
Rencontre-formation au sein de l'Institut du Journalisme Bordeaux Aquitaine, 01/2016.

Bibliographie

- [1] World Health Organization. Preventing Suicide. A Resource for Media Professionals. WHO Press. Geneva, Switzerland: 2008.
- [2] Tatum PT, Canetto SS, Slater MD. Suicide Coverage in U.S. Newspapers Following the Publication of the Media Guidelines. Suicide Life Threat Behav 2010;40:524-34.
- [3] Notredame CE, Porte A, Pauwels N, Daniel T, Walter M, Vaiva G. Le Questionnaire d'Évaluation des Connaissances sur le Suicide (QECS). Poster présenté au Congrès Français de Psychiatrie, novembre 2015. Lille
- [4] Batterham PJ, Calear AL, Christensen H. The Stigma of suicide scale. Psychometric properties and correlates of the stigma of suicide. Crisis 2013;34(1):13-21.

Score QECS

Figure 1. Évolution du score moyen global au QECS.



Score SOSS

Figure 2. Évolution des scores moyens aux sous-échelles de la SOSS. A. Sous-échelle Stigmatisation ; B. Sous-échelle Glorification/Normalisation ; C. Sous-échelle Isolement/Dépression.

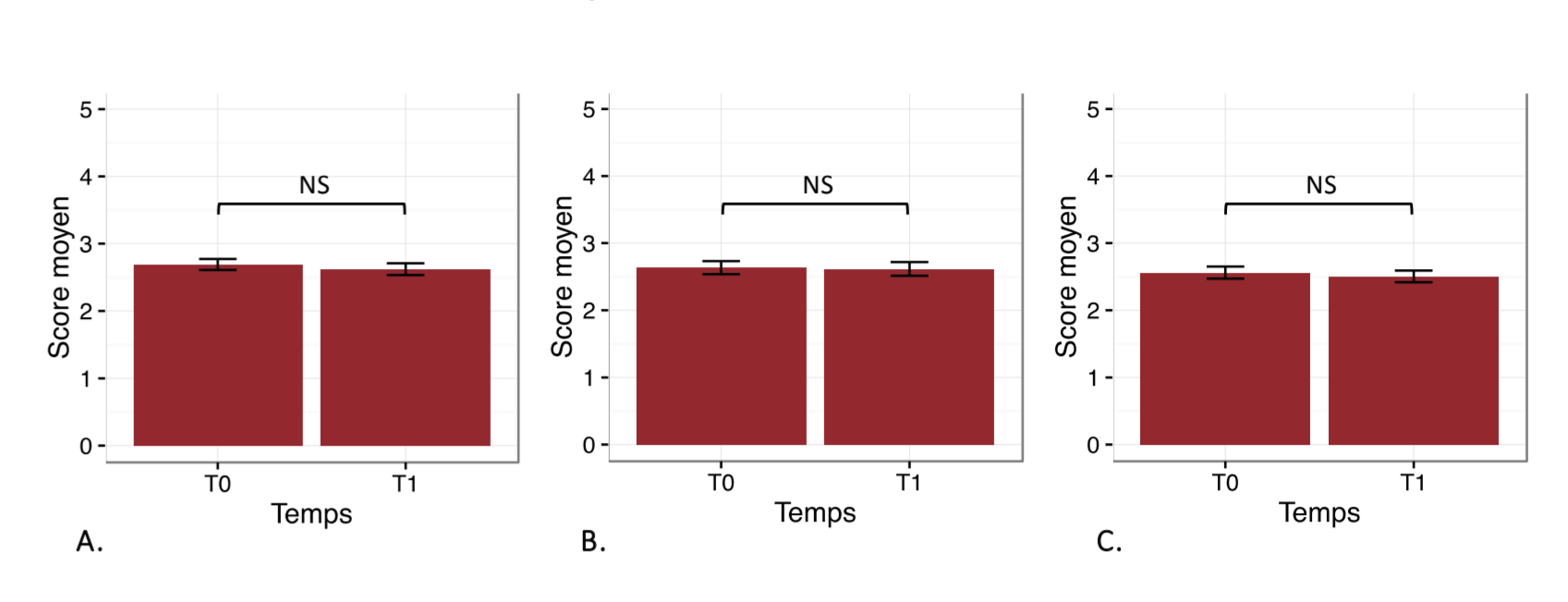


Figure 3. Évolution du score moyen au QECS-E.

