



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Acculturation des étudiants journalistes à la prévention du
suicide**

Présentée et soutenue publiquement le 18/10/2019 à 18h00
au Pôle Formation

Par Théodore SLAVIN

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Directrice de Thèse :

Madame le Docteur Amélie PORTE

AVERTISSEMENTS

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Table des matières

Abréviations utilisées	4
I. Introduction	5
A. Vocabulaire spécifique	6
B. Epidémiologie	7
1. Le suicide dans le Monde	7
2. Epidémiologie en France	11
C. Evolutions des représentations autour du suicide dans la société	12
1. De l'Antiquité à l'époque Moderne	12
2. Du XIX à nos jours	14
II. Médiatisation du suicide et conséquences	16
A. L'effet de contagion	17
1. Histoire de l'effet Werther	17
2. Caractéristiques de l'effet Werther	18
3. Hypothèse psychopathologique	22
B. L'effet protecteur : l'effet Papageno	23
III. Le suicide sous l'angle sanitaire et les actions de préventions	24
1. Modèle traditionnel	24
2. Modèle actuel	26
B. Les actions de prévention du suicide	28
C. Les interventions de prévention de la contagion suicidaire	29
1. Les guidelines	29
2. Les Limites des guidelines	30
3. Le Programme Papageno	32
IV. Matériel et méthodes	34
A. Population	34
B. Intervention	35
C. Matériel	36
D. Critères d'évaluation	36
E. Analyses statistiques	39
V. Résultats	40
A. Composition de l'échantillon :	40
B. Résultats au QECS	43
C. Résultats au SOSS	44
VI. Discussion	45
A. Reprise des principaux résultats	45
B. Les avantages de l'étude	47
C. Les limites de l'étude	49
D. Poursuivre l'acculturation	52
Bibliographie	55
Annexes	73

Abréviations utilisées

ALI2P : Association Lilloise de l'Internat et du Post Internat

DGS : Direction Générale des Soins

EP : Effet Papageno

ET : Ecart-Type

EW : Effet Werther

F2RSM : Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale

GEPS : Groupe d'Etude et de Prévention du Suicide

IASP : International Association for Suicide Prevention

LGBTQI+ : Lesbienne-Gay-Bisexuel-Trans-Queer-Intersexe et autres

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

QECS : Questionnaire d'Evaluation des Connaissances sur le Suicide

SOSS : Stigma Of Suicide Scale (échelle de stigmatisation du suicide)

SUPRE : Programme de Prévention du Suicide

I. Introduction

Sujet de société de tous temps, le suicide est avant tout un problème sanitaire. Il est régulièrement à l'origine de nombreux écrits scientifiques d'une part mais également journalistiques ou culturels. Entre fascination et horreur, la médiatisation de faits suicidaires est à risque d'imitation et en particulier de contagion localisée ou diffuse. Cependant l'impact médiatique d'un fait suicidaire n'est pas univoque et peut devenir un facteur protecteur lorsqu'il suit certaines recommandations. La prévention du suicide dans ce domaine lie alors les acteurs en santé mentale aux acteurs médiatiques (productions, diffuseurs, journalistes, etc.) vers un même but : limiter la contagion suicidaire et permettre une médiatisation des faits suicidaires de manière responsable.

Dans cette thèse sera abordé, dans une première partie, le contexte dans lequel le programme Papageno s'est développé : en premier lieu, les éléments de vocabulaire et épidémiologiques autour du suicide, l'évolution des représentations autour du suicide -- qui peuvent être présentes chez les journalistes -- jusqu'au développement d'une vision sanitaire, la découverte et les caractéristiques de l'impact des médias sur le suicide et les programmes de prévention précédant le programme Papageno.

Dans une deuxième partie sera développée l'étude d'efficacité des rencontres-formations du programme auprès des étudiants journalistes.

A. Vocabulaire spécifique

Avant toute chose, il est important de passer en revue certaines définitions afin d'avoir la même base sémiologique. Ces mots constituent le glossaire des soignants et des suicidologues à travers le monde. Certains termes de la liste sont intégrés aux recommandations de l'OMS destinées aux professionnels des médias.

Suicide : de sui « soi » et caedere « tuer » : acte délibéré de mettre fin à sa propre vie. Parfois appelé « **autolyse** » (destruction de soi). On parle de « **suicide abouti** » et non de « **suicide réussi** » (1).

Tentative de suicide ou **parasuicide** : acte destiné à mettre fin à sa propre vie mais auquel le sujet survit. La tentative peut être **avérée, interrompue ou avortée**. On ne parle pas de suicide « **raté** » (2).

Suicidé : sujet décédé par suicide (3).

Suicidant : sujet faisant ou ayant fait une tentative de suicide (4).

Suicidaire : sujet envahi par des idées suicidaires, qui peut multiplier des comportements et des situations de risque où la vie et la santé peuvent être mis en jeu (5).

Idée suicidaire : idée de se donner la mort, ce concept s'étend de l'idée floue, abstraite, à l'idée scénarisée du geste suicidaire avec sa planification et sa programmation (2).

Fait suicidaire : occurrence du suicide, il s'apparente au récit factuel qui peut être la base d'une production médiatique.

Crise suicidaire : crise psychique dans un contexte de vulnérabilité avec émergence et expression d'idées suicidaires dont le risque majeur est la tentative de suicide. Etat temporaire et réversible.

B. Epidémiologie

1. Le suicide dans le Monde

Le suicide est un problème de santé publique au niveau mondial. On recense 1 suicide toutes les 40 secondes dans le monde (6).

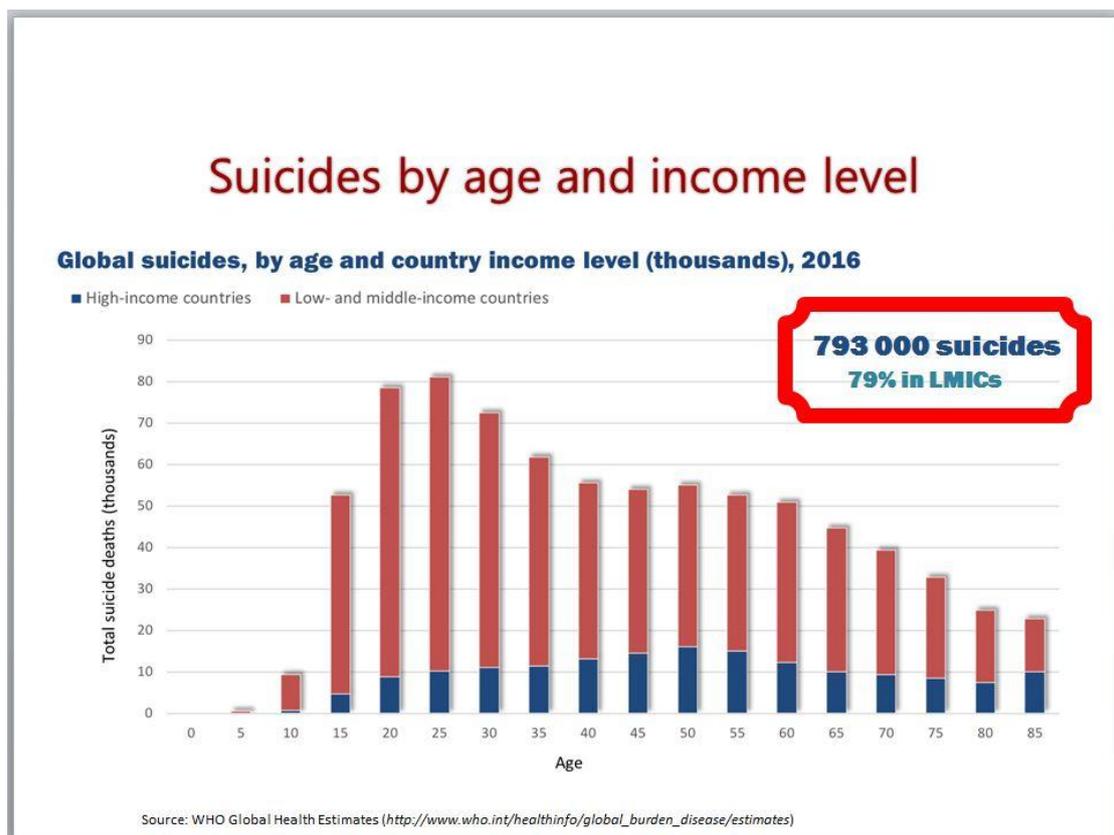
On estime à 20 fois plus le nombre de tentatives de suicide dans le monde (7).

Depuis 2001, le nombre de décès par suicide a dépassé le total combiné des décès par homicide (500 000) et consécutifs à des faits de guerre (230 000) avec 800 000 décès par an (6).

En Europe, le nombre de décès par suicide dépasse le nombre annuel des morts dues aux accidents de la circulation (6). En France, on dénombre en 2014 près de 8 881 décès par suicide contre 3 056 décès par accident de la voie publique, tous âges confondus (7,8).

Le suicide est une problématique non restreinte aux pays riches et est au contraire majeure, avec 79% des suicides, dans les pays à faible et moyen niveaux de développement (6,9) (Figure 1).

Figure 1 – Suicides en fonction de l'âge et des revenus du pays, 2016



L'évaluation des données sur la mortalité par suicide dépend cependant de la qualité de ces données. Sur les 183 pays membres de l'OMS, 80 présentent un recueil de bonne qualité avec un registre directement utilisable. Les données des 102 autres pays (soit 64% des suicides estimés) correspondent à des estimations. Ce problème se heurte par ailleurs au caractère illégal du suicide dans certains pays (Chypre, Guyana, Maroc, péninsule arabique, Corée du Nord, etc.) amenant à une sous-déclaration des suicides (6,7). À ce jour, le suicide est illégal dans près de 25

pays et les tentatives de suicides sont pénalement répréhensible dans 20 pays supplémentaires (10).

Les moyens suicidaires utilisés les plus fréquemment sont, dans l'ordre : la pendaison et les armes à feu (en particulier chez les hommes) et l'intoxication médicamenteuse volontaire (en particulier chez les femmes) (2).

Le sex-ratio au niveau mondial est de 2 hommes pour 1 femme, en Europe de 4 hommes pour 1 femme (Figure 3).

Dans les pays du Nord (au sens socio-économique), on observe un pic de suicidalité autour de 45-55 ans et de 85 ans tandis que dans les pays du Sud ce pic se situe chez les 15-35 ans, suivi d'un plateau (Figure 1).

Enfin, il s'agit de la deuxième cause de décès chez les 10-29 ans derrière les accidents de la circulation avec près de 222 100 décès dans le monde en 2016 (7) (Figure 2).

Figure 2 – Suicide dans les populations jeunes, 2016

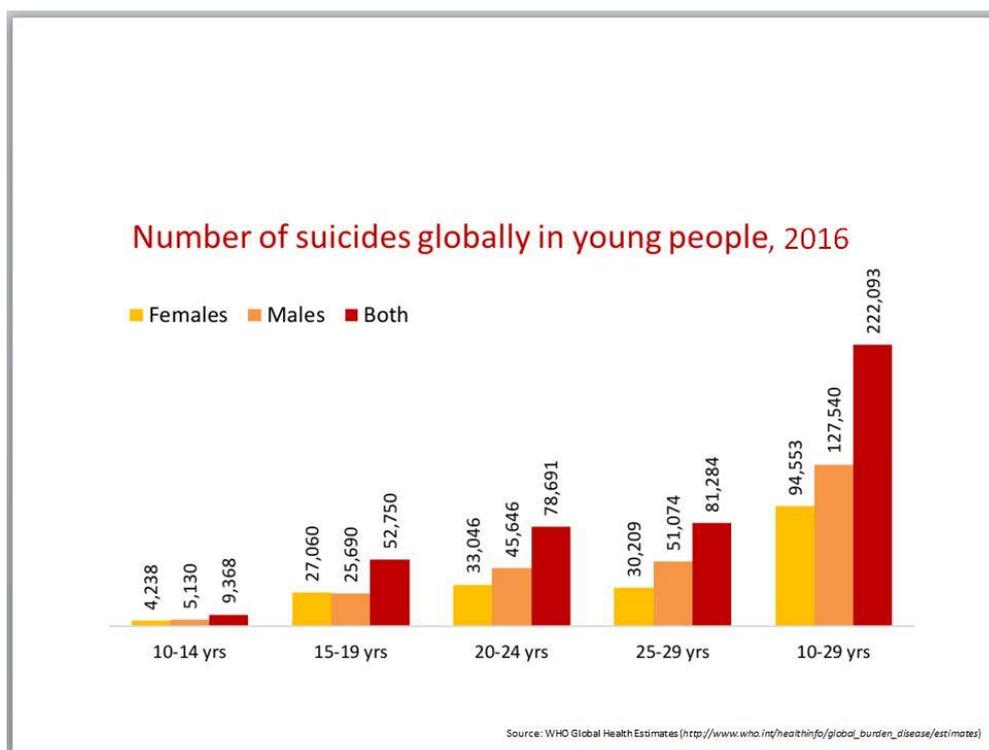
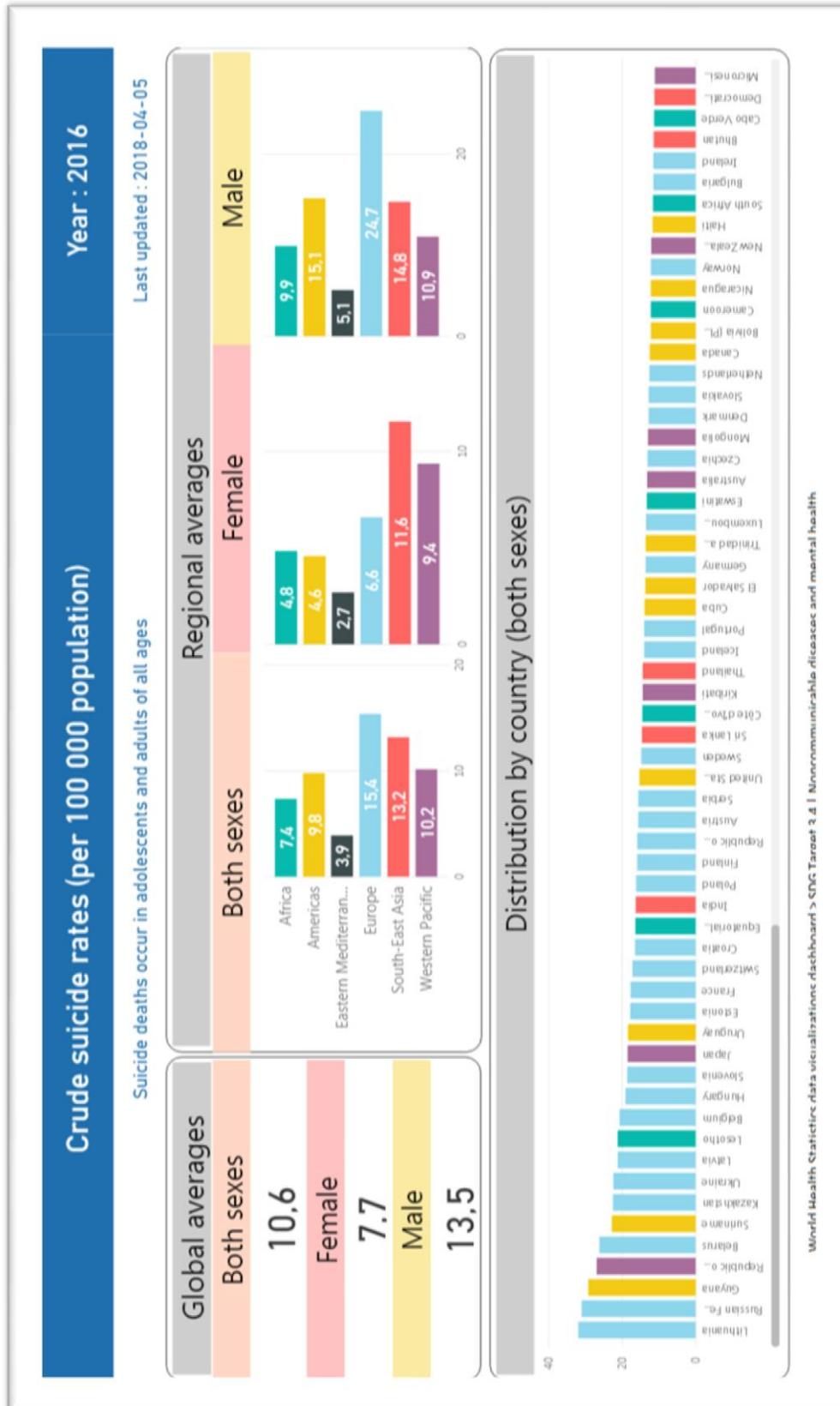


Figure 3 – Suicide en fonction du genre et du pays, 2016



2. Epidémiologie en France

En France métropolitaine, en 2014, 8 885 décès par suicide ont été enregistrés, soit près de 24 décès par jour. Malgré une baisse de 26 % du taux de suicide entre 2003 et 2014, la France présente, au sein des pays européens, un des taux de suicide les plus élevés (10/32) derrière les pays de l'Est, les pays Baltes, la Hongrie et la Belgique (11).

