



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2020

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Adhésion aux mythes relatifs au suicide : construction et validation du
Questionnaire d'Evaluation des Connaissances sur le Suicide (QECS)**

Présentée et soutenue publiquement le 9 juin à 18 heures
au Pôle Recherche

Par Arnaud DÉZÉTRÉE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Philippe AMOUYEL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Monsieur le Docteur Ali AMAD

Directeurs de Thèse :

Monsieur le Docteur Charles-Édouard NOTREDAME

Madame le Docteur Marielle WATHELET

Avertissement

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

Table des matières

Avertissement	2
Remerciements	3
Avant-propos	10
Résumé	11
Abstract	12
Liste des abréviations	13
Liste des tableaux	14
Liste des figures	14
Introduction	15
Matériel et méthodes	19
Étape 1 : construction de l'outil	19
Sélection des items	19
Cotation de l'outil	20
Étape 2 : validation de l'outil	21
Populations de l'étude	21
Analyses statistiques	22
Résultats	25
Description des échantillons	25
Validation du QECS	25
Discussion	33
Annexe : Version finale du QECS	36
Références bibliographiques	38

Avant-propos

Cette thèse d'exercice a été réalisée au sein de la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale et en psychiatrie (F2RSM). Ce travail a été conduit sous la codirection des Docteurs Marielle WATHELET et Charles-Édouard NOTREDAME.

Résumé

Adhésion aux mythes relatifs au suicide : construction et validation du Questionnaire d'Evaluation des Connaissances sur le Suicide (QECS)

Introduction. L'objectif de cette étude est de développer et valider le QECS, questionnaire d'évaluation des connaissances relatives au suicide, construit pour évaluer le degré d'adhésion aux mythes sur le suicide.

Méthodes. Le QECS a été conçu comme un auto-questionnaire comportant 22 affirmations relatives aux mythes sur le suicide, pour lesquelles il est demandé au répondant de coter son degré d'accord sur une échelle allant de 0 (« Pas du tout d'accord ») à 10 (« Complètement d'accord »). Via la méthode des tests de concordance de script, les notes des répondants ont été comparées à celles d'experts pour obtenir, pour chaque item, une note entre 0 (écart maximal avec les experts) et 1 (écart minimal avec les experts). Mille trente-cinq individus (222 internes de psychiatrie, 332 internes de médecine en premier semestre hors psychiatrie et 481 étudiants en journalisme) ont été inclus.

Résultats. D'après les résultats de l'analyse factorielle exploratoire, le QECS s'est révélé être une échelle bidimensionnelle : la première sous-échelle comprenait 15 items et la seconde 7 items. L'outil a présenté une excellente validité de face, des validités convergentes et divergentes correctes (analyses multitraits multiméthodes), et une bonne cohérence interne (coefficient alpha de Cronbach entre 0,66 et 0,83 pour les échelles et sous-échelles). Le QECS était modérément et négativement corrélé avec la SOSS ($r = -0,3$). L'échelle permettait de discriminer significativement les groupes en fonction du niveau de connaissance attendu vis-à-vis du suicide ($p < 0,001$).

Conclusion. Le QECS est une échelle dont les qualités psychométriques permettent de mesurer l'adhésion des répondants aux mythes relatifs au suicide. Cet outil pourrait être utile pour évaluer l'efficacité des programmes d'amélioration de la littératie pour la prévention des conduites suicidaires.

Abstract

Construction and validation of a French questionnaire assessing endorsement to myths about suicide: the QECS

Introduction. The objective of this study is to develop and validate the QECS, a suicide knowledge assessment questionnaire, elaborated to assess endorsement to myths about suicide.

Methods. The QECS is a self-questionnaire including 22 statements relating to myths about suicide, for which the respondent is asked to rate his degree of adherence on a scale ranging from 0 ("Strongly disagree") to 10 ("Completely agree"). Using the script concordance test, the respondents' scores were compared with those of experts to obtain, for each item, a score between 0 (maximum deviation with the experts) and 1 (minimum deviation with the experts). Thousand and thirty-five individuals (222 psychiatric interns, 332 medical interns in the first semester excluding psychiatry and 481 journalism students) were included.