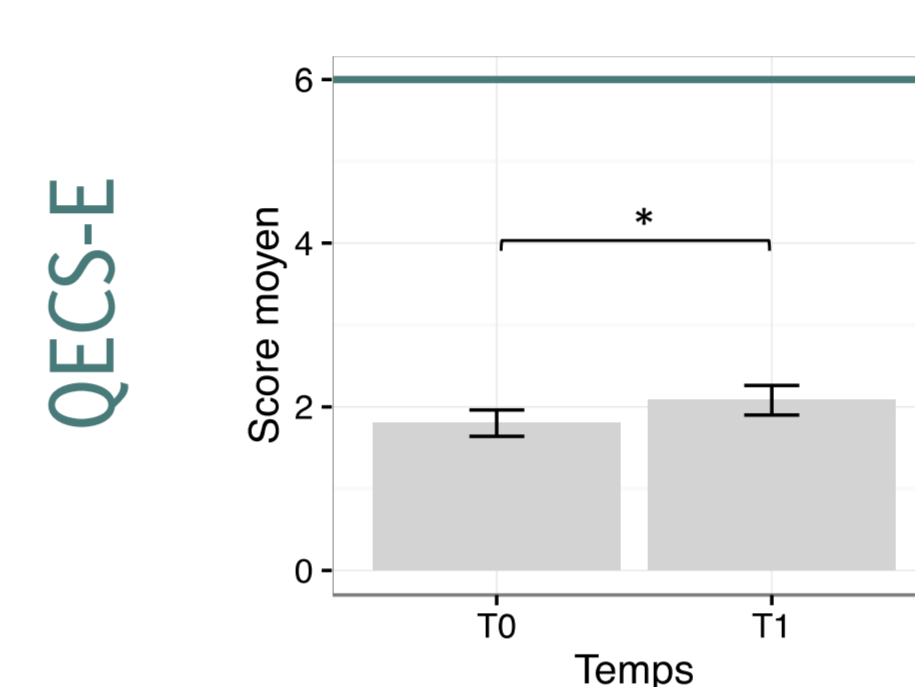


Figure 4. Évolution du score moyen au QECS-WP.