La mortalité par suicide mesurée en 2016 est de 12.1/100 000 habitants, avec une surreprésentation des hommes (17.9/100 000 habitants) par rapport aux femmes (6.8/100 000 habitants) soit 3 hommes pour 1 femme (11).

Le suicide concerne toutes les catégories d'âge. On note cependant un taux de suicide nettement plus élevé entre 45 et 54 ans et chez les personnes âgées, après 74 ans. Ce sur-risque se retrouve plus particulièrement chez les hommes avec des taux respectifs de 33.4 et 59.4/100 000 habitants contre 7.4/100 000 habitants chez les 15-24 ans (11).

Selon une étude de la SOFRES en 2000, 13% des plus de 18 ans interrogés sur un échantillon représentatif de 1000 personnes rapportaient avoir déjà présenté des idées suicidaires (12). La chronicité de ces idées est en soi un facteur de passage à l'acte.

Le suicide est un problème majeur, indépendamment de l'âge, du sexe, de la géographie mais aussi des époques. Ainsi de l'Antiquité à nos jours, des mythes se sont forgés pour aider à appréhender ce phénomène.

C. Evolutions des représentations autour du suicide dans la société

1. De l'Antiquité à l'époque Moderne

Le problème du suicide n'est pas un problème d'apparition récente. Au fil de l'histoire de l'humanité ce thème représenté dans des faits historiques, des récits de mythes, de légendes et de religion, est l'objet de réflexions philosophiques, théologiques et scientifiques qui orientent son appréhension sous le mode juridique, moral et enfin sanitaire.

Pour pouvoir acculturer autrui à la vision sanitaire du suicide, il faut avoir ces éléments de compréhension sur les représentations autour du suicide.

Dans la Grèce antique, le suicide est pensé sous deux angles :

- Le premier, comme solution à un problème politique, de dignité, d'honneur ou de souffrance. C'est la position soutenue notamment par les philosophes stoïciens, (Sénèque) mais aussi les épicuriens (13,14).
- Le deuxième, comme affront aux dieux. Cette position est défendue notamment par Aristote pour qui « le suicide est un acte de lâcheté face aux difficultés de la vie, une désertion » (13,14).

En Rome antique, ce débat se poursuit. S'ajoutant aux motifs cités plus haut, le suicide constitue aussi une échappatoire aux confiscations des biens des citoyens condamnés à la peine capitale. Les écrits parvenus jusqu'à nous de cette époque ne sont bien entendu pas exhaustifs. Ces écrits, quand ils ne sont pas de nature

philosophique mais de nature mythologique, dramaturgique ou historique mettent l'accent soit sur des suicides sacrificiels valorisés, soit sur des suicides de désespoir, par vengeance ou déception amoureuse.

Une diminution de la tolérance face au suicide s'opère cependant au cours du III^e siècle, sans que les causes ne soient bien connues (13,14).

Le IV^e siècle voit la condamnation du suicide par Saint Augustin et le dégagement de l'Église naissante d'une position ambiguë vers une interdiction formelle, position qui devient alors commune avec les lois juives du Halachah et par la suite avec l'Islam.

Cette interdiction canonique se confond alors avec l'interdiction par la loi.

Par la suite les productions philosophiques et religieuses autour du suicide se font plus rares (13).

Le XVIII^e siècle voit coexister des positions contrastées. Au niveau philosophique on peut citer :

- David Hume, fondateur de l'empirisme moderne, qui dans son essai sur le suicide prend position contre l'interdiction religieuse du suicide et, dans une vision pouvant correspondre à de l'utilitarisme, pour la possibilité de choisir de mourir quand l'expérience de la vie est trop intense en terme de souffrance (15);

- Emmanuel Kant, fondateur du criticisme et de l'idéalisme, pour qui le suicide détruit la dignité ; « un tel arrangement ne serait un ordre de choses durable » (16);

- Paul Thiry d'Holbach, philosophe matérialiste franco-allemand, est parmi les premiers à associer le suicide à la santé mentale (17).

La représentation du suicide évolue notamment avec son traitement par la mouvance romantique de la fin du XVIIIe au milieu du XIXe siècle. À ce titre on peut citer *Les Souffrances du Jeune Werther* qui constitue une œuvre majeure du *Sturm und Drang*, (18) prototype du courant romantique. Le pathos, le drame, le tragique nourrissent les publications de ce courant.

En 1791 le suicide, jusque-là passible d'outrage à la dépouille et de confiscation des biens, est décriminalisé en France dans la droite ligne de la pensée des Lumières qui intègre le suicide comme un mal social. Il devient à ce titre l'indicateur de santé d'une société et préoccupe de plus en plus l'opinion (19).

2. Du XIX à nos jours

En 1810 paraît le code civil Napoléonien. Le suicide devient à ce moment un motif d'admission en asile, inscrivant le lien entre suicide et santé mentale dans les textes de loi.

Jean-Etienne Esquirol (1772-1870), aliéniste français considéré comme le père de l'organisation de la psychiatrie française, étudie la réaction suicidaire chez les personnes souffrant de troubles mentaux. Il pense le suicide comme un processus psychopathologique et se pose déjà la question de la contagion suicidaire par les médias. Ainsi il écrit, dans son œuvre *Des Maladies Mentales Considérées sous les Rapports Médical, Hygiénique et Médico-légal* en 1838 :

« Si le suicide est sans cesse représenté dans les livres, sur les théâtres, non-seulement comme un acte indifférent, mais comme un acte de courage devant lequel

ne reculent pas les hommes les plus graves et souvent les plus éminents [*sic*] de la société, nul doute qu'alors les esprits seront plus disposés au suicide ; cette disposition se fortifiera par la puissance d'imitation, si des exemples sont rapportés chaque jour dans les journaux »(19,20).

En 1897, Emile Durkheim publie un texte fondateur de la sociologie : *Le Suicide*, où il aborde le suicide comme objet de psychopathologie sociale, le liant notamment à la désintégration sociale. L'œuvre de Durkheim permet par une approche statistique l'identification de premiers facteurs de risque et de protection : le statut marital (marié, célibataire, veuf), le travail (chômage), le genre (21).

Par la suite se développent plusieurs théories autour de la psychopathologie du suicide que ce soit par le prisme de la psychanalyse, de la phénoménologie, de la systémique ou du concept de crise. La définition du suicide se codifie, les hypothèses psychopathologiques s'étayent avec l'identification de facteurs de risques et de protection, en prenant en compte les données cliniques, épidémiologiques mais également sociales.

Aujourd'hui, en France, l'étude Santé Mentale en Population Générale réalisée en collaboration entre la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) et le CCOMS (Centre Collaborateur pour la recherche et la formation de l'OMS) relève que parmi les 36 000 personnes interrogées, entre 1999 et 2003, près de 90% associent la tentative de suicide à un trouble de santé mental, dont près de 80% au fait d'être « dépressif » (22).

L'histoire du suicide brièvement exposée ici éclaire en partie la multiplicité des représentations sociales. et notamment l'ancrage d'un certain nombre de mythes et de stéréotypes autour du suicide (22).

Le suicide, en tant que fait divers, apparaît régulièrement dans les médias, sur les réseaux sociaux, à la télévision. Il est élément nodal, du fait de caractéristiques particulières telles la célébrité du suicidé ou du moyen létal, ou prétexte, par exemple dans un contexte social ou économique. Son impact n'est cependant pas réduit à la dimension informative.

II. Médiatisation du suicide et conséquences

Les productions médiatiques autour du suicide impactent l'incidence des suicides.

Cette association satisfait les critères de force (plus l'ampleur des effets liés à l'association sont larges, plus un lien causal est probable, même si un faible effet n'implique pas une absence de lien de causalité), de temporalité (les causes doivent précéder les conséquences), de spécificité (une cause produit un effet particulier dans une population particulière en l'absence d'autres explications) et de cohérence (les mêmes observations sont réalisées dans différentes populations) requis pour conclure à un lien causal (23,24).

Ces productions médiatiques peuvent produire deux effets antagonistes :

- L'effet Werther, de contagion suicidaire ;
- L'effet Papageno, protecteur.

A. L'effet de contagion

1. Histoire de l'effet Werther

L'effet Werther est l'effet de contagion suicidaire de masse par les médias (à contenus réels ou fictifs).

Il tire son nom de l'œuvre de Goethe citée plus tôt, *Les souffrances du jeune Werther*. Ce livre met en scène les déceptions et le suicide de son protagoniste à une époque où le suicide reste tabou. Il impacte la société allemande et figure, par les conséquences sociales qu'on lui prête, comme un premier exemple occidental de contagion suicidaire de masse. En effet, dans les suites de la publication du roman apparaît, du fait de son succès, une imitation de son style vestimentaire, de ses manières et, pour certains, de son mode de suicide par arme à feu dans une vague de suicides, qui conduisit à la censure de l'œuvre.

Cet incident connaît un précédent au Japon au début du XVIIIe siècle, où la transition du théâtre Kabuki vers une forme plus dramatique – initialement interprété par les geishas sur des thèmes plus légers – aurait été suivie d'une vague suicidaire. Parmi les pièces kabuki les plus célèbres de cette période, on peut citer "Suicides d'amour à Sonezaki" (1703) and "Suicides d'amour à Amijima" (1721) par Chikamatsu Monzaemon. Les double-suicides (shinju) présentés sur scène sont imités, conduisant à une épidémie de suicide. Les histoires narrées dans ces pièces sont elles-mêmes tirées de faits divers rapportés dans les journaux. Les productions dramaturgiques et les faits suicidaires entrent donc dans une relation circulaire et symétrique qui se renforce. Ces faits conduisent le gouvernement japonais à

interdire les représentations de ces pièces et, fait unique dans l'histoire du Japon, à rendre illégal le suicide (pour une période qui sera limitée) (25).

L'effet Werther est nommé et décrit en 1974 par le sociologue américain David Philips qui note une augmentation significative du taux de suicide lors de chaque publication de fait suicidaire en Une du *New York Times* (26).

En 2010, Pirkis et Blood relèvent une association robuste entre une hausse des suicide et la médiatisation de faits suicidaires pour la presse écrite, la télévision, les livres et les médias numériques (23).

Ils estiment, par ailleurs que cette association satisfait suffisamment de critères de Hill pour être considérée comme causale (23) . Ces critères permettent de juger du degré global de plausibilité de ce lien de causalité en fonction de la nature de l'association (force, relation dose-effet, temporalité, spécificité, reproductibilité) et d'arguments contextuels (plausibilité biologique, cohérence biologique, présence de données expérimentales, analogies à d'autres relations causales) (27).

En 2012, ces résultats sont confortés par Sisask et Värnik, dans leur revue de littérature, qui relèvent que 52 des 56 articles analysés mettent en évidence un lien significatif entre le suicide et son traitement médiatique (28).

2. Caractéristiques de l'effet Werther

L'effet débute dans les trois jours suivant la publication du fait suicidaire, s'atténue dans les deux semaines suivant la publication et persiste rarement à 1 mois (23). Selon plusieurs études, une queue d'effet persisterait jusqu'à 2 ans (29).

Il existe un effet dose-dépendant de l'Effet Werther, la dose se rapportant à la quantité (nombre d'articles, taille des articles, redondance des articles) et à la qualité de la production médiatique (en Une, en relief, en haut de page, dramatisation et appel fort aux affects, mention de lettre d'adieu et du contenu, description du lieu, du moyen, vocabulaire valorisant ou culpabilisant, etc.) (30). L'effet dose-dépendant répond aussi à la capacité de diffusion du média comme soulevé par Etzersdorfer et al (31).

Plus le suicide est mis en relief ou rendu visible par le style, la composition, la structure ou le contenu, plus le risque d'imitation est grand (32,33).

En 2012, Niederkrotenthaler et al. estiment que le suicide d'une célébrité augmente le taux de mortalité par suicide dans le mois suivant la publication à hauteur de 0.26 points pour 100.000 habitants (34). Etant donné le taux de décès annuel de 10 pour 100 000 habitants, cette hausse représente un bond de 30% sur le mois impacté.

Par ailleurs, une revue de littérature de 2013 sur les facteurs de risques de contagion suicidaire relève un sur-risque des populations jeunes par rapport à la population générale, sans cependant émettre d'hypothèse quant à ce sur-risque (35).

Sinyor et al. (2018) mettent en évidence une forte association de l'effet Werther avec les facteurs suivants (36):

- Evocation du caractère inévitable du suicide dans l'article;
- Evocation d'un pacte suicidaire;

- Description du moyen, notamment par asphyxie, arme à feu ou précipitation dans l'article;
- Description du moyen dans le titre de l'article;
- Article traitant du suicide chez une personne âgée;
- Répétition des articles traitant du même fait suicidaire.

Quelques exemples de situations liées à l'effet Werther :

- Outre l'histoire du théâtre Kabuki, le suicide d'une jeune femme, Kiyoko Matsumoto, 19 ans, marque l'histoire japonaise. En février 1933, elle achète un billet aller sans retour pour l'île d'Oshima et se jette dans le cratère du volcan Mihara-Yama. L'histoire relayée fortement par les médias de l'époque rend le site célèbre. Il devient un hot-spot du suicide et voit la mort de 310 personnes par précipitation sur les seules années 1933 et 1934 jusqu'à ce que des mesures soient prises par le gouvernement japonais, notamment criminaliser l'achat de billet sans retour pour l'île (37);

- L'Association Québécoise de Prévention du Suicide (AQPS) a publié en 2005 une étude montrant un lien entre la couverture du suicide du journaliste et animateur de télévision Gaétan Girouard dans les médias (en 1999) et une hausse du nombre de suicides durant la même période (38);

- En 1962, le mois suivant le décès de Marilyn Monroe, on a assisté à une augmentation de la mortalité par suicide de 40% à Los Angeles (12% pour l'ensemble des Etats-Unis) et de 10% en Grande-Bretagne (soit 363 suicides supplémentaires, rien que pour ces 2 pays) (39–41).

- En 2009, le célèbre gardien de but de l'équipe nationale allemande, Robert Enke, se suicide en se précipitant sur les rails de chemin de fer. On

constate par la suite une augmentation de la mortalité suicidaire de plus de 80%, avec une surreprésentation des suicides impliquant des trains. L'imitation de cette méthode suicidaire persiste pendant près de 2 ans (42,43) ;

- Entre 1998 à 2010 à Taiwan le nombre d'intoxications par émanations de combustion de charbon de bois est multiplié par 50, jusqu'à représenter près de 30% des suicides cette même année en 2010 (44,45). Cette augmentation est parallèle à son degré de couverture médiatique. Chen et al estiment que chaque article de presse traitant d'un mort par combustion de charbon de bois est associé, le jour suivant, à une augmentation de 16% du nombre de suicides employant cette méthode (44,45). Il est par ailleurs probable que le processus ait été accéléré par la médiatisation du cas particulier du suicide d'Ivy Ly, chanteuse célèbre (45) ;

- Le 11 août 2014, Robin Williams se suicide. En tenant compte des variations saisonnières, un « surplus » de 1 841 suicides a été enregistré d'août à décembre 2014, représentant une augmentation de près de 10%. Elle est en particulier plus forte chez les hommes de 30 à 44 ans. Selon les auteurs, bien qu'on ne puisse déterminer avec certitude que l'augmentation des suicides soit imputable à la médiatisation de la mort de Robin Williams, celle-ci aurait pu être un facteur précipitant chez les personnes vulnérabilisées. En effet, si les suicides réels par empoisonnement, par arme à feu, ou à la suite d'une chute sont plus élevés de 3 % que les suicides prévus, ceux par asphyxie (méthode employée par Robin Williams) sont majorés de 32 % par rapport aux prévisions (46,47).

3. Hypothèse psychopathologique

Le mécanisme à l'origine de la contagion suicidaire de masse reste mal compris à ce jour. Cet effet de contagion suicidaire pourrait être lié à un mécanisme d'apprentissage social, où une personne qui s'identifie avec celles décrites dans les médias serait plus encline à copier leur comportement suicidaire (38).

Une hypothèse dans le cas de l'effet Werther associé aux publications de suicides de célébrités serait que la personne vulnérable exposée à une couverture médiatique sensationnaliste s'identifierait à la célébrité et aux problèmes auxquels elle a dû faire face, en particulier quand la notion de prestige est associée à cette célébrité par les médias et la personne vulnérable (48).

Ces deux mécanismes sont nommés par Mesoudi le "biais de similarité" et le "biais de prestige" (49).

Ceci pourrait expliquer la hausse des suicides chez les personnes démographiquement proches.

L'implication du biais de prestige pourrait expliquer les résultats de l'étude de Sinyor et al. (2018) ne retrouvant pas de hausse de suicide dans les suites de publications de suicides de criminels (36).

Heureusement, l'impact médiatique sur le suicide n'est pas univoque.