Results. According to the exploratory factor analysis, the QECS is a two-dimensional scale: the first subscale includes 15 items and the second 7 items. The tool has excellent face validity, correct convergent and divergent validities (multi-method multi-feature analyzes), and good internal consistency (Cronbach's alpha coefficient between 0.66 and 0.83 for scales and subscales). The QECS is moderately and negatively correlated with the SOSS ($r = -0.3$). It significantly discriminates groups with different expected levels of knowledge regarding suicide ($p < 0.001$).

Conclusion. The QECS demonstrates good psychometric properties to measure endorsement to myths about suicide. This tool could be useful in assessing the effectiveness of suicide prevention literacy improvement programs.

Liste des abréviations

AFFEP	Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie
GEPS	Groupement d'Étude et de Prévention du Suicide
MTMM	Multi-Traits Multi-Méthodes
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
QECS	Questionnaire d'Evaluation des Connaissances sur le Suicide
SECS	Section d'Étude des Comportements Suicidaires
SOSS	Stigma of Suicide Scale
TCS	Tests de Concordance de Scripts

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon.....	25
Tableau 2 : Modèle à deux facteurs (rotation varimax)	28
Tableau 3 : Scores de la SOSS et matrice de corrélation entre les scores et les sous-scores du QECS et de la SOSS	30
Tableau 4 : Scores obtenus au QECS en fonction des groupes de population.....	31

Liste des figures

Figure 1 : Distribution des scores pour chacun des items.....	26
Figure 2 : Diagramme des valeurs propres	27
Figure 3 : Distribution des coefficients de corrélation intra- et inter-sous-échelle	29
Figure 4 : Projection des répondants sur chacune des sous-échelles du QECS	32

Introduction

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la littératie en santé comme : « la capacité donnée aux personnes de développer les compétences et la confiance nécessaires pour prendre des décisions éclairées concernant leur santé et celle de leur famille, pour être pleinement intégré aux processus de soins, pour s'orienter efficacement dans les systèmes de soins de santé et pour défendre vigoureusement leurs intérêts auprès des dirigeants et des décideurs politiques »¹. (1) Reconnue comme l'un des principaux piliers de la promotion en santé (2), notamment dans la prévention des maladies non transmissibles (3), la littératie en santé serait plus déterminante encore pour l'état de santé d'une personne que ses revenus, sa situation professionnelle, son niveau d'instruction ou son groupe ethnique. Renforcer la littératie est aussi un moyen de lutter contre les inégalités de santé. (4)

Plus récemment adapté à la santé mentale, le concept de littératie fait référence aux connaissances et croyances relatives aux troubles mentaux facilitant leur reconnaissance, leur gestion et leur prévention, ou aux capacités à obtenir et à préserver sa santé mentale, de même qu'à rechercher de l'aide en cas de besoin. (5,6) Là encore, la littératie est un déterminant clef des stratégies de prévention en santé mentale, dans la mesure où facilite la promotion de comportements de recherche d'aide pour soi et pour les autres en cas de difficultés. (7) A l'inverse, une faible connaissance de la santé mentale est associée à une stigmatisation plus importante et constitue un obstacle à la recherche de soins appropriés. (8) Selon Batterham *et al.*, la stigmatisation et les croyances erronées constituent même l'un des principaux facteurs limitant l'accès aux soins en santé mentale. (9)

¹ Traduction littérale de la définition de littératie en santé donnée par l'OMS. Cette définition n'existe qu'en anglais.