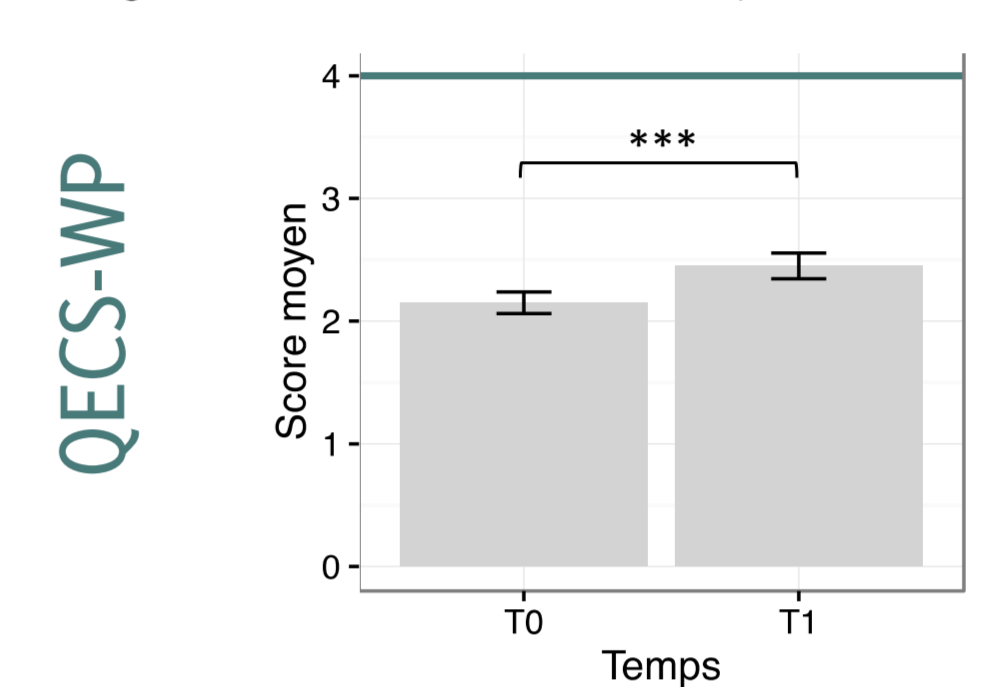
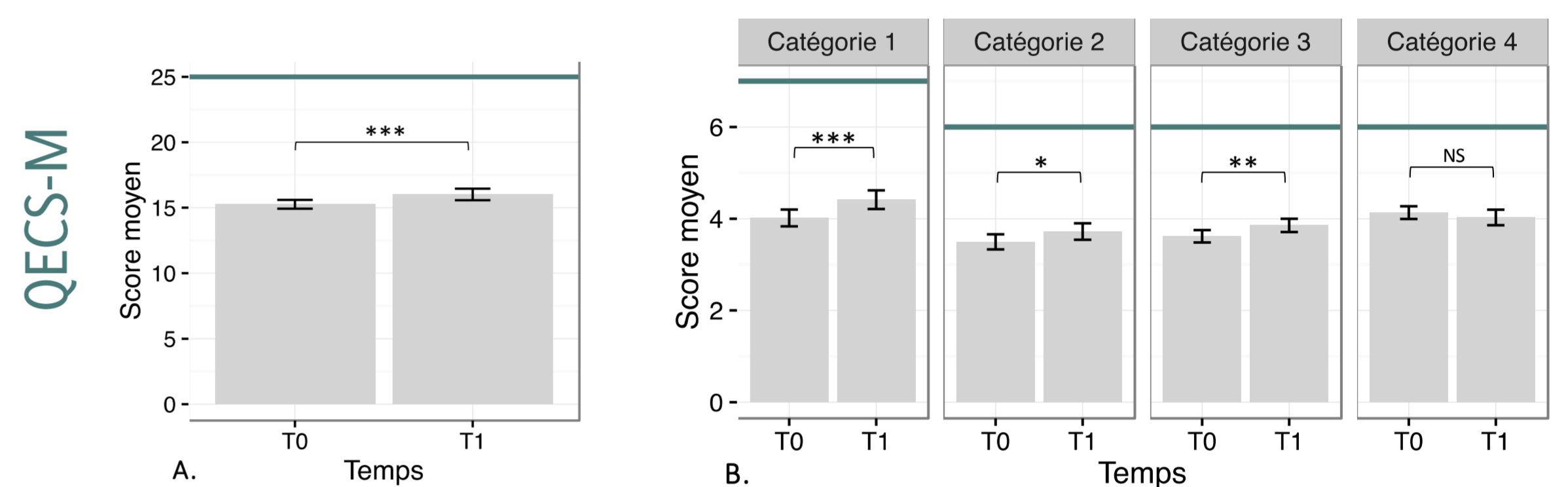


Figure 5. Évolution des scores moyens au QECS-M. A. Scores moyens globaux. B. Scores moyens aux catégories mythiques. Catégorie 1. « Avoir des idées suicidaires ou faire une tentative de suicide, c'est anodin », catégorie 2. « Il existe une cause unique et directement identifiable au suicide », catégorie 3. « On ne peut pas prévoir le suicide », catégorie 4. « On ne peut rien faire pour éviter le suicide ».