B. L'effet protecteur : l'effet Papageno

La reconnaissance de l'effet Werther a motivé plusieurs séries de guidelines à destination des médias afin de diminuer la contagion suicidaire. Niederkrotenthaler et al. en 2007, en souhaitant étudier l'efficacité de la première guideline, autrichienne, identifient alors la réciproque de l'effet Werther en constatant une diminution des suicides associée à une modification significative de la médiatisation en terme quantitatif et qualitatif (32).

Plusieurs auteurs ont pu identifier différents facteurs protecteurs (36,50) :

- Avoir présenté des idées suicidaires sans être passé à l'acte ;
- Avoir présenté des idées suicidaires et avoir trouvé une stratégie de sortie de crise ;
- Une description négative du suicidé. Ce dernier élément apparaît cependant difficile à exploiter et pourrait glisser vers une stigmatisation.

Cet effet protecteur tire son nom de l'opéra *La Flûte Enchantée* de Mozart. Dans cet opéra, un arc narratif se centre sur le couple formé par l'oiseleur Papageno et sa chère Papagena. Lorsque Papageno désespéré se tourne vers le suicide, il écarte son plan suicidaire quand des génies lui rappellent des solutions (51).

Les caractéristiques de l'effet Papageno font l'objet de bien moins d'études que l'effet Werther. Les travaux s'y rapportant impliquent principalement Niederkrotenthaler et affrontent des difficultés méthodologiques (52).

III. Le suicide sous l'angle sanitaire et les actions de préventions

A. Le suicide sous l'angle sanitaire

L'apport des connaissances sur le suicide avec notamment l'identification des facteurs de risque et de protection permettent l'élaboration de stratégies de promotion de la santé mentale et de prévention du suicide.

Initialement, ces programmes de préventions se découpaient en primaire, secondaire et tertiaire.

1. Modèle traditionnel

La prévention primaire correspond à l'identification de sujets ou groupe à risque suicidaire. Elle concerne les sujets ayant une pathologie mentale ou présentant des facteurs de risques environnementaux ou sociétaux. La prévention passe alors par le traitement de toutes pathologies pouvant être la cause de comportement suicidaire et par le fait de limiter l'impact de facteurs de stress environnant.

Sur le plan des facteurs de risques, Rihmer propose une distinction selon 3 grandes catégories(53,54) :

- les facteurs de risque de 1^{er} ordre, avec une valeur d'alerte importante, interagissant fortement entre eux: troubles psychiatriques, pathologies non psychiatriques (notamment les pathologies chroniques), addictions, antécédents personnels ou familiaux de tentative de suicide, impulsivité, etc.

Ces facteurs peuvent bénéficier de soins spécifiques et notamment de l'usage de la pharmacothérapie (thymorégulation (55), anxiolyse, etc.).

- les facteurs de risques de 2^{ème} ordre, observables en population générale, de valeur prédictive faible en l'absence de facteurs primaires : pertes parentales précoces, isolement social, chômage, mais aussi les évènements de vie qui peuvent agir comme facteur précipitant (conflit familial, conjugal, séparation, etc.). Ces derniers facteurs peuvent faire l'objet de soins spécifiques et peuvent être un levier d'action dans le travail de crise (56).

- les facteurs de risque de 3^{ème} ordre : âge, genre, période calendaire, etc.

La prévention primaire s'étend alors à des interventions auprès de populations vulnérables via des aménagements structurels (architecture, accès aux soins), édifications de réseaux (programmes sentinelles, screening) : minorités ethniques (57), minorités sexuelles et de genre LGBTQI+(58–60), milieux spécifiques (milieu carcéral (61,62), scolaire (63), professions spécifiques, etc.) .

La prévention secondaire concerne les sujets présentant des idées suicidaires, des comportements suicidaires indirects (ex: mises en danger, etc.) ou des intentions suicidaires. En ce sens, l'évaluation du risque suicidaire est faite à l'aide des facteurs de risque précédemment cités, associée à l'évaluation de la dangerosité et de l'urgence, afin de mobiliser l'entourage et des soins proportionnés à la clinique, si nécessaire hospitaliers, et prévenir le passage à l'acte.

La prévention tertiaire concerne les sujet ayant tenté de se suicider ou s'étant suicidés. Dans la première situation, la prévention suicidaire passe par les même moyens que pour la prévention secondaire. Dans la deuxième situation, la prévention concerne les conséquences du suicide chez les personnes exposées (ex: témoins, etc.) et l'entourage. En effet il est estimé que pour chaque suicide, six personnes sont touchées directement et vingt indirectement (64). Ce sont autant de personnes fragilisées, avec une hausse du risque suicidaire, avec un risque de contagion suicidaire que l'on appelle contagion par grappe. La postvention est définie comme les soins prodigués à ces personnes afin de limiter ce risque de contagion suicidaire (65). Une prévention spécifique à chaque suicide n'existe cependant pas vis à vis de son impact sur la population générale lors de sa médiatisation.

Ce modèle est intéressant mais oublie de nombreux axes de prévention, notamment auprès de la population générale.

2. Modèle actuel

En 1994, l'Institute of Medicine de Washington propose un nouveau cadre de classification pour la prévention du suicide, faisant le constat d'un décalage entre la prévention médicale et la prévention en santé publique. Au lieu d'utiliser les notions de prévention primaire, secondaire et tertiaire, les auteurs ont proposé le concept de prévention universelle, sélective et indiquée. Ce concept se référant plutôt aux groupes sur lesquels on peut agir plutôt que directement sur l'évènement à prévenir.

Ces actions de prévention du suicide en population générale passent par :

- améliorer les connaissances en matière de santé mentale et de suicide. L'amélioration des connaissances est conçue comme le moyen d'augmenter les compétences dans le cadre de la prévention du suicide (66,67)
- déconstruire les mythes erronés et les stéréotypes. Selon Batterham (2013) la stigmatisation et les mythes erronés constituent l'un des principaux facteurs limitants pour le recours aux soins (68). Un apport supplémentaire des recherches en la matière est la déconstruction des mythes erronés liés au suicide, rendus accessibles par des plateformes disponibles auprès du grand public. Le Tableau 1 réunit 8 exemples de mythes liés au suicide et les faits démontrés scientifiquement qui les contestent (69) :

Tableau 1 - Mythes et faits sur le suicide

Mythes	Faits
Les personnes qui meurent par suicide laissent toujours une note ou lettre.	La plupart des personnes qui se suicident ne pas laissent pas de note. Seul un petit pourcentage laisse une explication sur leur geste.
Les personnes qui se suicident n'avertissent pas d'autres personnes.	Sur dix personnes qui se suicident, huit ont donné des indices de leurs intentions, même si certains de ces indices peuvent être non verbaux et difficiles à détecter.
Les gens qui parlent de suicide ne veulent qu'obtenir de l'attention.	Peu de personnes se suicident sans avoir partagé leurs sentiments avec une autre personne. Les personnes qui veulent se suicider laissent des indices de leurs intentions comme autant d'appels à l'aide. Plus de 70 % des personnes qui menacent de se tuer passent à l'acte en se suicidant ou en faisant une tentative de suicide.
Une fois que quelqu'un a déjà décidé de se suicider, plus rien ne peut l'arrêter	La plupart du temps, les personnes suicidaires sont ambivalentes à l'égard du suicide. La plupart de ces personnes ne veulent pas mourir mais souhaitent stopper la douleur qu'ils ressentent.
Une fois que l'état émotionnel s'améliore, le risque de suicide n'existe plus.	Les taux de suicide sont plus élevés environ trois mois après le début de l'amélioration lors d'un état dépressif grave. Le niveau d'énergie est un facteur important. Une personne qui voit son niveau d'énergie augmenter passe plus facilement à l'acte dans une impulsion suicidaire en cas d'obstacle durant la rémission.
Il est peu probable qu'une personne qui a tenté de se suicider recommence.	Les personnes qui ont tenté de se suicider sont très susceptibles d'essayer de nouveau : 80 % des personnes qui meurent par suicide ont fait au moins une tentative préalable.
Il ne faut pas parler de suicide à quelqu'un qui montre des signes de dépression sévère, car celui lui donnerait l'idée et pourrait la pousser à agir dans ce sens.	Beaucoup de personnes déprimées ont déjà pensé à l'option du suicide. Parler du suicide fournit alors généralement un sentiment de soulagement et de compréhension. Parler du suicide est en fait l'une des choses des plus utiles à faire dans ce cas.
Une tentative non létale signifie que la personne ne songeait pas sérieusement à mourir.	Certaines personnes ne connaissent pas les méthodes à utiliser pour se tuer. C'est pourquoi la tentative en soi est le facteur le plus important à considérer, et non pas la méthode.

B. Les actions de prévention du suicide

Dans son rapport de 2014, l'OMS préconise d'améliorer vis à vis de la prévention universelle du suicide :

- le diagnostic et la prise en charge précoce des troubles mentaux et liés à l'usage de substances psychoactives dans les communautés, ce qui correspond en France aux politiques sanitaires en cours. Cela peut s'étendre de l'identification de populations vulnérables à l'augmentation de l'accès aux soins et à la déstigmatisation de ces populations vulnérables (7);
- un suivi par les agents de santé (y compris par téléphone et dans le cadre de visites à domicile), le maintien dans les soins ainsi qu'un soutien communautaire des personnes ayant fait une tentative de suicide (7);
- une communication responsable autour des faits suicidaires dans les médias(7);
- une démarche intégrative mettant en lien les professionnels de santé, les professionnels sociaux et éducatifs, les médias, mais également les membres de la communauté elle-même(7);

En accord avec ces recommandations, de nombreux programmes ou dispositifs de prévention, existant à l'étranger ou en France se développent ces dernières années (2) :

- le maintien d'un lien avec les soins est en plein développement au niveau national avec le programme Vigilans après des résultats positifs lors de son initiation dans le Nord-Pas-de-Calais (73–75) ;
- des programmes sentinelles (76,77) ;

- des programmes œuvrant à augmenter la littératie des professionnels de santé (78–80) ;
- des interventions auprès des populations vulnérables;
- la diminution de l'accessibilité des moyens létaux : commercialiser les analgésiques en plaquettes thermoformées plutôt qu'en flacons dont le contenu est plus aisément accessible (81,82), diminuer l'accès aux armes à feu (83), prévenir autour des hot-spots (84,85), etc;
- enfin, prévenir la contagion suicidaire : en grappe (via, par exemple, la postvention qui concerne les actions de prévention et de soin auprès des proches de personnes décédées par suicide) (86,87) ou en masse.

Prévenir la contagion suicidaire de masse est possible et passe par la prévention de l'effet Werther. Cette prévention passe par la source, les médias, avec une communication favorisant peu cet effet.

C. Les interventions de prévention de la contagion suicidaire

1. Les guidelines

En 1987, en Autriche sont publiées les premières guidelines à destination des médias. A ce jour, il existe près de 30 guidelines dans 16 pays différents auxquelles s'ajoutent les guidelines internationales produites par l'OMS (88). Ces dernières font l'objet de traductions de plus en plus nombreuses.

A l'occasion de son programme SUPRE (Programme de Prévention du Suicide), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a elle-même publié en 1999, puis réactualisé en 2008 en collaboration avec l'IASP (International Association for Suicide Prevention) ses recommandations en 11 points-clés (89).

Ces différentes guidelines sont composées de manière similaire, ciblant le contenu et la forme des articles traitant de fait suicidaire. Cependant leur processus de création et leur diffusion sont sujets à de nombreuses variations(52).

2. Les Limites des guidelines

L'impact de ces guidelines est cependant variable. Outre le problème de quantifier l'impact des guidelines sur le taux de suicide, sujet à trop d'obstacles méthodologiques, il est surtout difficile d'évaluer l'application de ces recommandations (90). La littérature actuelle est contradictoire quant au respect des recommandations dans la rédaction des articles, qui apparaît lié à leur mode de diffusion. Lorsque les guidelines sont publiées par les organismes nationaux ou internationaux sans promotion ou programme associé, elles restent majoritairement non appliquées (91–95). A l'inverse, lorsque les recommandations sont intégrées à un programme, l'application semble plus importante mais hétérogène (32,93,96,97).

Malheureusement, l'application partielle des recommandations pourrait ne pas être suffisante dans la prévention de la contagion suicidaire.

En effet, comme avancé par Whitley et al. en 2019, après le suicide de Robin Williams, il persista une hausse des décès par suicide malgré 85% d'articles sur le sujet respectant près de 70% des recommandations canadiennes datant de 2014 (47,98,99). Les facteurs explicatifs ici seraient la persistance d'une description encore importante du modus operandi (25%), la porosité avec les médias américains voisins ne respectant pas les recommandations et la participation des réseaux sociaux (47).

Il est donc crucial de développer des programmes de prévention et d'action auprès des acteurs des médias pour favoriser la diffusion des guidelines, étudier et combattre les facteurs limitants.

Les programmes intégrant les guidelines et ayant permis leur application effective présentent le plus souvent comme caractéristique d'avoir été construits à partir d'une coopération étroite, entre professionnels médico-sociaux et professionnels des médias, de la conception à la diffusion des recommandations (52). Cette approche interdisciplinaire est aussi l'occasion de bénéficier de leur expertise tout en les sensibilisant à leurs responsabilités (52).

Par ailleurs, les guidelines visent exclusivement la forme de l'article et le fond traitant du fait suicidaire. Elles ne visent pas les connaissances et les préjugés négatifs autour du suicide. Les connaissances et les préjugés pourraient avoir un double pouvoir : conditionner l'adhésion à ces guidelines et influencer puis transparaître dans l'écrit du journaliste avant d'être diffusés dans la population

générale (100). Par cette diffusion, l'écrit a le pouvoir de déstigmatiser et de normaliser la recherche d'aide (101)

Parmi les facteurs limitants les modification de connaissance, de représentations et de pratiques on peut noter la question des conflits de culture (culture sanitaire/recommandations OMS et culture journalistique/charte de Munich) et notamment la lutte contre la censure et l'ingérence. Cette lutte rend sensible la réalisation d'une transmission/formation pouvant être non sollicitée de la part d'intervenants extérieurs.

Ce dernier élément peut être réduit par des interventions passant plus par des rencontres que par des formations, entre des personnes de même niveau. C'est le cas, par exemple, d'étudiant médecin à étudiant journaliste.

3. Le Programme Papageno

Initialement parti d'une réflexion autour de la stigmatisation de la santé mentale dans les médias, le programme s'est construit en collaboration entre le Groupe d'Etude et de Prévention du Suicide (GEPS), l'Association Lilloise de l'Internat et du Post-Internat (ALI2P) et la Fédération Française de Recherche en Santé Mentale (F2RSM) afin de sensibiliser les journalistes, puis les étudiants en journalisme autour de la question du suicide et de sa contagion. Le programme est conduit sous l'égide de la Direction Générale des Soins (DGS) dans le but de promouvoir l'effet Papageno, limiter l'effet Werther, à l'échelle nationale (102).

Ceci a pris la forme de rencontres-formations dans une posture discursive horizontale, loin de la posture académique verticale pouvant susciter une lutte contre une ingérence supposée.

Un premier modèle de rencontre-formation a été l'objet du travail de mémoire du Dr Charles-Edouard Notredame. Le modèle d'intervention d'alors se déroulait en trois phases avec un travail préalable des étudiants journalistes dans un premier temps, repris pendant la rencontre-formation dans un deuxième temps, suivi d'un retour sur expérience dans un troisième temps. Ce modèle d'intervention présentait des résultats encourageants quant à l'efficacité du programme sur l'amélioration des connaissances et la diminution de l'adhésion aux mythes, sans résultat probants sur la modification des préjugés autour du suicidé (103).

La présente thèse examine l'efficacité d'un deuxième modèle d'intervention, en un temps, concentré en une demi-journée de rencontre-formation.

Objectif de la thèse

L'objectif de la présente thèse est d'étudier l'efficacité des rencontres-interventions du programme Papageno auprès des étudiants journalistes sous la forme s'étendant sur 3 heures en une session unique. L'objectif principal est l'évaluation de l'effet sur les connaissances et l'adhésion aux mythes autour du suicide. L'objectif secondaire est l'évaluation de l'effet sur la stigmatisation de la personne suicidée.

IV. Matériel et méthodes

A. Population

Les critères d'inclusion de la population d'étude sont :

- être étudiant en journalisme issu d'une école agréée, ou suivant un cursus universitaire permettant, diplôme obtenu, de prétendre au métier de journaliste.
- suivre le cursus de formation au métier de journalisme ou, pour les étudiants universitaires, être en master de journalisme.
- avoir été présent lors de la rencontre-formation Papageno
- être consentant pour participer à l'étude. Ce consentement est recueilli lors de la passation des questionnaires au temps initial T0, le volet d'information sur la nature, l'objectif, les modalités de l'étude et la possibilité de refuser sa participation constituant les premières pages du document contenant chaque questionnaire.