Parmi les troubles de santé mentale, la prévention des conduites suicidaires fait l'objet d'une priorité nationale de santé publique. (10) En France, ce sont près de 10 000 décès et 200 000 tentatives de suicide qui pourraient être évités chaque année. (11) Dans le monde, le suicide est la cause de plus de 800 000 morts par an. (12) Là encore, le gain de littératie constitue un des piliers les plus communs et les plus efficaces des stratégies de prévention des conduites suicidaires. (12)

L'amélioration des connaissances est à la base de plusieurs programmes de prévention des conduites suicidaires dans des populations possédant a priori des niveaux d'expertise très différents sur le sujet. Chez les professionnels de santé, de tels programmes prennent la forme de plans de formation permettant l'optimisation de la prise en soin des personnes suicidaires. (13,14) Chez les journalistes, des interventions de sensibilisation ont pour objectif d'améliorer la communication sur le suicide dans l'espace public. Poursuivant le même objectif, elles visent à réduire le surrisque de contagion suicidaire lié à la médiatisation inadaptée d'événements suicidaires (effet Werther), voire à promouvoir l'effet protecteur de certaines couvertures journalistiques responsables (effet Papageno). (15) Avec le même objectif, le programme Papageno organise, en France, des actions de sensibilisation auprès des journalistes et étudiants en journalisme, mais aussi auprès de leurs interlocuteurs parmi les professionnels de santé mentale. (16) Enfin, les interventions auprès de la population profane peuvent s'envisager selon deux stratégies. La stratégie universelle de déconstruction des préconçus erronés concernant le suicide visent à réduire la stigmatisation des personnes en souffrance et à faciliter leur accès aux soins (17). A titre d'exemple, le programme Youth Aware of Mental Health (YAM), qui consiste en une sensibilisation des jeunes à la santé mentale en milieu scolaire, a permis de réduire les comportements suicidaires de près de 50% dans certains établissements. (18) Les stratégies sélectives visent quant à elles à optimiser le repérage et l'orientation vers les soins des personnes suicidaires au sein des communautés les plus à risque. Dans les programmes sentinelles, par

exemple, l'augmentation de littératie est conçue comme le moyen de potentialiser l'action de personnes spontanément repérées comme ressources dans leur milieu. Sans en faire des spécialistes de la santé mentale, il s'agit de les doter de repères théoriques et d'habiletés relationnelles élémentaires, pour les aider à guider les personnes en détresse vers les ressources professionnelles adaptées. (19–21)

Les programmes de prévention des conduites suicidaires reposant sur la transmission de connaissances sont donc nombreux, mais tous n'ont pas fait la preuve de leur efficacité faute d'étude évaluative systématique. Pour mettre en évidence l'amélioration de la littératie en santé mentale, il est nécessaire de s'appuyer sur des outils pertinents et validés. Plusieurs échelles évaluant les connaissances relatives au suicide, quasi exclusivement anglosaxonnes, ont été publiées. (22) Cependant, une revue de littérature récemment menée par notre équipe révèle l'extrême hétérogénéité de ces outils. (23) En ce qui concerne leurs propriétés psychométriques, la dimensionnalité des échelles est extrêmement diverse, et leur consistance interne n'est que peu robuste. En termes de contenu, elles explorent en proportion variable des connaissances relatives à l'épidémiologie des conduites suicidaires, ou aux quatre grands mythes qui circulent autour d'elles : leur imprévisibilité, leur inéluctabilité, leur mono-causalité, et leur caractère anodin. (23)

D'un point de vue épistémologique, cette hétérogénéité rappelle que les catégories de connaissances sur le suicide ne sont pas toutes de même nature. D'une part, les connaissances relatives à l'épidémiologie sont facilement réfutables et trouvent une réponse dans la littérature scientifique. A l'inverse, les « mythes » (concept qui renvoie tantôt à la notion de stéréotype, tantôt à celle de préjugé) sur le suicide font appel à des connaissances plus complexes et composites et tiennent parfois d'une subjectivité irréductible. (24) Comme le note Pierre Morissette, les mythes ont « une fonction sociale importante : protéger l'environnement contre les divers sentiments (culpabilité, agressivité, impuissance) suscités par le comportement

suicidaire et fournir des explications sécurisantes. » (25)

À notre connaissance, il n'existe pas à ce jour d'outil validé permettant d'évaluer les connaissances d'un individu au sujet des conduites suicidaires à travers son adhésion aux mythes qui leur sont relatifs. Cette absence est probablement liée à une difficulté psychométrique fondamentale, celle de délimiter objectivement et rationnellement des concepts cliniques abstraits. (26) S'agissant des mythes, la difficulté est exacerbée : contrairement à une connaissance purement objective, la véracité de certaines conceptions du suicide tient plutôt du consensus d'experts qui prévaut à une période donnée et à un endroit donné.