*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001. NS : non significatif
Score maximal théorique —

Figure 6. Corrélation des scores au QECS et aux sous-échelles de la SOSS. A. Sous-échelle Stigmatisation ; B. Sous-échelle Glorification/Normalisation ; C. Sous-échelle Isolement/Dépression.

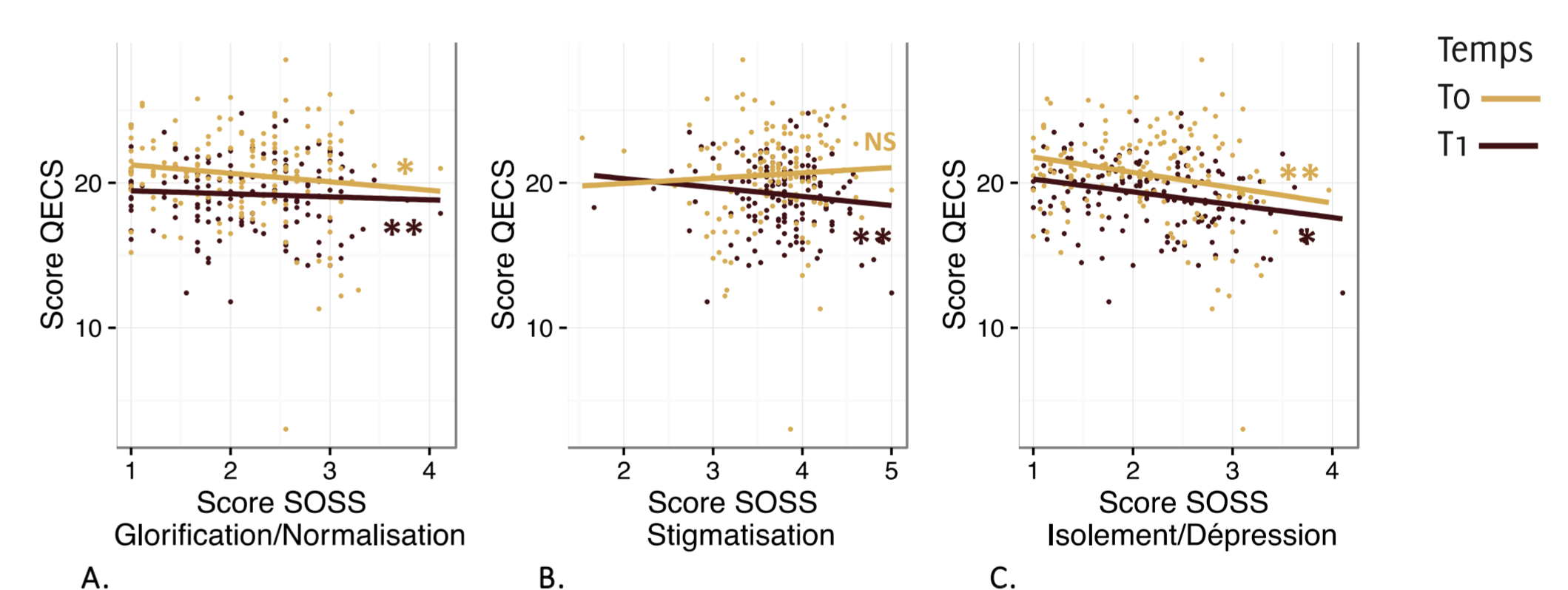
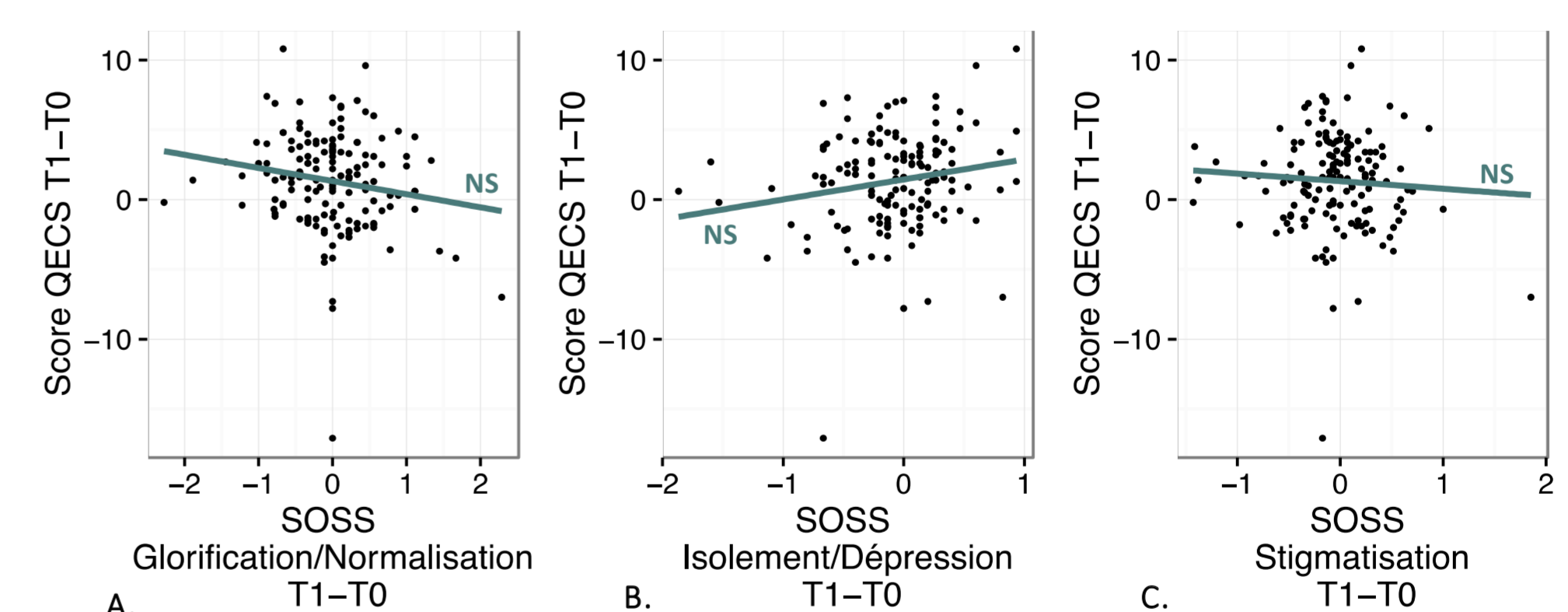


Figure 7. Corrélation des évolutions des scores au QECS et aux sous-échelles de la SOSS entre T0 et T1. A. Sous-échelle Stigmatisation ; B. Sous-échelle Glorification/Normalisation ; C. Sous-échelle Isolement/Dépression.



Discussion

- Efficacité du programme en terme de progression des connaissances globales des étudiants
 - Prise de conscience quant à la gravité de la problématique suicidaire et aux conséquences de leurs productions sur celle-ci,
 - Absence de progression des connaissances relatives aux possibilités de prévention du suicide et à l'EP.
- Absence d'effet observé sur les préjugés erronés
 - Possible insuffisance de l'intervention à ébranler des croyances préalablement ancrées,
 - Mais le découplage des évolutions des scores au QECS et à la SOSS malgré une corrélation des valeurs statiques suggère une insuffisance méthodologique de la SOSS.

Pour progresser :

- Adjonction d'un module pédagogique supplémentaire à la formule actuelle afin d'agir sur les croyances ancrées,
- Réaxer la formule actuelle autour des modèles de prévention et de l'EP,
- Affiner l'étude de l'efficacité du programme sur les préjugés relatifs au suicide en se dotant de nouveaux outils méthodologiques.