Les critères d'exclusion sont :

- ne pas avoir rempli de questionnaire au temps T1, ce sont les « perdus de vue »
- ne pas avoir rempli tous les champs des questionnaires QECS et SOSS

B. Intervention

L'intervention est conçue par l'équipe du programme Papageno.

L'intervention telle que réalisée comporte les caractéristiques suivantes :

- programmation de la session avec l'équipe pédagogique, pendant l'année universitaire.
- déroulé de la session sur le lieu d'enseignement des étudiants participants, sur 3 heures, lors d'une séance unique ;
- dans un premier temps : intervention traitant du suicide de manière générale par un expert du GEPS auprès du groupe entier ;
- dans un deuxième temps : division du groupe en 3 à 4 sous-groupes composant chacun un article bref à partir d'une dépêche traitant d'un fait suicidaire (une dépêche par sous-groupe), en présence d'un interne en psychiatrie jouant le rôle d'expert restant à disposition du groupe ;
- dans un troisième temps : présentation des articles par les sous-groupes et discussion pour dégager avec bienveillance les éléments à potentiel effet Werther et effet Papageno, notamment les représentations ;
- dans un quatrième temps : intervention traitant de la communication autour du suicide, des effets Werther et Papageno par la responsable de déploiement du programme ;
- dans un cinquième et dernier temps : intervention auprès du groupe entier par les internes psychiatres autour de quatre mythes relatifs au suicide : « on ne peut pas prévoir », « on ne peut rien faire », « il existe une cause unique et identifiable », « il est anodin d'avoir des idées suicidaires » ;
- sans groupe contrôle.

C. Matériel

Les questionnaires QECS (Questionnaire d'Évaluation des Connaissances sur le Suicide) et SOSS (Stigmatisation Of Suicide Scale) sont distribués sous forme papier par l'équipe du programme Papageno le jour de la passation, auto-administrés puis recueillis avant le début de l'intervention et constituent les questionnaires du temps T0. Ils sont à nouveau distribués sous forme papier via l'équipe pédagogique, auto-administrés puis recueillis par voie postale entre 1 mois et 3 mois après l'intervention, constituant le temps T1.

D. Critères d'évaluation

L'effet des rencontres-formations du programme Papageno est évalué selon les résultats aux questionnaires auto-administrés. Ces questionnaires évaluent :

- par le QECS, l'amélioration des connaissances (épidémiologie et impact des médias) et la dissipation des mythes concernant le suicide
- par le SOSS, l'impact sur les préjugés concernant le suicide

Comme expliqué dans le mémoire de DES du Dr Notredame, il existe plusieurs échelles d'évaluation des connaissances sur le suicide, certaines sont validées scientifiquement. Cependant, il n'existe pas d'échelle francophone évaluant les connaissances sur le suicide et évaluant spécifiquement les connaissances sur les

effets Werther et Papageno. Le QECS présentement utilisé est par conséquent une version traduite.

L'intérêt de l'utilisation conjointe du QECS et du SOSS réside dans le chevauchement entre les éléments évalués dans les questionnaires

Le questionnaire QECS est divisé en plusieurs sous parties :

- Le QECS-Epidémiologie, traitant de l'épidémiologie des conduites suicidaires. Il est composé de 6 items (E1, E2, E3, E4, E5, E6). Il s'agit d'un questionnaire à choix unique avec cinq réponses proposées. Pour chaque item, il existe une bonne réponse correspondant aux données du rapport de l'Observatoire National du Suicide de 2015. La cotation est de 0 pour une mauvaise réponse et de 1 pour une bonne réponse. Le score total maximal est de 6 ;

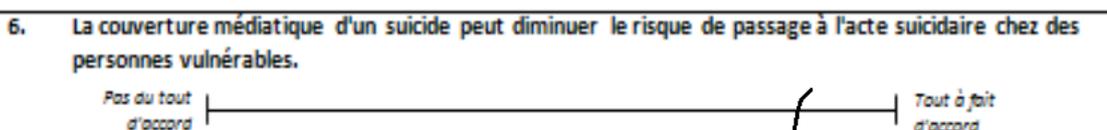
Ex :

1. En moyenne, combien de personnes meurent d'un suicide en France chaque année ?
 < 5.000 [5.000-10.000[[10.000-15.000[[15.000-20.000[> 20.000

- Le QECS-Média, traitant des connaissances relatives à l'effet Werther et l'effet Papageno. Il est composé de 4 items (Q2, Q3, Q6, Q22). La réponse se fait sous la forme d'une échelle visuelle analogique. L'étudiant note le degré d'accord avec l'assertion proposée (0- pas du tout d'accord, 100-tout à fait d'accord). Les réponses ont pour étalon les données de la littérature sur le sujet évoqué plus haut. Le score total maximal est de 4. La réponse est divisée par 100 lorsqu'elle est correcte ; le complément de la réponse à 100 divisé par 100 lorsqu'elle est fautive. En d'autres termes, lorsque l'assertion est, selon la littérature :

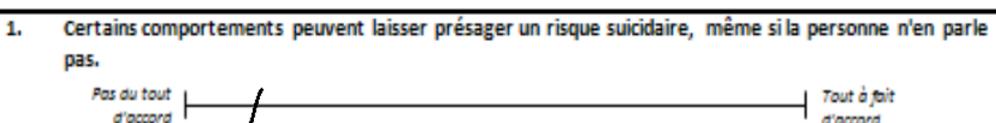
- « vraie » : 100 = 1 ; 90 = 0,8 ; 80 = 0,6 ; 70 = 0,4 ; 60 = 0,2 ; 50 ou moins = 0 ;
- « fausse » : 10 = 1 ; 20 = 0,8 ; 30 = 0,6 ; 40 = 0,4 ; 50 = 0,2 ; 60 ou plus = 0 ;

Ex :



- QECS-Mythes, traitant des mythes autour du suicide. Il est composé de 25 items. La réponse se fait sous la forme d'une échelle visuelle analogique. L'étudiant note le degré d'accord avec l'assertion proposée (0- pas du tout d'accord, 100-tout à fait d'accord). Les « bonnes » réponses sont définies par un panel d'expert (experts du GEPS, professionnels justifiant d'une activité de psychiatrie de la crise et de l'urgence avec une expérience professionnelle dans le domaine d'au moins dix ans) et les réponses à ces assertions sont cotées selon la méthode des Tests de Concordance de Script. Le score maximal est de 25.

Ex :



Le score total au QECS est obtenu par sommation des scores au QECS-Epidémiologie, QECS-Média et QECS-Mythes. Le score total maximal au QECS est de 35 et correspond à une connaissance maximale et une adhésion minimale aux mythes autour du Suicide.

L'évaluation de la stigmatisation des suicidés est faite avec le questionnaire SOSS dans sa version longue à 58 items. Chaque item comprend un mot caractérisant le suicidé. Le questionnaire est à choix unique, chaque élément est évalué sur une échelle de Likert de 5 points allant de 1-pas du tout d'accord à 5-tout à fait d'accord.

Plus les scores sont élevés, plus le niveau de stigmatisation est fort. L'échelle de stigmatisation du suicide comporte trois sous-échelles : stigmatisation, isolement et dépression, et glorification et normalisation. Le résultat, divisé par 100, est compris entre 0,58 et 2,90.

E. Analyses statistiques

Les questionnaires sont entrés manuellement à deux reprises dans le logiciel Epidata, appariés, corrigés pour éliminer toute erreur d'analyse des questionnaires papiers, puis analysés à l'aide du logiciel R 3.6.1.

Il est réalisé :

- une comparaison entre les étudiants perdus de vue et les non perdus de vue en ce qui concerne l'âge, le sexe, et l'école dont ils sont issus. Pour examiner la représentativité de l'échantillon par rapport à la population cible. Exclusion des perdus de vue et exclusion des données incomplètes.

- pour répondre à l'objectif principal, qui est d'évaluer les connaissances et l'adhésion aux mythes relatifs au suicide : une comparaison avant-après du score global au QECS et des scores obtenus aux sous-échelles (QECS-Epidémiologie, QECS-Média, QECS-Mythes) au moyen de tests de Student appariés.

- pour répondre aux objectifs secondaires, à savoir évaluer la stigmatisation des personnes suicidées et étudier la corrélation entre connaissances et stigmatisation : comparaison avant-après du score global de la SOSS et des scores obtenus aux sous-échelles (stigmatisation, isolation, glorification) au moyen de tests de Student appariés ; et corrélation QECS global / SOSS global au moyen d'un test de corrélation de Pearson.

Un test était considéré comme significatif en cas de p-valeur inférieure à 0,05.

V. Résultats

A. Composition de l'échantillon :

Sur les 366 étudiants en journalisme ayant répondu au temps T0, 301 ont répondu au temps T1, 65 sont perdus de vue et sont donc exclus de l'étude sans analyse de complétion des questionnaires. Sur les 301 étudiants présents aux temps T0 et T1, 214 feuillets présentaient des données complètes aux Temps T0 et T1, 87 présentaient des données incomplètes et ont donc été exclus, pour un total de 214 étudiants inclus et 152 exclus (Figure 4).

L'échantillon de l'étude se compose alors de 214 étudiants. Les écoles présentant le plus de perdus de vue sont les écoles de Marseille (EJCA Marseille) (55.6% perdus de vue), de Lyon (ISCPA Lyon) (29.4% perdus de vue) et de Paris (IPJ Paris) (24.4% perdus de vue). L'école de journalisme de Toulouse présente à la fois le plus grand nombre d'exclusion pour questionnaire incomplet sur l'ensemble de

l'échantillon (32 étudiants) et la plus grande proportion avec une perte de 100%.(Tableau 2)

Dans le tableau 2, le pourcentage de perdus de vue est calculé par rapport aux nombre d'étudiants présents au temps T0. Le pourcentage de questionnaire incomplet est calculé par rapport aux nombres d'étudiants présents aux temps T0 et T1.

Figure 4 - Flow Chart

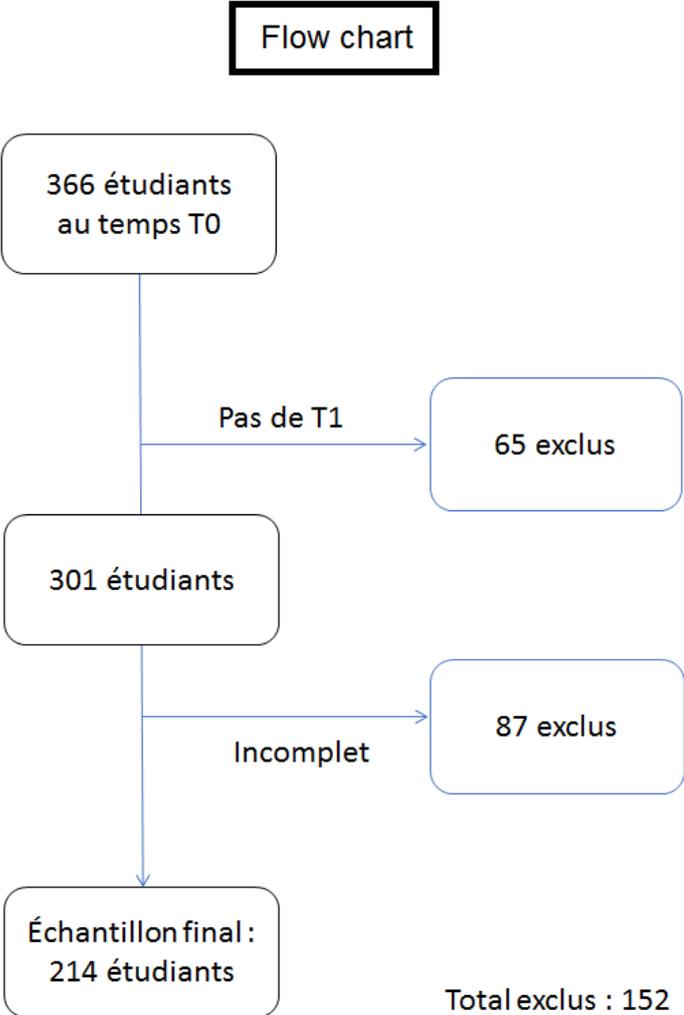


Tableau 2 – Répartition de l'échantillon en fonction de l'école de journalisme

Id	Ecole	N présents à T0	N perdus de vue à T1	N incomplets	N inclus
1	Ecole supérieure de journalisme de Lille, ESJ Lille	70	13 (18,6%)	11(18,6%)	46
2	Ecole de journalisme et de communication d'Aix Marseille, EJCA Marseille	18	10 (55,6%)	2 (25%)	6
5	Centre de formation des journalistes, CFJ Paris	16	1 (6,3%)	1 (6,67%)	14
10	Institut pratique du journalisme de l'Université de Paris, IPJ Paris	41	10 (24,4%)	11 (35,5%)	20
14	Institut d'étude judiciaire, IEJ Toulouse	36	5 (13,9%)	31 (100%)	0
16	Institut de journalisme Bordeaux-Aquitaine, IJBA Bordeaux (3 sessions)	35 ; 33 ; 32 => 100	7 (20,0%) ; 4 (12,1%) ; 4 (12,5%) => 15 (15%)	18 (21.2%)	66
20	Université de Bourgogne Dijon	14	0 (0,0%)	3 (21,4%)	11
21	Ecole supérieure de journalisme pro de Montpellier	24	1 (4,2%)	3 (13%)	20
22	Centre de formation professionnelle des journalistes de Paris, CFPJ Paris	13	0 (0,0%)	1 (7.69%)	12
23	Institut supérieur des médias, ISCPA Lyon	34	10 (29,4%)	5 (20,8%)	19
Total		366	65 (17,8%)	87 (28,9%)	214

La comparaison des caractéristiques démographiques entre les perdus de vue et les étudiants inclus ne retrouve pas de différence significative sur l'âge ($p = 0,865$) et le genre ($p = 0,658$) (Tableau 3). En revanche, on retrouve une différence statistiquement significative sur la provenance ($p < 0.001$). L'école de Marseille présentant une proportion de perdus de vue significativement supérieure aux autres écoles (Tableau 2)

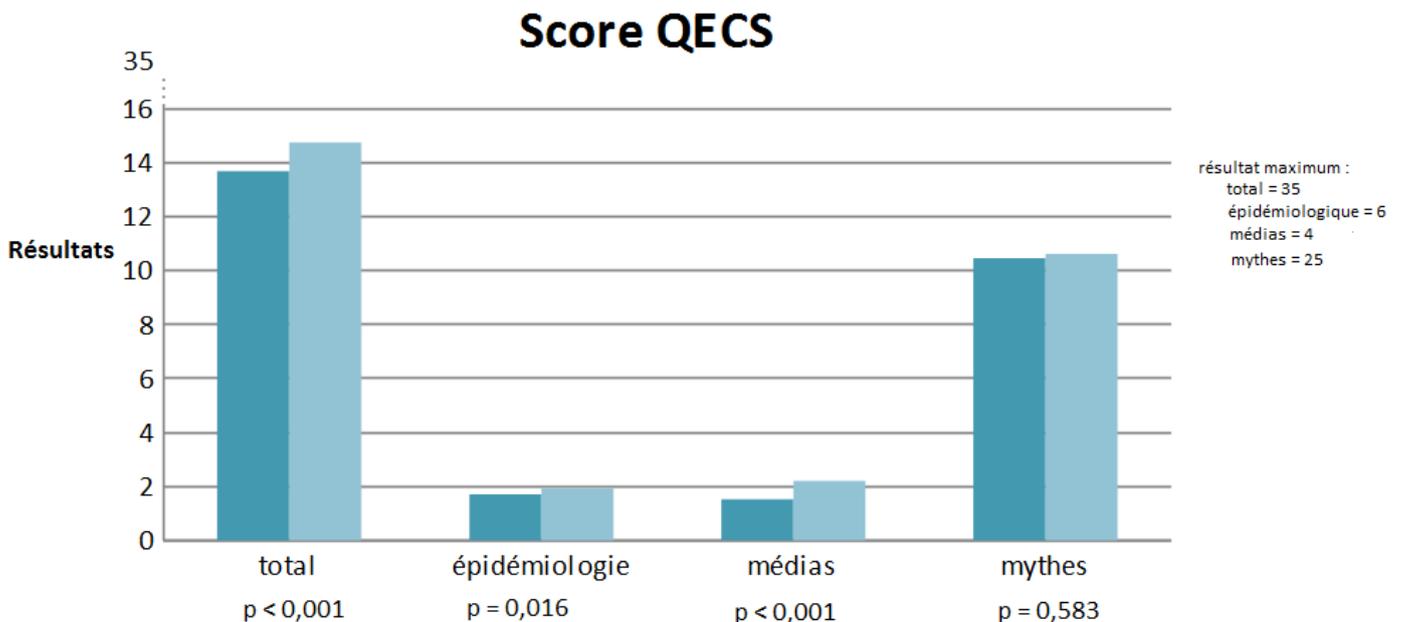
Tableau 3 – Comparaison des étudiants inclus et perdus de vue sur le genre et l'âge

	exclus		inclus		p
	N = 152		N = 214		
Genre masculin, n (%)	64	(42,1)	87	(40,6)	0,658
Genre féminin, n (%)	88	(57,9)	127	(59,4)	
Age, m (sd)	23	(3,7)	22,8	(2,25)	0,865

B. Résultats au QECS

Au temps T0, les résultats au Questionnaire d'Evaluation des Connaissances sur le Suicide dans son ensemble s'élèvent à 13,68 (Ecart Type (ET) = 3,90) sur un maximum de 35, au QECS-Epidémiologie à 1,7 (ET = 1,04) sur un maximum de 6, au QECS-Médias à 1,52 (ET = 0,77) sur un maximum de 4 et au QECS-Mythes à 10,46 (ET = 3,45) sur un maximum de 25. Au temps T1, les résultats au score total au QECS dans son ensemble s'élèvent à 14,74 (ET = 5,05), au QECS-Epidémiologie à 1,93 (ET = 1,07, au QECS-Médias à 2,2 (ET = 0,97) et au QECS-Mythes à 10,61 (ET = 4,45) (Figure 5).