La technique de notation issue des tests de concordance de scripts (TCS) permet de tenir compte de ces difficultés. Cette méthode est conçue pour mesurer la distance, ou l'écart, qui existe entre les réponses des candidats et les réponses d'un panel d'experts (27,28). Il s'agit d'une méthode initialement développée pour évaluer les compétences diagnostiques face à une situation clinique complexe. Cette méthode s'appuie sur la théorie selon laquelle les individus mobilisent un ensemble de connaissances (les scripts) pour faire face à des situations spécifiques notamment en cas d'incertitude scientifique. Il est supposé que les scripts des experts varient à la marge face à une même situation. La méthode des TCS consiste à présenter aux candidats une série de situation clinique puis à leur demander d'arbitrer quant aux mesures à prendre en matière de diagnostic, d'investigation ou de thérapeutique. Contrairement aux tests classiques, les TCS prennent donc en compte la multiplicité des opinions sur un item donné. (27)

L'objectif de cette étude est de développer et valider le QECS, questionnaire d'évaluation des connaissances relatives au suicide, construit pour évaluer les degrés d'adhésion aux mythes sur le suicide, via la méthode de notation des TCS.

Matériel et méthodes

L'étude s'est décomposé 2 étapes : la première étape a concerné le développement de l'échelle et la sélection des items, la seconde étape a consisté en une validation de l'échelle ainsi construite.

Étape 1 : construction de l'outil

Sélection des items

La première étape a permis de constituer un ensemble d'items relatifs aux mythes sur le suicide. Pour ce faire, la littérature scientifique a été explorée au moyen de l'algorithme suivant : (literacy OR knowledge OR myth OR misconception OR attitud*) AND suicid*. Il comprenait les termes habituellement usités en littérature pour faire référence à la « connaissance » ou à la « méconnaissance » relative au suicide. Puis, les communications des organismes gouvernementaux ou non gouvernementaux impliqués dans la lutte contre le suicide, parmi lesquelles l'OMS, l'American Foundation for Suicide Prevention, American Association of Suicidology, l'International Association for Suicide Prevention et l'International Academy of Suicide Research ont été inclus (29–33). Grâce à cette revue de la littérature scientifique et grise nous avons eu accès aux mythes qui imprègnent les connaissances sur le suicide et sur lesquels les institutions et les chercheurs communiquent. Après analyse thématique des articles et communications, les énoncés des différents outils utilisés pour évaluer ou communiquer sur les connaissances relatives aux mythes ont été synthétisés par une liste d'affirmations.

Le pool d'item ainsi constitué a ensuite été soumis à un premier panel d'experts afin de sélectionner ceux qui feraient partie du QECS. Les 10 experts inclus étaient des psychiatres et des psychologues bénéficiant d'une expérience de 10 ans minimum en suicidologie et membres

du Groupement d'Étude et de Prévention du Suicide (GEPS), société savante en suicidologie (34). Conformément à la méthode des TCS, il leur a été demandé de ne retenir que les items pour lesquels il existe une incertitude scientifique (27). Les items directement réfutables par des données empiriques issues de la littérature scientifique ont dû être exclus (par exemple, les questions relatives à l'héritabilité du suicide), ainsi que les items relevant plutôt d'une opinion morale que d'une connaissance (par exemple, les questions relatives au droit de se suicider). À l'issue d'une procédure Delphi, 24 affirmations résumant les mythes rencontrés ont été retenues par le panel d'experts. (35)

Cotation de l'outil

Le QECS a été conçu pour être un questionnaire auto-administré. Pour chacune des 24 affirmations du QECS, il est demandé au répondant d'indiquer son degré d'accord sur une échelle de Likert allant de 1 (« pas du tout d'accord ») à 10 (« tout à fait d'accord »). Afin d'obtenir le score du répondant, la méthode des TCS a été retenue : la note du répondant est obtenue en la comparant aux réponses d'un panel d'experts.