Figure 5 – Résultats au QECS



L'échantillon présente une hausse significative des scores QECS-Epidémiologie, QECS-Médias et QECS total, avec les différences respectives de +0,23 ($p = 0,016$), +0,68 ($p < 0,001$) et +1,06 ($p < 0,001$). Il ne présente cependant pas de différence au niveau du score évaluant les mythes avec une différence non significative au QECS-Mythes : +0,15 ($p = 0,583$).

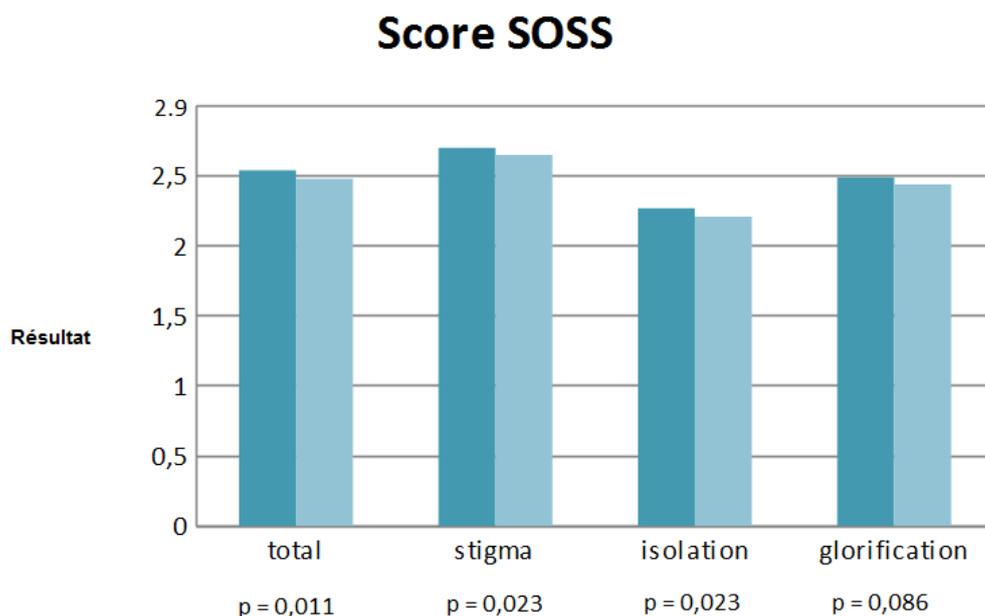
C. Résultats au SOSS

Au temps T0, les résultats au Stigma of Suicide Scale dans son ensemble s'élèvent à 2,54 (ET = 0,49), au score SOSS-stigmatisation s'élèvent à 2,7 (ET = 0,47), au SOSS-isolement s'élèvent à 2,27 (ET = 0,57) et au SOSS-glorification s'élèvent à 2,49 (ET = 0,60).

Au temps T1, les résultats au Stigma of Suicide Scale dans son ensemble s'élèvent à 2,48 (ET = 0,50), au score SOSS-stigmatisation s'élèvent à 2,65 (ET = 0,47), au SOSS-isolement s'élèvent à 2,21 (ET = 0,58) et au SOSS-glorification s'élèvent à 2,44 (ET = 0,61) (Figure 6).

L'échantillon présente une diminution légère mais significative des scores de la SOSS dans sa totalité, SOSS-stigmatisation et SOSS-isolement avec respectivement une différence de -0,06 ($p = 0,011$), -0,05 ($p = 0,023$) et -0,06 ($p = 0,023$). La diminution au niveau de la SOSS-glorification n'est pas significative avec une différence retrouvée de -0,05 ($p = 0,086$).

Figure 6 – Résultats au SOSS



Enfin, il est retrouvé une corrélation négative modérée significative ($r = -0,40$, $p < 0,001$) entre les deux scores. Plus les connaissances (QECS) augmentent, plus la stigmatisation (SOSS) diminue.

VI. Discussion

A. Reprise des principaux résultats

Ce nouveau modèle de rencontre-formation permet une augmentation des connaissances (épidémiologiques, vis à vis des effets Werther et Papageno) et une diminution modérée de la stigmatisation et de la banalisation, cette diminution étant cependant à la limite de la pertinence clinique devant sa faiblesse statistique.

L'intervention se heurte cependant à une résistance au niveau de l'adhésion aux mythes.

Notre hypothèse alors est qu'il existe deux types de connaissances dont une qui recoupe la notion de mythe :

- Les connaissances épidémiologiques correspondent à des connaissances *stricto sensu*, leur véracité est fondée sur des preuves tangibles (données de la littérature, de l'OMS etc.), et leur caractérisation est binaire ("vraie" ou "fausse"). Les connaissances vis à vis des effets Werther et Papageno rentrent dans la même catégorie avec la littérature citée précédemment (cf "l'effet Werther" et "l'effet Papageno"). Par ailleurs ces éléments présentent peu d'a priori dans la population générale. L'efficacité du programme sur ces connaissances pourrait donc correspondre à un premier apprentissage ;

- Les connaissances ayant trait aux mythes. Le mythe est une forme de représentation collective fondatrice, implicitement ou explicitement partagée par une communauté. Ces mythes apportent un semblant de compréhension et d'ordre pour les sujets les partageant et contribue à assurer leur cohésion (104). Cette différence se retrouve avec le recours au panel d'expert et leur savoir composite professionnel, à la fois académique et expérientiel, lors de la conception du QECS en version française. On comprend alors pourquoi ces derniers sont difficiles à modifier.

L'effet du programme sur le SOSS pourrait être en lien avec l'effet sur le QECS. En effet, la stigmatisation est un comportement faisant suite aux préjugés négatifs (105). Ces préjugés négatifs sont des jugements moraux sous-tendus par des

stéréotypes, auxquels ils ajoutent une valence émotionnelle (106). Le recours aux stéréotypes est favorisé par l'incertitude, qui est alors réduite (107). Le programme, en modifiant les connaissances, apporte une autre clé de compréhension que les stéréotypes et contribuerait donc par un effet de cascade, à diminuer les préjugés et comportements stigmatisants ou banalisants.

Les éléments précités seraient une clé de compréhension de la corrélation négative entre le QECS et le SOSS retrouvé dans la présente étude.

En comparant aux résultats du premier modèle d'intervention, exposé dans le mémoire du Dr Notredame (103), on note :

- des résultats concordants sur l'amélioration des connaissances épidémiologiques et relatives aux médias, à partir de résultats initiaux similaires.
- des résultats discordants en ce qui concerne les résultats au QECS-Mythes. En effet, si dans les résultats du premier modèle il était retrouvé une progression significative, ce n'est pas le cas dans cette étude.
- des résultats discordants en ce qui concerne les résultats au SOSS. Il n'était pas retrouvé d'amélioration significative dans la première étude alors qu'elle existe dans la présente étude, bien qu'à la limite de la significativité.

B. Les avantages de l'étude

Le programme Papageno est un programme innovant. Lors de la création du programme, un seul autre programme mettant en lien psychiatres et journalistes avait vu le jour, en 2009, aux Etats-Unis (103). Depuis, tel qu'énoncé dans la méta-

analyse de Ross et al. en 2018, aucune autre publication sur une intervention auprès d'étudiants en journalisme n'a vu le jour (108).

Cette intervention présente comme principal avantage de fonctionner au sein d'un programme opérant, non circonscrit à la période étudiée ici, avec à ce jour 24 interventions dans des écoles de journalisme soit 695 étudiants. La répétition au fil des années permet une acceptabilité plus forte de l'intervention. Lors des premiers contacts : elle peut être vue comme un corps étranger et appeler à la défiance, cet effet pouvant être exacerbé lorsque le style des intervenants correspond davantage à une dynamique verticale/ professorale, ce qui n'est pas le cas ici.

Ce caractère opérant, ces itérations et donc la mise en contact prolongée sont les conditions nécessaires à une acculturation -- défini comme la modification de connaissances et représentations par mise en contact de deux groupes culturels différents -- entre les pôles journalistiques et sanitaires. Cette acculturation se traduirait par l'amélioration des connaissances et la modification progressive des mythes. Par ailleurs, les étudiants en journalisme deviennent des journalistes, potentiellement formateurs de stagiaires, et potentiellement impliqués dans des formations académiques. Réussir à modifier ne serait-ce que quelques représentations ouvre à l'acculturation du groupe entier.

Le programme contribue à la formation des internes participants. Il permet la formation sur la contagion suicidaire, l'effet Werther et l'effet Papageno. De plus, il permet une ouverture aux autres axes de prévention du programme Papageno (mini-

media training, veille médiatique). Enfin, ce programme renforce le lien avec les journalistes.

C. Les limites de l'étude

Une des limites principales de cette étude est le nombre élevé d'exclusions, 152/366 soit 41.5%, conduisant à un biais d'attrition, limité du fait de la faible différence en termes de genre et d'âge entre les étudiants inclus et exclus. En plus de la perte de puissance due au nombre de perdus de vue, on peut aussi émettre l'hypothèse que ces étudiants puissent être les moins intéressés par l'étude, le programme ou la question de la prévention du suicide. Ceci pouvant influencer les résultats en augmentant la significativité de l'impact de l'intervention.

Une autre limite tient au fait que l'étude soit construite sur une analyse avant-après, sans groupe contrôle.

Enfin, le mode de passation et de recueil du questionnaire, papier, expose à une multiplication d'intermédiaires et une hausse du risque de biais par rapport au format informatique. Le mode de passation et de recueil des questionnaires T1 pourrait être un des éléments explicatifs du nombre de perdus de vue avec la difficulté à atteindre les étudiants participants en dehors des périodes académiques ou de formation théorique. L'orientation vers un mode de passation électronique pourrait par ailleurs limiter le nombre de questionnaires incomplets, en rendant obligatoire une réponse avant de passer aux questions suivantes, et par conséquent le nombre d'exclusions.

D. Poursuivre l'acculturation

Ce programme voit se rencontrer deux cultures différentes avec des valeurs centrales, des impératifs et des contraintes différentes.

D'un côté le milieu sanitaire et notamment la psychiatrie :

- La valeur fondamentale est le soin, la diminution de la souffrance, la prévention des risques et d'abord et surtout ne pas nuire. La psychiatrie se centre sur le suicide, les causes médicales, les facteurs de risques, évènements déclencheurs et les stratégies de soin et de prévention.

- Le suicide est la complétion d'un processus psychopathologique, sa prévention est centrale(109). Ainsi la communication du fait suicidaire doit être le plus possible au service de la prévention du suicide. Le processus décisionnel doit se faire vers le maintien de la vie en dehors des dispositions énoncées par la loi Léonetti (110) .

- Le psychiatre peut être vu comme un des co-responsables de la santé de la personne, c'est ce qui amène, lorsque le risque suicidaire est maximal et que la personne refuse les soins, à recourir à des mesures de soins sans consentement.

- Vu de l'extérieur : l'héritage paternaliste médical reste présent dans la position sociale de déterminant de la normalité. La présence du psychiatre reste assimilée à la présence du fou. C'est cette position avec le risque d'autocentrisme et d'ethnocentrisme, qui est parfois redoutée. Enfin, attribuer un fait à la folie tend à déresponsabiliser le corps social, réduire la responsabilité de facteurs contextuels ou socio-économiques et diminuer

l'identification à travers une forme de déshumanisation du fou. Cet élément pourrait être un facteur explicatif de la résistance des mythes autour du suicide et de la santé mentale en général à travers une fonction homéostatique(111,112).

- Le sujet social, la question de la citoyenneté, de la position dans la cité sont des sujets périphériques, secondaires.

- Les questions artistiques et commerciales peuvent être vues comme des non-sujets dans la réflexion autour de la balance bénéfice-risque.

De l'autre côté, le milieu journalistique :

- Le journal est facteur d'information, pouvoir politique, organisme de divertissement, avec un objectif lucratif en sus. Il est essentiel au développement et à la diffusion d'idées indépendantes.

- Le suicide est un problème politique, de société, éthique, philosophique, économique, de sécurité en plus d'être un sujet sanitaire. La prévention du suicide bien que non centrale, n'en est pas moins un enjeu au même titre que la défense de la liberté, de l'indépendance, etc.

- Dans un monde apparaissant plus hostile au journalisme et à une information claire et loyale, la lutte contre la censure reste un enjeu de premier plan.

- La publication médiatique peut aussi être directement centrée sur le fait divers, sa description et sa dramatisation peuvent être au cœur de la ligne éditoriale du journal qui peut être qualifiée de sensationnaliste (par exemple : les tabloïds, journaux « people », journaux de faits divers). La décision de

publier à propos d'un fait suicidaire est faite en fonction de la balance vie privée/intérêt public (ou « du public ») (113) .

- A l'instar des chercheurs, la phrase « publish or perish » s'applique (publie ou péris). Dans une course permanente entre les médias traditionnels (journaux papiers, électroniques avec abonnement, journaux télévision, radio) et actuels (journaux électroniques sans abonnement, réseaux sociaux type Facebook, Twitter, Youtube, etc.) la pression de publication se fait beaucoup plus forte, pouvant écraser les autres valeurs. Cette pression est d'autant plus forte depuis la crise économique débutée en 2007. Il y a un large déclin dans la lecture des journaux et suivi de la télévision. Des journaux bien établis ont déjà péri et ceux restants perdent en lecteurs, en abonnés, en revenus publicitaires (114). Ceci finit de fragiliser le journalisme local comme agent de la démocratie (115–117).

- Pour les journalistes *stricto sensu*, c'est-à-dire dont l'activité principale et la source de revenus principale est l'exercice du métier du journaliste, l'hostilité du milieu est plus grande qu'auparavant et les emplois plus précaires. En effet l'emploi des journalistes se baserait de plus en plus sur le fonctionnement en freelance. L'arrivée de pratiques journalistiques « Low-pay, no pay » pouvant relever du dumping finit d'accroître la pression sur le journaliste souhaitant vivre de son métier (115,116,118).

Certains discours plus marginaux sont à citer aussi comme potentiels obstacles à cette acculturation. Les positions pour le droit au suicide ou des positions antipsychiatriques comme celles de Szasz doivent être connues (119). Ce dernier juge hors de propos la question de la santé mentale dans la capacité décisionnelle, remet en question la prévention du suicide comme un devoir professionnel et le

pouvoir alloué par la loi et les autorités à limiter le sujet dans son libre-arbitre en cas d'imminence du suicide. La caractérisation du psychiatre comme agent essentiellement politique comme formulé par Szasz peut constituer une vision présentant un obstacle supplémentaire et une possible source de défiance envers les programmes de prévention et les communications psychiatriques auprès des journalistes. Ceci rend d'autant plus importante une position horizontale, non paternaliste lors des interventions. Les cas particuliers de suicides à connotation politique peuvent notamment être l'objet de discussions.

Ces derniers cas, que l'on peut illustrer avec celui de Thích Quảng Đức, moine bouddhiste vietnamien suicidé par le feu en protestation contre les décisions oppressives, envers la communauté bouddhiste, du gouvernement vietnamien d'alors, illustrent parfaitement la difficulté d'exposer les données scientifiques du suicide en général en contre-argument à un récit contextualisé politique précis. En l'absence d'autopsie psychologique, le débat se poursuit.

Plusieurs axes de progression sont envisageable vis à vis de :

- l'intervention :
 - allonger ou dupliquer l'intervention, un allongement à 4h de la rencontre ou une répétition favorisent l'acculturation, par la mise en contact, et l'intégration des connaissances ;
 - homogénéiser les interventions d'internes (posture horizontale, sessions d'entraînements, tout en gardant le caractère libre du format qui permet une présentation "incarnée" et investie)
- l'organisation des sessions hors de certaines périodes :

- pour cause d'accessibilité physique aux étudiants : fin de période académique, périodes de stages
 - pour cause d'accessibilité psychique : veille ou jour d'examen
- une passation informatique
 - un perfectionnement des outils d'évaluation : certains items du QECS et de la version française du SOSS peuvent conserver un effet « plancher » ou « plafond » polluant les résultats.

Cette étude apporte des résultats encourageants en terme de prévention du suicide et appelle à être étendue et adaptée aux réseaux sociaux et à la fiction. Ce sont aujourd'hui d'autres dimensions du programme Papageno avec à ce jour une étude traitant de la dimension de prévention du suicide à travers les réseaux sociaux(120), et l'édification d'un outil d'évaluation des œuvres de fictions(121).

La poursuite des interventions, la mise en lien avec de nouvelles écoles, l'extension du réseau (avec mise en lien des étudiants journalistes et internes psychiatres locaux accompagnée d'une mise à disposition ; interventions au cours de congrès) ouvre vers un impact plus élevé du programme dans les sphères médicales et journalistiques.

Bibliographie

1. Définitions : suicide - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cited 2019 Sep 5]. Available from: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/suicide/75284#citation>
2. Psychiatrie et Addictologie Référentiel de Psychiatrie et Addictologie 2 e édition révisée [Internet]. [cited 2019 Sep 11]. Available from: <http://www.asso-aesp.fr/wp-content/uploads/2014/11/ECN-referentiel.pdf>
3. Définitions : suicidé, suicidée - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cited 2019 Sep 5]. Available from: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/suicide/75285?q=suicide#74426>
4. Définitions : suicidant, suicidante - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cited 2019 Sep 5]. Available from: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/suicide/75283?q=suicide#74424>
5. Définitions : suicidaire - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cited 2019 Sep 5]. Available from: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/suicide/75282?q=suicide#74423>
6. OMS | Données et statistiques sur le suicide. WHO. 2014;
7. Nakazawa Y, OMS. Prévention du suicide, l'état d'urgence mondial. 2014; Available from: http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html
8. WHO Mortality Database [Internet]. 2018 [cited 2019 Sep 22]. Available from: <http://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/whodpms/>
9. WHO. WHO | Suicide data [Internet]. WHO Website. World Health Organization; 2016 [cited 2019 Sep 9]. p. 1. Available from:

https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

10. Mishara BL, Weisstub DN. The legal status of suicide: A global review. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 2016 Jan 1 [cited 2019 Sep 20];44:54–74. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0160252715001429>
11. Observatoire National du Suicide. Suicide, enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence [Internet]. 2018 [cited 2019 Sep 5]. Available from: <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/184000075.pdf>
12. Farhi R. *Le suicide en France, opinions et réalité: étude réalisée d'après deux sondages de la SOFRES*. Editions L'Harmattan; 2003.
13. Mishara BL, Tousignant M. *Comprendre le suicide*. Comprendre le suicide. 2018.
14. Garrison EP. *Attitudes toward Suicide in Ancient Greece*. *Trans Am Philol Assoc*. 2006;
15. Hume D. *David Hume: ESSAIS SUR LE SUICIDE ET SUR L'IMMORTALITE DE L'AME (1783)* [Internet]. [cited 2019 Sep 4]. Available from: <https://philotra.pagesperso-orange.fr/essai1.htm>
16. Chenet F-X. *Kant. Philosophie pratique*. [Internet]. 2008 [cited 2019 Sep 4]. Available from: www.philopsis.fr
17. Holbach PHDT. *La morale universelle ou les devoirs de l'homme fondés sur sa nature*. Vol. 1. Marc-Michel Rey; 1776.
18. *Sturm und Drang* — Wikipédia [Internet]. [cited 2019 Sep 15]. Available from: https://fr.wikipedia.org/wiki/Sturm_und_Drang
19. Roldan S. *Le rejet du suicide par les romanciers naturalistes : permanence*

- d'une figure révoltante. *Romantisme* [Internet]. 2014 [cited 2019 Jul 23];164(2):121. Available from: <http://www.cairn.info/revue-romantisme-2014-2-page-121.htm>
20. Esquirol E. *Des Maladies Mentales Considerées sous les Rapports Medical*. [Internet]. 1838 [cited 2019 Sep 13]. Available from: <https://books.google.fr/books?id=ejcUAAAAQAAJ&pg=PA670&lpq=PA670&dq=%22Si+le+suicide+est+sans+cesse+représenté+dans+les+livres,+sur+les+théâtres,+non-seulement+comme+un+acte+indifférent,+mais+comme+un+acte+de+courage+devant+lequel>
 21. Durkheim É. *Le suicide: 鉃tude de sociologie*. F. Alcan; 1897.
 22. Bellamy, Roelandt, Caria. *Troubles mentaux et représentations de la santé mentale: premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale* [Internet]. [cited 2019 Sep 4]. Available from: <http://www.epsm-lille-metropole.fr>
 23. Pirkis J, Blood RW, Beautrais A, Burgess P, Skehan J. Media guidelines on the reporting of suicide. *Crisis*. 2006;
 24. HILL AB. THE ENVIRONMENT AND DISEASE: ASSOCIATION OR CAUSATION? *Proc R Soc Med* [Internet]. 1965 May [cited 2019 Sep 4];58(5):295–300. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14283879>
 25. Krysinska K, Lester D. Comment on the Werther Effect. *Crisis* [Internet]. 2006 Mar [cited 2019 Aug 6];27(2):100–100. Available from: <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1027/0227-5910.27.2.100>
 26. Phillips D. The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical

- implications of the Werther effect. *Am Sociol Rev.* 1974;
27. Comment juger la plausibilité d'un lien causal entre un facteur et la survenue d'une pathologie ? [Internet]. [cited 2019 Sep 22]. Available from: <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/102/?sequence=79>
 28. Sisask M, Värnik A. Media Roles in Suicide Prevention: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2012 Jan 4 [cited 2019 Sep 11];9(1):123–38. Available from: <http://www.mdpi.com/1660-4601/9/1/123>
 29. Hegerl U, Koburger N, Rummel-Kluge C, Gravert C, Walden M, Mergl R. One followed by many?—Long-term effects of a celebrity suicide on the number of suicidal acts on the German railway net. *J Affect Disord.* 2013;146(1):39–44.
 30. Notredame C-É, Pauwels N, Walter M, Danel T, Vaiva G. Le traitement médiatique du suicide : du constat épidémiologique aux pistes de prévention. *Presse Med* [Internet]. 2015 Dec 1 [cited 2019 May 24];44(12):1243–50. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S075549821500370X>
 31. Etzersdorfer E, Voracek M, Sonneck G. A Dose-Response Relationship Between Imitational Suicides and Newspaper Distribution. *Arch Suicide Res* [Internet]. 2004 Apr [cited 2019 Sep 9];8(2):137–45. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13811110490270985>
 32. Niederkrotenthaler T, Sonneck G. Assessing the Impact of Media Guidelines for Reporting on Suicides in Austria: Interrupted time Series Analysis. *Aust New Zeal J Psychiatry* [Internet]. 2007 May 26 [cited 2019 May 24];41(5):419–28. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1080/00048670701266680>
 33. Niederkrotenthaler T, Voracek M, ... AH-TBJ of, 2010 undefined. Role of

- media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. *cambridge.org* [Internet]. [cited 2019 Sep 9]; Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/role-of-media-reports-in-completed-and-prevented-suicide-werther-v-papageno-effects/DF62CAE7A44147EE9CAB4DFB50B49F0>
34. Niederkrotenthaler T, Fu K, Yip PSF, Fong DYT, Stack S, Cheng Q, et al. Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide: a meta-analysis. *J epidemiol community Heal*. 2012;66(11):1037–42.
 35. Haw C, Hawton K, Niedzwiedz C, Platt S. Suicide Clusters: A Review of Risk Factors and Mechanisms. *Suicide Life-Threatening Behav* [Internet]. 2013 Feb [cited 2019 Sep 11];43(1):97–108. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1943-278X.2012.00130.x>
 36. Sinyor M, Schaffer A, Nishikawa Y, Redelmeier DA, Niederkrotenthaler T, Sareen J, et al. The association between suicide deaths and putatively harmful and protective factors in media reports. *Cmaj*. 2018;190(30):E900–7.
 37. Andriessen K. On the Werther Effect: A Reply to Krysinaka and Lester. *Crisis* [Internet]. 2007 Jan [cited 2019 Aug 6];28(1):48–9. Available from: <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1027/0227-5910.28.1.48>
 38. Sinyor M, Schaffer A, Heisel MJ, Picard A, Adamson G, Cheung CP, et al. Media Guidelines for Reporting on Suicide: 2017 Update of the Canadian Psychiatric Association Policy Paper [Internet]. 2018 [cited 2019 Aug 6]. Available from: <https://www.cpa-apc.org/wp-content/uploads/Media-Guidelines-Suicide-Reporting-EN-2018.pdf>
 39. MOTTO JA. Suicide and Suggestibility—The Role of the Press. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1967 Aug [cited 2019 Sep 11];124(2):252–6. Available

- from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4951589>
40. Niederkrotenthaler T, Fu K, Yip PSF, Fong DYT, Stack S, Cheng Q, et al. Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2012 Nov 1 [cited 2019 Sep 11];66(11):1037–42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22523342>
 41. Phillips DP. The Influence of Suggestion on Suicide: Substantive and Theoretical Implications of the Werther Effect. *Am Sociol Rev* [Internet]. 1974 Jun [cited 2019 Sep 11];39(3):340. Available from: <http://www.jstor.org/stable/2094294?origin=crossref>
 42. Ladwig K-H, Kunrath S, Lukaschek K, Baumert J. The railway suicide death of a famous German football player: Impact on the subsequent frequency of railway suicide acts in Germany. *J Affect Disord* [Internet]. 2012 Jan 1 [cited 2019 Sep 11];136(1–2):194–8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032711005702>
 43. Hegerl U, Koburger N, Rummel-Kluge C, Gravert C, Walden M, Mergl R. One followed by many?—Long-term effects of a celebrity suicide on the number of suicidal acts on the German railway net. *J Affect Disord* [Internet]. 2013 Mar 20 [cited 2019 Sep 11];146(1):39–44. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032712006015>
 44. Cheng Q, Yip PSF. Suicide news reporting accuracy and stereotyping in Hong Kong. *J Affect Disord* [Internet]. 2012 Dec 10 [cited 2019 May 24];141(2–3):270–5. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032712002364>
 45. Cheng Q, Li H, Silenzio V, Caine ED. Suicide Contagion: A Systematic Review

- of Definitions and Research Utility. Voracek M, editor. PLoS One [Internet]. 2014 Sep 26 [cited 2019 Jul 31];9(9):e108724. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0108724>
46. Queinec R, Benjamin C, Beitz C, Lagarde E, Encrenaz G. Suicide contagion in France: an epidemiologic study. *Inj Prev* [Internet]. 2010 Sep 1 [cited 2019 Sep 11];16(Supplement 1):A241–A241. Available from: <http://injuryprevention.bmj.com/cgi/doi/10.1136/ip.2010.029215.858>
 47. Whitley R, Fink DS, Santaella-Tenorio J, Keyes KM. Suicide Mortality in Canada after the Death of Robin Williams, in the Context of High-Fidelity to Suicide Reporting Guidelines in the Canadian Media. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2019 Jun 10 [cited 2019 Jul 31];070674371985407. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0706743719854073>
 48. Fink DS, Santaella-Tenorio J, Keyes KM. Increase in suicides the months after the death of Robin Williams in the US. Harris KM, editor. PLoS One [Internet]. 2018 Feb 7 [cited 2019 May 24];13(2):e0191405. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29415016>
 49. Mesoudi A. The Cultural Dynamics of Copycat Suicide. Jones JH, editor. PLoS One [Internet]. 2009 Sep 30 [cited 2019 Sep 11];4(9):e7252. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0007252>
 50. Niederkrotenthaler T, Voracek M, Herberth A, Till B, Strauss M, Etzersdorfer E, et al. Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2010 Sep 2 [cited 2019 Sep 11];197(3):234–43. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000015804/type/journal_article

51. Massin B, Flinois P, Dausque L. Guide des opéras de Mozart : [livrets, analyses, discographies]. Fayard; 1991.
52. Notredame C, Pauwels N, Vaiva G, Danel T, L'Encéphale MW-, 2016 undefined. Peut-on faire du journaliste un acteur de la prévention du suicide? Elsevier [Internet]. [cited 2019 Sep 9]; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700616300811>
53. Suicidaire DELAC. Suicide et conduite suicidaire Repérage et perspectives de prise en charge. 2013;89–95.
54. Omnes C, Vaiva G, Philippe A, Rouillon F, Roelandt J-L. Information psychiatrique. [Internet]. Vol. 81, L'Information Psychiatrique. 2005 [cited 2019 Sep 11]. 308–312 p. Available from: https://www.jle.com/en/revues/ipe/e-docs/risque_suicidaire_dans_lenquete_sante_mentale_en_population_general_e_premiers_resultats_265307/article.phtml?cle_doc=00040C5B
55. Benard V, Vaiva G, Masson M, Geoffroy PA. Lithium and suicide prevention in bipolar disorder. Encephale [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2019 Sep 11];42(3):234–41. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700616000385>
56. Brunet A, Séguin M, Leblanc L. Intervention en situation de crise et en contexte traumatique. G. Morin; 2006.
57. Hunt IM, Robinson J, Bickley H, Meehan J, Parsons R, McCann K, et al. Suicides in ethnic minorities within 12 months of contact with mental health services. Br J Psychiatry [Internet]. 2003 Aug 2 [cited 2019 Sep 25];183(2):155–60. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000162658/type/journal_article

58. Johnson RB, Oxendine S, Taub DJ, Robertson J. Suicide Prevention for LGBT Students. *New Dir Student Serv* [Internet]. 2013 Mar 1 [cited 2019 Sep 25];2013(141):55–69. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/ss.20040>
59. Figueiredo AR, Abreu T. Suicide Among Lgbt Individuals. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2015 Mar 28 [cited 2019 Sep 25];30:1815. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924933815313985>
60. Marshall E, Claes L, Bouman WP, Witcomb GL, Arcelus J. Non-suicidal self-injury and suicidality in trans people: A systematic review of the literature. *Int Rev Psychiatry* [Internet]. 2016 Jan 2 [cited 2019 Sep 25];28(1):58–69. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09540261.2015.1073143>
61. Eck M, Scouflaire T, Debien C, Amad A, Sannier O, Chan Chee C, et al. Le suicide en prison : épidémiologie et dispositifs de prévention. *Presse Med* [Internet]. 2019 Jan [cited 2019 Sep 25];48(1):46–54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30685227>
62. Bourgoin N. Le suicide en milieu carcéral. *Popul (French Ed)* [Internet]. 1993 May [cited 2019 Sep 25];48(3):609. Available from: <https://www.jstor.org/stable/1534097?origin=crossref>
63. Joe S, Bryant H. Evidence-Based Suicide Prevention Screening in Schools. *Child Sch* [Internet]. 2007 Oct 1 [cited 2019 Sep 25];29(4):219–27. Available from: <https://academic.oup.com/cs/article-lookup/doi/10.1093/cs/29.4.219>
64. Vaiva G. Les suicidants et leur entourage familial. *Perspect Psy* [Internet]. 2008 [cited 2019 Sep 11];47(4):330–4. Available from: <https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2008-4-page-330.htm>
65. Shneidman ES. *Deaths of man*. Penguin Books; 1973.