Un second panel d'experts a donc été sollicité pour constituer le panel de référence des réponses au QECS. L'ensemble des adhérents, professionnels médicaux ou paramédicaux, au Groupement d'Étude et de Prévention du Suicide (GEPS) et à la Section d'Étude des Comportements Suicidaires (SECS), deux sociétés savantes considérées comme faisant autorité à l'échelon national en matière de suicidologie, ont été sollicités. (34,36) Pour être finalement inclus, ces experts ont en plus dû justifier d'une ancienneté professionnelle en suicidologie (*i.e.* une activité de psychiatrie de la crise et de l'urgence) d'au moins dix ans. Selon Gagnon *et al.*, un minimum de 10 experts doivent être inclus pour obtenir une fiabilité acceptable en termes de propriétés psychométriques des scripts des candidats et du panel d'experts (37). Trente-six experts ont finalement été inclus dans cette étude : 21 psychiatres (58,0%), 11 psychologues (31,0%) et 4 infirmiers ou cadres de santé (11,0%). Parmi les répondants, 20 étaient des hommes

(55,5%) et l'âge moyen était de 48 ans (± 12 ans). L'ancienneté professionnelle moyenne était de 18 ans (± 11 ans).

Comme recommandé par Fournier *et al.*, experts et candidats ont répondu aux questions dans les mêmes conditions. Les notes des candidats ont été calculées en divisant le nombre d'experts ayant la même réponse par le nombre d'experts ayant choisi la réponse modale. Par exemple, dans un panel de 20 experts, si 15 ont répondu « 10 », 4 ont répondu « 9 » et 1 a répondu « 8 », les scores obtenus sont les suivants : 1 point est attribué au candidat pour la réponse « 10 » (10/10), 0,4 point pour la réponse « 9 », 0,1 point pour la réponse « 8 » (1/10) et 0 point pour les autres réponses (0/10). Les notes pour chaque questions s'évaluent alors de 0 (écart maximal avec les experts) à 1 (écart minimal avec les experts) (28). Le score total est égal à la somme des notes des items.

Dans la suite de l'article, les résultats des candidats sont présentés en fonction des réponses des experts selon la méthode des TCS, soit des notes comprises entre 0 et 1 pour chacun des items.

Étape 2 : validation de l'outil

Populations de l'étude

Les candidats

Les populations cibles des interventions dédiées au renforcement de la littératie en santé ont des niveaux d'expertise hétérogènes en suicidologie. Afin de tester et valider l'échelle, 3 groupes d'étudiants étant à la fois représentatifs de ces populations et ayant des niveaux de connaissances attendus décroissants ont été sollicités :

- Les internes français de psychiatrie sollicités par le biais de l'Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie (AFFEP) en décembre 2017,

- Les internes en médecine de premier semestre (hors psychiatrie) de la Faculté de Médecine de Lille sollicités en décembre 2018 dans le cadre du module « Avant-garde », destiné à former les étudiants aux situations courantes qu'ils rencontreront durant les gardes, (38)
- Des étudiants en journalisme inscrits en première année dans 11 écoles françaises participant au programme Papageno. (16) Les étudiants formés entre janvier 2016 et octobre 2017 ont été inclus dans cette étude.

D'après une étude de Rouquette et Falissard, un effectif d'au moins 300 sujets est nécessaire pour valider le questionnaire. (39)

Analyses statistiques

Dans un premier temps, les caractéristiques des échantillons ont été décrites. Les distributions des variables quantitatives ont été résumées par leurs moyennes et écarts-types. Les effectifs et pourcentages par modalité ont été présentés pour chacune des variables qualitatives.

Dans un deuxième temps, des analyses exploratoires puis confirmatoires de l'échelle ont été menées afin de valider la structure dimensionnelle du QECS et identifier ses propriétés psychométriques. Une première étude de la qualité des items via une étude descriptive a permis de mettre en évidence des anomalies susceptibles de biaiser l'évaluation psychométrique : pourcentage de données manquantes, effet plafond ou plancher, redondance évaluée par une mesure de corrélation inter-items (les coefficients de Pearson entre tous les items pris deux à deux devaient être inférieurs à 0,7).