66. Santos JC, Simões RMP, Erse MPQ de A, Façanha JDN, Marques LAFA, Santos JC, et al. Impact of "+Contigo" training on the knowledge and attitudes of health care professionals about suicide. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2014 Aug [cited 2019 Sep 29];22(4):679–84. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000400679&lng=en&tIng=en
67. Berlim MT, Perizzolo J, Lejderman F, Fleck MP, Joiner TE. Does a brief training on suicide prevention among general hospital personnel impact their baseline attitudes towards suicidal behavior? *J Affect Disord* [Internet]. 2007 Jun 1 [cited 2019 Sep 29];100(1–3):233–9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032706004368>
68. Batterham PJ, Calear AL, Christensen H. Correlates of Suicide Stigma and Suicide Literacy in the Community. *Suicide Life-Threatening Behav* [Internet]. 2013 Aug 1 [cited 2019 Sep 29];43(4):406–17. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/sltb.12026>
69. Help PA to. *PATH Training Manual*. Bloomington: PATH; 2011.
70. Blog – Papageno Suicide [Internet]. [cited 2019 Sep 25]. Available from: <https://papageno-suicide.com/blog/>
71. Psycom. À lire, à voir, à écouter - Actualités - Psycom [Internet]. [cited 2019 Sep 25]. Available from: <http://www.psycom.org/Actualites/A-lire-a-voir-a-ecouter>
72. Schizophrénies : à contresens dans les médias | Actions militantes | Table | Portail français Schizophrénie [Internet]. [cited 2019 Sep 25]. Available from: <https://www.collectif-schizophrenies.com/table/actions-militantes/schizophrenie-a-contresens-dans-les-medias/>

73. Vaiva G, Plancke L, Amariei A, Demarty AL, Lardinois M, Creton A, et al. Évolutions du nombre de tentatives de suicide dans le Nord-Pas-de-Calais depuis l'implantation de Vigilans : premières estimations. *Encephale* [Internet]. 2019 Jan [cited 2019 Sep 4];45:S22–6. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0013700618302008>
74. Jardon V, Debien C, Duhem S, Morgiève M, Ducrocq F, Vaiva G. Un exemple de système de veille post-hospitalière des suicidants : Vigilans. *Encephale* [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2019 Sep 9];45:S13–21. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700618302033>
75. Duhem S, Dambry S, Marchand E, Creton A, Debien C, Hedouin V, et al. « Premières analyses de mortalité par suicide en Nord-Pas-de-Calais depuis l'implantation de Vigilans ». *Encephale* [Internet]. 2019 Jan [cited 2019 Sep 4];45:S38–41. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0013700618302021>
76. Robinson J, Cox G, Malone A, Williamson M, Baldwin G, Fletcher K, et al. A Systematic Review of School-Based Interventions Aimed at Preventing, Treating, and Responding to Suicide- Related Behavior in Young People. *Crisis* [Internet]. 2013 May 1 [cited 2019 Sep 9];34(3):164–82. Available from: <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1027/0227-5910/a000168>
77. Isaac M, Elias B, Katz LY, Belik S-L, Deane FP, Enns MW, et al. Gatekeeper Training as a Preventative Intervention for Suicide: A Systematic Review. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2009 Apr 1 [cited 2019 Sep 9];54(4):260–8. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/070674370905400407>
78. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year

- systematic review. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2016 Jul [cited 2019 Jul 19];3(7):646–59. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27289303>
79. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide Prevention Strategies. *JAMA* [Internet]. 2005 Oct 26 [cited 2019 Jul 19];294(16):2064. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16249421>
80. Organisation mondiale de la santé. Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial. 2014. 93 p.
81. OMS | Le suicide: Un problème de santé publique énorme mais évitable. WHO [Internet]. 2010 [cited 2019 Sep 25]; Available from: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/fr/>
82. OMS | Limiter l'accès aux moyens de se suicider. WHO [Internet]. 2012 [cited 2019 Sep 25]; Available from: https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/suicide/q7/fr/
83. Humeau M, Papet N, Jaafari N, Gotzamanis L, Lafay N, Senon JL. Disponibilité des armes à feu et risque suicidaire : revue de la littérature. *Ann Med Psychol (Paris)* [Internet]. 2007 May [cited 2019 Sep 25];165(4):269–75. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448707000418>
84. Pirkis J, Too LS, Spittal MJ, Krysincka K, Robinson J, Cheung YTD. Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2015 Nov 1 [cited 2019 Sep 25];2(11):994–1001. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2215036615002667>
85. Gunnell D, Nowers M, Bennewith O. Suicide by Jumping : is prevention

- possible? *Suicidologi* [Internet]. 2005 [cited 2019 Sep 25]; Available from: www.ssb.no/english/
86. Maple M, Cerel J, Sanford R, Pearce T, Jordan J. Is Exposure to Suicide Beyond Kin Associated with Risk for Suicidal Behavior? A Systematic Review of the Evidence. *Suicide Life-Threatening Behav* [Internet]. 2017 Aug [cited 2019 Sep 25];47(4):461–74. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27786372>
87. Andriessen K. Can Postvention Be Prevention? *Crisis* [Internet]. 2009 Jan 21 [cited 2019 Sep 25];30(1):43–7. Available from: <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1027/0227-5910.30.1.43>
88. IASP - Special Interest Group: Suicide and the Media - Guidelines [Internet]. [cited 2019 Sep 11]. Available from: https://www.iasp.info/media_guidelines.php
89. WHO, IASP. Preventing Suicide, A Ressource for Media ProgeSSIONnals. WHO Libr Cat Data [Internet]. 2008 [cited 2019 Sep 25]; Available from: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_media.pdf
90. Verzaux S, Notredame CE, Pauwels N, Danel T, Vaiva G, Walter M. Validation d'une grille d'évaluation qualitative d'articles de presse écrite sur le suicide, dans le cadre du programme Papageno. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2015 Nov 1 [cited 2019 Sep 11];30(8):S143–4. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0924933815004654>
91. Michel K, Frey C, Wyss K, Valach L. An exercise in improving suicide reporting in print media. *Crisis* [Internet]. 2000 [cited 2019 Sep 11];21(2):71–9. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2007-17294-001>
92. Tatum PT, Canetto SS, Slater MD. Suicide Coverage in U.S. Newspapers

- Following the Publication of the Media Guidelines. Suicide Life-Threatening Behav [Internet]. 2010 Oct [cited 2019 Sep 11];40(5):524–34. Available from: <http://www.atypon-link.com/GPI/doi/abs/10.1521/suli.2010.40.5.524>
93. Acosta FJ, Rodríguez CJ, Cejas MR, Ramallo-Fariña Y, Fernandez-Garcimartin H. Suicide Coverage in the Digital Press Media: Adherence to World Health Organization Guidelines and Effectiveness of Different Interventions Aimed at Media Professionals. Health Commun [Internet]. 2019 Aug 30 [cited 2019 Sep 11];1–10. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10410236.2019.1654176>
94. Arafat SMY, Khan MM, Niederkrotenthaler T, Ueda M, Armstrong G. Assessing the Quality of Media Reporting of Suicide Deaths in Bangladesh Against World Health Organization Guidelines. Crisis [Internet]. 2019 May 29 [cited 2019 Sep 11];1–7. Available from: <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1027/0227-5910/a000603>
95. Chun J, Kim J, Lee S. Fidelity assessment of the suicide reporting guidelines in Korean newspapers. BMC Public Health [Internet]. 2018 Dec 12 [cited 2019 Sep 11];18(1):1115. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-6014-4>
96. Pirkis J, Dare A, Blood RW, Rankin B, Williamson M, Burgess P, et al. Changes in Media Reporting of Suicide in Australia Between 2000/01 and 2006/07. Crisis [Internet]. 2009 Jan 21 [cited 2019 Sep 11];30(1):25–33. Available from: <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1027/0227-5910.30.1.25>
97. Thienel R, Bryant M, Hazel G, Skehan J, Tynan R. Do Australian media apply recommendations when covering a suicide prevention campaign? J Public

- Ment Health [Internet]. 2019 Jun 17 [cited 2019 Sep 11];18(2):135–47. Available from: <https://www.emeraldinsight.com/doi/10.1108/JPMH-10-2018-0071>
98. Whitley R, Fink DS, Santaella-Tenorio J, Keyes KM. Suicide Mortality in Canada after the Death of Robin Williams, in the Context of High-Fidelity to Suicide Reporting Guidelines in the Canadian Media. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2019 Jun 10 [cited 2019 Sep 11];070674371985407. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0706743719854073>
 99. Carmichael V, Whitley R. Suicide portrayal in the Canadian media: examining newspaper coverage of the popular Netflix series ‘13 Reasons Why.’ *BMC Public Health* [Internet]. 2018 Dec 31 [cited 2019 May 24];18(1):1086. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30170588>
 100. Corrigan PW, Powell KJ, Michaels PJ. The Effects of News Stories on the Stigma of Mental Illness. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 2013 Mar [cited 2019 Sep 29];201(3):179–82. Available from: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00005053-201303000-00003>
 101. Gould MS. Suicide and the Media [Internet]. [cited 2019 Sep 29]. Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.530.4169&rep=rep1&type=pdf>
 102. Notredame C-É, Granger B. L’effet Papageno pour prévenir la contagion suicidaire. *PSN*. 2017;15(1):21–7.
 103. Notredame C. Efficacité d’un programme de sensibilisation au suicide à destination d’étudiants en journalisme. *papageno-suicide.com* [Internet]. 2015 [cited 2019 Sep 9]; Available from: <https://papageno-suicide.com/wp->

content/uploads/2017/12/Notredame_Mémoire.pdf

104. McIntosh JL, Hubbard RW, Santos JF. Suicide facts and myths: A study of prevalence. *Death Stud* [Internet]. 1985 Jul 14 [cited 2019 Sep 23];9(3–4):267–81. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07481188508252523>
105. Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol*. 2004;59(7):614.
106. Carpiniello B, Pinna F. The reciprocal relationship between suicidality and stigma. *Front psychiatry*. 2017;8:35.
107. Légal JB, Delouvé S. *Stéréotypes, préjugés et discrimination* (2008). 2 e édition. Paris; 2015.
108. Ross AM, Morgan AJ, Jorm AF, Reavley NJ. A systematic review of the impact of media reports of severe mental illness on stigma and discrimination, and interventions that aim to mitigate any adverse impact. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2019 Jan 22 [cited 2019 Sep 13];54(1):11–31. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00127-018-1608-9>
109. Harfmann EJ, Rhyner KT, Ingram RE. Cognitive inhibition and attentional biases in the affective go/no-go performance of depressed, suicidal populations. *J Affect Disord* [Internet]. 2019 Sep 1 [cited 2019 Sep 19];256:228–33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31200162>
110. De La Tour A. Claeys-Leonetti law : key messages. *Rev Prat* [Internet]. 2017 Dec [cited 2019 Sep 19];67(10):1147. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30512620>
111. Foucault M. *Folie et déraison: histoire de la folie à l'âge classique*. Vol. 169.

- Paris, Plon [1961]; 1961.
112. Gilliéron E. La fonction des mythes dans l'équilibre des groupes: Quelques hypothèses [Internet]. *Revue européenne des sciences sociales*. Librairie Droz; [cited 2019 Sep 21]. p. 97–120. Available from: <https://www.jstor.org/stable/40370794>
 113. Puterbaugh J. Column: Why do we report some suicides but not others? - Chicago Tribune. *Chicago Tribune* [Internet]. 2017 [cited 2019 Sep 25]; Available from: <https://www.chicagotribune.com/suburbs/evanston/ct-evr-suicides-reporting-column-tl-0119-20170113-story.html>
 114. Democracy and the Decline of Newspapers - Graduate School of Public Policy [Internet]. [cited 2019 Aug 6]. Available from: <https://www.schoolofpublicpolicy.sk.ca/research/publications/policy-brief/Democracy-and-the-Dcline-of-Newspapers.php>
 115. Wahl-Jorgensen K, Williams A, Sambrook R, Harris J, Garcia-Blanco I, Dencik L, et al. The Future of Journalism. *Digit Journal* [Internet]. 2016 Oct 2 [cited 2019 Jul 31];4(7):809–15. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21670811.2016.1199469>
 116. Franklin B. The Future of Journalism. *Journal Stud* [Internet]. 2016 Oct 2 [cited 2019 Aug 6];17(7):798–800. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/1461670X.2016.1197641>
 117. Eisler D. Democracy and the Decline of Newspapers - Graduate School of Public Policy [Internet]. [cited 2019 Sep 5]. Available from: <https://www.schoolofpublicpolicy.sk.ca/research/publications/policy-brief/Democracy-and-the-Dcline-of-Newspapers.php>
 118. Bakker P. AGGREGATION, CONTENT FARMS AND HUFFINIZATION.

- Journal Pract [Internet]. 2012 Oct [cited 2019 Aug 6];6(5–6):627–37. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17512786.2012.667266>
119. Szasz T. The case against suicide prevention. *Am Psychol* [Internet]. 1986 [cited 2019 Sep 13];41(7):806–12. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0003-066X.41.7.806>
120. Notredame C-E, Grandgenèvre P, Pauwels N, Morgiève M, Wathelet M, Vaiva G, et al. Leveraging the web and social media to promote access to care among suicidal individuals. *Front Psychol*. 2018;9:1338.
121. Gauld C, Wathelet M, Medjkane F, Pauwels N, Bougerol T, Notredame C-E. Construction and Validation of an Analytical Grid about Video Representations of Suicide (“MoVIES”). *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019 Aug 3 [cited 2019 Sep 29];16(15):2780. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/15/2780>

Annexe I : Feuillet temps T0 - Informations sur l'étude

Proposition de participation à l'évaluation du Programme Papageno

Bonjour,

Le suicide est un phénomène social que les journalistes sont susceptibles d'avoir à traiter dans le cadre de leur mission d'information. Dans le même temps, il s'agit d'un problème de santé publique contre lequel les professionnels de la santé et les associations s'attachent à lutter.

Le programme Papageno consiste en une rencontre-formation entre des étudiants en journalisme et des internes en psychiatrie. Ce programme, dont vous allez bénéficier aujourd'hui, s'accompagne d'une évaluation visant à étudier les liens qui existent entre le suicide et son traitement médiatique, à travers les représentations qu'ont les journalistes du fait suicidaire.

Ce document décrit l'étude à laquelle il vous est proposé de prendre part et son déroulement. Vous êtes bien entendu libre d'accepter ou de refuser de participer. Toutefois, votre aide nous serait précieuse pour mieux appréhender la portée du programme.

Objectif de l'étude

L'objectif est d'évaluer la façon dont les étudiants en journalisme perçoivent et connaissent le suicide.

Organisme responsable de l'étude

L'étude est menée par la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France, en collaboration avec le Groupement d'études et de prévention du suicide et l'Association des internes et anciens internes en psychiatrie de Lille.

Déroulement de l'étude

L'étude comporte deux sessions. L'une a lieu dès aujourd'hui, l'autre aura lieu dans 1 mois. À chacune de ces sessions, il vous sera demandé de remplir des questionnaires papier. En cas d'engagement, nous vous demandons de participer aux deux sessions de l'étude. En effet, les résultats d'une session ne pourront pas être analysés seuls. Chaque session ne durera pas plus de 10 minutes.

Si vous êtes d'accord, nous vous invitons donc

- **Aujourd'hui** : à renseigner dès maintenant les quelques informations générales vous concernant et à remplir les questionnaires suivants (voir p. 3).
- **Dans 1 mois** : à renseigner les mêmes données et à remplir les questionnaires qui vous seront remis.

Traitement des données

Afin de suivre vos questionnaires tout en préservant votre anonymat, nous vous demandons de bien vouloir construire votre pseudonyme et de l'inscrire à l'endroit dédié. Ce pseudonyme vous sera demandé à nouveau dans un mois. **Soyez donc attentifs à bien le conserver.** Vous êtes seul garant de votre pseudonyme.

Le pseudonyme devra être construit comme suit :

3 premières lettres capitales de votre prénom_3 premières lettres capitales du prénom de votre mère_numéro de logement à la date du premier questionnaire_numéro du département de naissance.

Ex : Si je m'appelle Olivier, que ma mère s'appelle Josiane, que j'habite au 45bis, rue du général de Gaulle et que je suis né dans le nord, mon pseudo sera :

OLI_JOS_45_59

NB : Le numéro à attribuer si la naissance a eu lieu à l'étranger est 99

Les renseignements recueillis resteront strictement confidentiels et ne seront utilisés qu'à des fins de recherche. Seuls les membres de l'équipe Papageno auront accès aux données.

Les résultats de l'étude vous seront communiqués dès la fin de son déroulement. Vous pourrez également les retrouver, ainsi que tous les renseignements concernant le programme Papageno, sur le site :

www.papageno-suicide.com

Vous trouverez notamment sur ce site toutes les informations sur les réseaux d'assistance et les recours possibles concernant le suicide.

Contact

Vous pouvez adresser toute question ou demande d'information à

Charles-Edouard Notredame,
Référént évaluation du programme Papageno
Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France
Mail : papageno@f2rsmpsy.fr
Adresse : 3, rue ~~Majpart~~
59000 Lille

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette note d'information et vous invitons, si vous souhaitez collaborer à l'étude, à vous rendre page suivante pour commencer à remplir le questionnaire.

Annexe II : Feuillet temps T1

Proposition de participation à l'évaluation du Programme Papageno

Bonjour,

Vous aviez participé, il y a un mois de cela, à la première partie de l'étude du programme Papageno, et nous vous en remercions.

Rappelons que le programme Papageno consiste en une rencontre-formation entre des étudiants en journalisme et des internes en psychiatrie. Il s'accompagne d'une évaluation visant à étudier les liens qui existent entre le suicide et son traitement médiatique, à travers les représentations qu'ont les journalistes du fait suicidaire.

Ce document vous rappelle l'étude à laquelle vous avez commencé à prendre part et son déroulement. Nous vous proposons aujourd'hui de participer à sa deuxième partie. Vous êtes bien entendu libre d'accepter ou de refuser de participer. Toutefois, votre aide nous serait précieuse pour mieux appréhender la portée du programme.

Objectif de l'étude

L'objectif est d'évaluer la façon dont les étudiants en journalisme perçoivent et connaissent le suicide.

Organisme responsable de l'étude

L'étude est menée par la Fédération de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France, en collaboration avec le Groupement d'études et de prévention du suicide et l'Association des internes et anciens internes en psychiatrie de Lille.

Déroulement de l'étude

L'étude comporte deux sessions. L'une a eu lieu il y a 1 mois, l'autre a lieu aujourd'hui. À chacune de ces sessions, il vous est demandé de remplir des questionnaires papier. En cas d'engagement, nous vous demandons de participer aux deux sessions de l'étude. En effet, les résultats d'une session ne pourront pas être analysés seuls. Chaque session ne durera pas plus de 10 minutes.