La structure factorielle de l'outil a ensuite été déterminée via des analyses factorielles exploratoires basées sur l'utilisation du critère de Keyser (valeurs propres > 1) et des simulations aléatoires de données normales afin d'identifier le nombre de dimensions de l'outil. L'analyse factorielle a également permis d'éliminer les items ayant une faible charge sur tous les facteurs

(< 0,3) et ceux ayant une charge élevée sur plusieurs facteurs. La stabilité de la structure factorielle a alors été testée à partir des matrices de corrélation selon les méthodes de rotation orthogonales (varimax) et obliques (promax). (26)

Une fois les dimensions identifiées, les analyses confirmatoires ont déterminé plusieurs caractéristiques psychométriques du QECS. La consistance interne de chacune des échelles et des sous-échelles de l'outil a été évaluée par le calcul du coefficient alpha de Cronbach et de son intervalle de confiance estimé par *bootstrap*. La règle généralement admise considère qu'un coefficient supérieur à 0,6-0,7 indique un niveau d'homogénéité acceptable alors qu'un coefficient supérieur à 0,8 est très satisfaisant. (40,41)

La validité divergente et convergente de l'outil a été explorée par les méthodes suivantes :

- 1) une analyse multi-traits multi-méthodes (MTMM) qui vise à s'assurer que les corrélations inter-items sont plus importantes en intra-échelle qu'en inter-échelle (42),
- 2) une comparaison des résultats obtenus au QECS à ceux de l'échelle Stigma of Suicide Scale (SOSS), une échelle en 58 items évaluant les comportements de stigmatisation vis-à-vis des personnes ayant des comportements suicidaires. (9) Les auteurs de la SOSS ont identifié 3 facteurs : les items relatifs à la stigmatisation (le suicide est considéré comme un mauvais comportement), à l'isolement (les personnes ayant des comportements suicidaires sont considérées comme isolées), et à la glorification ou normalisation (les comportements suicidaires sont normalisés ou associés à la notion de force ou de courage). Chaque item est coté de 1 à 5 sur une échelle de Likert allant de « Absolument pas d'accord » à « Absolument d'accord ». Le score total varie entre 58 et 290. Des scores plus élevés indiquent des niveaux plus élevés de stigmatisation envers les personnes qui se suicident. Chacune des sous-échelles a montré une bonne consistance interne, avec un alpha de Cronbach compris entre 0,86 et 0,95. (9) Les

réponses à cette échelle ont été recueillies dans le même temps que les réponses au QECS, mais uniquement chez les étudiants en journalisme.

La capacité discriminatoire de l'outil a enfin été décrite en comparant les résultats obtenus dans chacune des populations de l'étude au moyen d'une analyse de variance.

Les analyses statistiques ont été réalisées au moyen du logiciel R 3.6.1. et RStudio 1.2.1335.

(43,44)

Résultats

Description des échantillons

Au total, 1 118 étudiants ont été inclus dans l'étude. Seuls les questionnaires complets ont été analysés, soit 1 035 (92,6% des répondants). Les sujets exclus n'étaient pas différents de ceux inclus en ce qui concerne l'âge et le sexe. Les caractéristiques des répondants inclus sont décrites dans le *Tableau 1*.

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

	Echantillon global N = 1035	Internes de psychiatrie N = 222	Internes de 1 ^{er} semestre [§] N = 332	Etudiants en journalisme N = 481
Age moyen en années, m (ds)*	24,6 (3,3)	28,2 (2,9)	24,9 (1,8)	22,6 (2,9)
Genre masculin, n (%)	402 (38,8)	61 (27,6)	136 (41,0)	205 (42,6)

*m (ds) : moyenne (déviation standard)

[§] hors internes en psychiatrie

Validation du QECS

Qualité des items

Le taux de remplissage des questionnaires a été de 92,6%.

La distribution des réponses pour chaque item est présentée dans la *Figure 1*. Les réponses se répartissaient sur 2 à 8 modalités différentes. Il n'y a pas eu d'effet plancher ou plafond observé sur l'ensemble de la population.