Si vous êtes d'accord, nous vous invitons donc à renseigner à nouveau les quelques données générales sur lesquelles nous vous avons déjà interrogé et à remplir les questionnaires qui débutent à la page 3.

Traitement des données

Afin de suivre vos questionnaires tout en préservant votre anonymat, nous vous demandons de bien vouloir inscrire votre pseudonyme à l'endroit dédié. Il s'agit du même pseudonyme que vous aviez construit il y a 1 mois.

Pour rappel, votre pseudonyme était construit comme suit :

3 premières lettres capitales de votre prénom_3 premières lettres capitales du prénom de votre mère_numéro de logement à la date du premier questionnaire_numéro du département de naissance.

Ex : Si je m'appelle Olivier, que ma mère s'appelle Josiane, que j'habite à 45 bis, rue du Général de Gaulle et que je suis né dans le nord, mon pseudo sera :

OLI_JOS_45_59

NB : Le numéro à attribuer si la naissance a eu lieu à l'étranger est 99

Les renseignements recueillis resteront strictement confidentiels et ne seront utilisés qu'à des fins de recherche. Seuls les membres de l'équipe Papageno auront accès aux données.

Les résultats de l'étude vous seront communiqués dès la fin de son déroulement. Vous pourrez également les retrouver, ainsi que tous les renseignements concernant le programme Papageno, sur le site :

www.papageno-suicide.com

Vous trouverez notamment sur ce site toutes les informations sur les réseaux d'assistance et les recours possibles concernant le suicide.

Contact

Vous pouvez adresser toute question ou demande d'information à

Charles-Edouard Notredame,
Référént évaluation du programme Papageno Hauts-de-France
Mail : papageno@f2rsmpsy.fr
Adresse : 3, rue Malpart,
59000 Lille

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette note d'information et vous invitons, si vous souhaitez collaborer à l'étude, à vous rendre page suivante pour commencer à remplir le questionnaire.

Annexe III : Informations personnelles, Questionnaire d'Evaluation des Connaissances sur le Suicide - Epidémiologie

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Merci de renseigner les informations suivantes de façon claire et lisible.

- Quel est votre âge ?
- Vous êtes : Un homme Une femme
- Quel est le nom de votre école ?
- Quelle est votre ville d'étude ?

QUESTIONNAIRE N°1 : QECS



Pour chacune des questions suivantes, cochez la case correspondant à la réponse qui vous paraît être juste (une seule réponse possible).

1.	En moyenne, combien de personnes meurent d'un suicide en France chaque année ?
<input type="checkbox"/>	< 5.000
<input type="checkbox"/>	[5.000-10.000[
<input type="checkbox"/>	[10.000-15.000[
<input type="checkbox"/>	[15.000-20.000[
<input type="checkbox"/>	> 20.000

2.	En moyenne, quelle est la proportion de femmes retrouvées parmi les victimes de suicide ?
<input type="checkbox"/>	[0-20%[
<input type="checkbox"/>	[20-40%[
<input type="checkbox"/>	[40-60%[
<input type="checkbox"/>	[60-80%[
<input type="checkbox"/>	[80-100%]

3.	Le suicide est la ... cause de mortalité chez les 15-25 ans.
<input type="checkbox"/>	1ère
<input type="checkbox"/>	2ème
<input type="checkbox"/>	3ème
<input type="checkbox"/>	4ème
<input type="checkbox"/>	5ème

4.	Les tentatives de suicide sont ... plus fréquentes que les suicides.
<input type="checkbox"/>	[1-2 fois[
<input type="checkbox"/>	[2-3 fois[
<input type="checkbox"/>	[3-5 fois[
<input type="checkbox"/>	[5-10 fois[
<input type="checkbox"/>	plus de 10 fois

5.	En moyenne, quelle est la proportion de femmes retrouvées parmi les victimes de tentative de suicide ?
<input type="checkbox"/>	[0-20%[
<input type="checkbox"/>	[20-40%[
<input type="checkbox"/>	[40-60%[
<input type="checkbox"/>	[60-80%[
<input type="checkbox"/>	[80-100%]

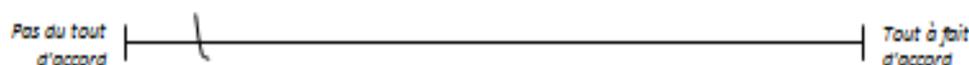
6.	Parmi les tranches d'âge suivantes, quelle est, en France, celle chez qui on retrouve le nombre de suicides le plus élevé (en nombre absolu) ?
<input type="checkbox"/>	15-24 ans
<input type="checkbox"/>	25-34 ans
<input type="checkbox"/>	35-44 ans
<input type="checkbox"/>	45-54 ans
<input type="checkbox"/>	55-64 ans

Annexe IV : Questionnaire d'Evaluation des Connaissances sur le Suicide

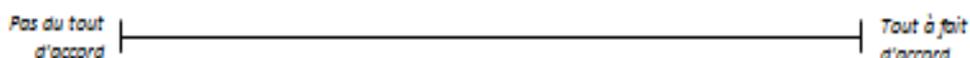


En dessous de chacune des propositions suivantes figure, sous la forme d'un axe, une échelle allant de "Pas du tout d'accord" à "Tout à fait d'accord". Sur chacun de ces axes, tracez un trait vertical pour indiquer votre degré d'accord avec la proposition. Plus vous êtes d'accord avec la proposition, plus votre trait devra se situer à droite sur l'axe ; plus vous êtes en désaccord avec la proposition, plus votre trait devrait se situer à gauche sur l'axe.

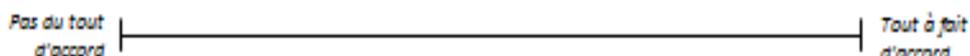
Exemple :



-
1. Certains comportements peuvent laisser présager un risque suicidaire, même si la personne n'en parle pas.



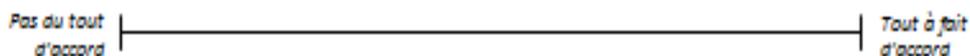
-
2. Il est anodin de communiquer sur le suicide.



-
3. Le suicide peut parfois être lié à un phénomène d'imitation.



-
4. Quand une personne a pris la décision de se suicider, on ne peut rien faire pour l'en empêcher.



-
5. Quand une personne va mieux après une tentative de suicide, cela signifie que le risque est passé.



-
6. La couverture médiatique d'un suicide peut diminuer le risque de passage à l'acte suicidaire chez des personnes vulnérables.



-
7. Les personnes qui se suicident ou font une tentative de suicide ne cherchent que rarement une aide médicale avant de passer à l'acte.



-
8. Une personne qui a déjà fait une tentative de suicide dans le passé est plus à risque de se suicider que si elle n'en avait jamais fait.





En dessous de chacune des propositions suivantes figure, sous la forme d'un axe, une échelle allant de "Pas du tout d'accord" à "Tout à fait d'accord". Sur chacun de ces axes, tracez un trait vertical pour indiquer votre degré d'accord avec la proposition. Plus vous êtes d'accord avec la proposition, plus votre trait devra se situer à droite sur l'axe ; plus vous êtes en désaccord avec la proposition, plus votre trait devrait se situer à gauche sur l'axe.

Exemple :



-
1. Certains comportements peuvent laisser présager un risque suicidaire, même si la personne n'en parle pas.



-
2. Il est anodin de communiquer sur le suicide.



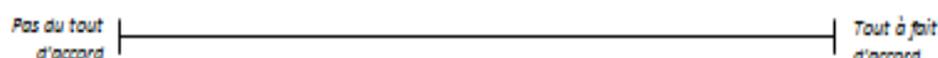
-
3. Le suicide peut parfois être lié à un phénomène d'imitation.



-
4. Quand une personne a pris la décision de se suicider, on ne peut rien faire pour l'en empêcher.



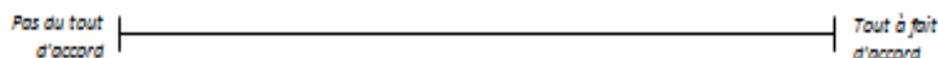
-
5. Quand une personne va mieux après une tentative de suicide, cela signifie que le risque est passé.



-
6. La couverture médiatique d'un suicide peut diminuer le risque de passage à l'acte suicidaire chez des personnes vulnérables.



-
7. Les personnes qui se suicident ou font une tentative de suicide ne cherchent que rarement une aide médicale avant de passer à l'acte.



-
8. Une personne qui a déjà fait une tentative de suicide dans le passé est plus à risque de se suicider que si elle n'en avait jamais fait.



9. Dans la grande majorité des cas, le suicide résulte d'un choix délibéré.

Pas du tout
d'accord

Tout à fait
d'accord

10. Toute personne qui se suicide aurait été diagnostiquée comme dépressive si elle avait été vue par un médecin avant son geste.

Pas du tout
d'accord

Tout à fait
d'accord

11. Ce qui pousse une personne à se suicider n'est pas nécessairement l'envie de mourir.

Pas du tout
d'accord

Tout à fait
d'accord

12. Les personnes qui parlent de suicide ne passent que rarement à l'acte.

Pas du tout
d'accord

Tout à fait
d'accord

13. Le suicide est le plus souvent associé à une maladie psychiatrique passée ou actuelle.

Pas du tout
d'accord

Tout à fait
d'accord

14. Quand une personne utilise un moyen peu dangereux pour essayer de se suicider, c'est qu'elle n'est pas vraiment déterminée.

Pas du tout
d'accord

Tout à fait
d'accord

15. Il existe une association fréquente entre la dépendance à l'alcool et le suicide.

Pas du tout
d'accord

Tout à fait
d'accord

16. La plupart des personnes qui essaient de se suicider parlent au préalable de leurs intentions ou laissent des indices.

Pas du tout
d'accord

Tout à fait
d'accord

17. Avoir vécu un traumatisme expose nécessairement à des idées suicidaires.

Pas du tout
d'accord

Tout à fait
d'accord

18. Les personnes qui essaient de se suicider et échouent ne songent pas sérieusement à mettre un terme à leur vie. Ils cherchent souvent simplement à attirer la compassion.

Pas du tout
d'accord

Tout à fait
d'accord

19. Une personne joviale est à l'abri du suicide.

Pas du tout
d'accord

Tout à fait
d'accord

20. Si vous demandez à une personne "Pensez-vous à vous suicider ?", cela incitera probablement cette personne à le faire.

Pas du tout d'accord |-----| Tout à fait d'accord

21. On peut aider une personne qui pense au suicide même si on n'est pas expert.

Pas du tout d'accord |-----| Tout à fait d'accord

22. La couverture médiatique d'un suicide peut augmenter le risque de passage à l'acte suicidaire chez des personnes vulnérables.

Pas du tout d'accord |-----| Tout à fait d'accord

23. Le suicide ne survient que rarement sans signe d'alerte.

Pas du tout d'accord |-----| Tout à fait d'accord

24. Une personne qui se suicide souffre nécessairement d'une maladie mentale.

Pas du tout d'accord |-----| Tout à fait d'accord

25. Il est banal d'avoir des idées suicidaires : la plupart des personnes qui vivent ou ont vécu des événements difficiles (violence, chômage,...) en ont.

Pas du tout d'accord |-----| Tout à fait d'accord

26. Les personnes qui menacent de se suicider ne mettront par leur menace à exécution. Seules les personnes qui restent silencieuses sur leur intention le feront.

Pas du tout d'accord |-----| Tout à fait d'accord

27. Il existe une prédisposition héréditaire au suicide.

Pas du tout d'accord |-----| Tout à fait d'accord

28. Une personne suicidaire aura toute sa vie des idées suicidaires.

Pas du tout d'accord |-----| Tout à fait d'accord

29. Les idées suicidaires constituent, en elles-mêmes, un trouble psychique.

Pas du tout d'accord |-----| Tout à fait d'accord

Annexe V : Stigma Of Suicide Scale



Concernant les personnes qui se suicident, indiquez, en utilisant l'échelle ci-dessous, à quel point vous êtes en accord avec les adjectifs suivants. En général, selon vous, un individu qui se suicide est...

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en désaccord, ni d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
aliéné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
arrogant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
quelqu'un qui cherche de l'attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
barbare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
courageux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
brisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
un fardeau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
engagé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lâche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cruel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
à bout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dévoué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
déprimé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
déconnecté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
perturbé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
une source d'embarras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fondièrement mauvais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
défaillant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
téméraire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
blessé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
blessant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ignorant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
immoral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
en souffrance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
irresponsable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
isolé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
paresseux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
perdu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
misérable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
motivé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
noble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pathétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
puissant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni en désaccord, ni d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
quelqu'un qui punit les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rationnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
réaliste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
imprudent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
égoïste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
insensé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
superficiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
honteux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
étrange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stupide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
piégé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
compréhensible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
injuste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
impardonnable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
malheureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
injustifiable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
contre nature	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
inutile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vengeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
violent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
faible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
replié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nous vous remercions d'avoir collaboré à cette étude.

Annexe VI : Recommandations OMS aux professionnels des médias

Indications rapide pour les professionnels des médias

- **Sensibiliser le public au sujet du suicide**
- **Évitez le langage qui sensationnalise et normalise le suicide, ou qui le présente comme une solution aux problèmes**
- **Éviter de placer en vue et en répétition inutile des histoires au sujet du suicide**
- **Évitez la description détaillée de la méthode utilisée dans un suicide ou tentative de suicide**
- **Évitez de fournir des informations détaillées sur le lieux où s'est produit le suicide ou la tentative de suicide**
- **Rédiger les gros titres avec attention**
- **Faites preuve de prudence dans l'utilisation de photographies ou de séquences vidéos**
- **Faire particulièrement attention dans les reportages sur le suicide des célébrités**
- **Montrer de la considération pour les personnes endeuillées par un suicide**
- **Fournir des informations sur les ressources d'aide**
- **Reconnaître que les professionnels des médias eux-mêmes peuvent être touchés par des histoires de suicide**

AUTEUR : Nom : SLAVIN

Prénom : THEODORE

Date de Soutenance : 18/10/2019

Titre de la Thèse : Acculturation des étudiants journalistes à la prévention du suicide.

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : *Suicidologie*

DES + spécialité : *Psychiatrie*

Mots-clés : suicide, contagion, comportement imitatif, Werther, Papageno, journalisme, éducation, prévention

Résumé :

INTRODUCTION : Le suicide est un problème à l'échelle mondiale avec près de 800 000 décès par an. Le suicide est à la fois un sujet tabou, encore pénalisé dans 25 pays, et l'objet régulier de productions journalistiques. La communication autour des faits suicidaires comporte un potentiel de contagion, via l'effet Werther, ou de prévention, via l'effet Papageno. La diminution de l'effet Werther implique une modification des pratiques journalistiques, dépendant des connaissances et des représentations individuelles. Ces dernières sont les cibles du Programme Papageno via des rencontres-interventions dans des écoles de journalisme. Après une étude sur un premier modèle d'intervention, cette thèse s'intéresse aux résultats du programme selon un deuxième modèle d'intervention.

MATERIEL ET METHODE : La rencontre-intervention se déroule en une session unique. Les étudiants journalistes bénéficient de l'intervention d'un psychiatre expert, d'internes psychiatres et d'une professionnelle de la communication. Au cours de cette demi-journée, ; les étudiants rédigent un article court traitant d'un fait suicidaire en se basant sur une dépêche fictive. L'efficacité de l'étude est évaluée par une comparaison avant-après des résultats à deux questionnaires évaluant les connaissances sur le suicide (QECS) et la stigmatisation du suicide (SOSS)

RESULTATS : De 2015 à 2018, le Programme est intervenu à 12 reprises auprès de 366 étudiants en journalisme. 212 étudiants ont été inclus. La comparaison avant-après des questionnaires QECS et SOSS retrouve une amélioration significative des résultats au QECS (+1,06 ; $p < 0,001$) tant au niveau épidémiologique (+0,23 ; $p = 0,016$) qu'à propos des effets Werther et Papageno (+0,68 ; $p < 0,001$), sans progression vis à vis des mythes autour du suicide (+0,15 ; $p = 0,583$). Une amélioration des résultats au SOSS (-0,06 ; $p = 0,011$) notamment aux sous-échelles de stigmatisation (-0,05 ; $p = 0,023$) et d'isolement (-0,06 ; $p = 0,023$) est retrouvée ainsi qu'une corrélation négative modérée avec le QECS ($r = -0,40$; $p < 0,001$).

DISCUSSION : Cette intervention amène une augmentation des connaissances autour du suicide et une diminution à la limite de la significativité de la stigmatisation, correspondant aux résultats de l'étude préliminaire. Il n'y a cependant pas d'impact significatif sur les mythes autour du suicide, discordant avec l'étude préliminaire. Ces résultats encourageants appellent à la multiplication d'études sur le sujet.

Président : Pr THOMAS Pierre

Assesseurs : Pr VAIVA Guillaume, Pr JARDRI Renaud

Directrice de thèse : Dr PORTE Amélie