En ce qui concerne la redondance des items du QECS, les coefficients de corrélation de Pearson des items étaient faibles ou modérés. Les coefficients pris deux à deux étaient tous compris en -0,16 et 0,44.

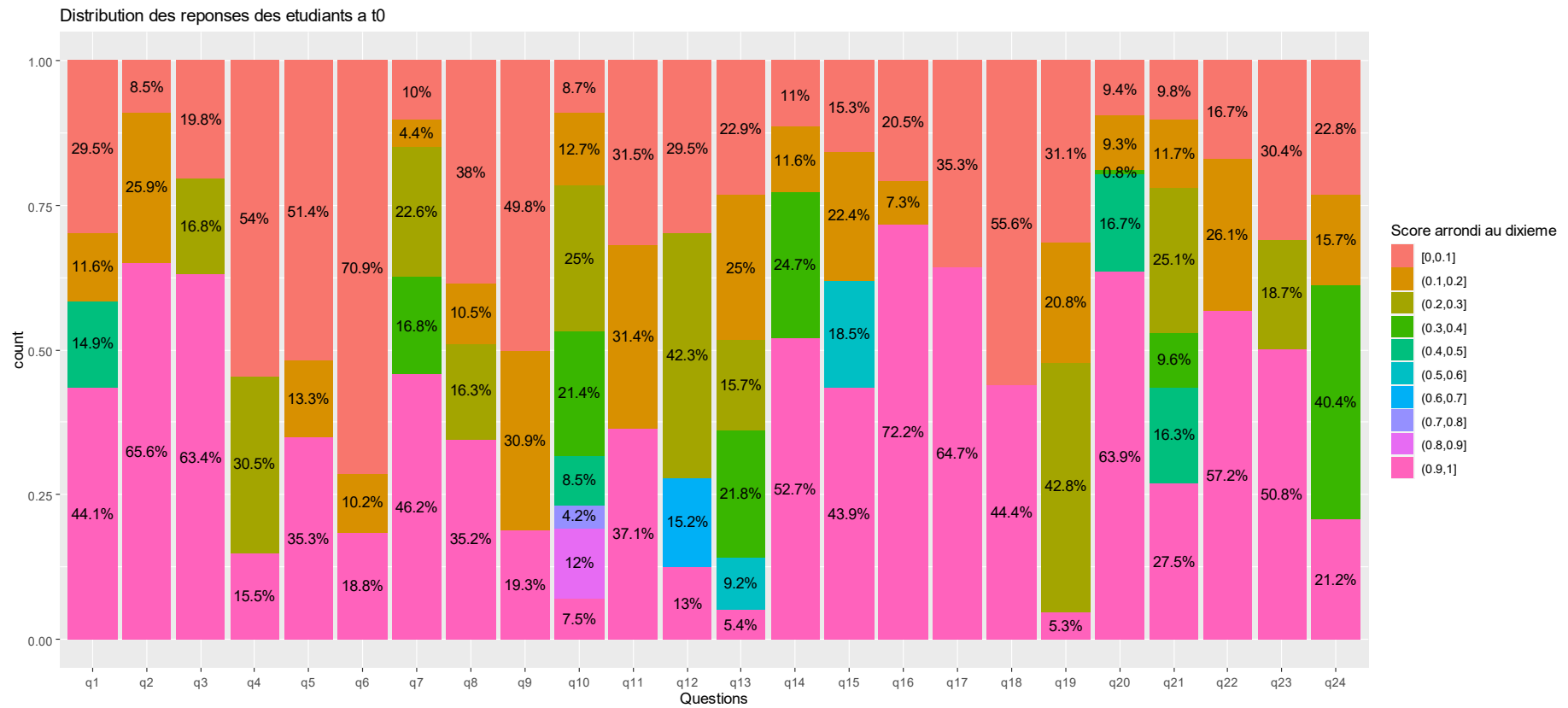


Figure 1 : Distribution des scores pour chacun des items.

Pour une meilleure visibilité, les résultats ont été tronqués au dixième près.

Structure factorielle du QECS

Le diagramme des valeurs propres permettant d'illustrer la structure factorielle de l'échelle est présenté dans la *Figure 2*.

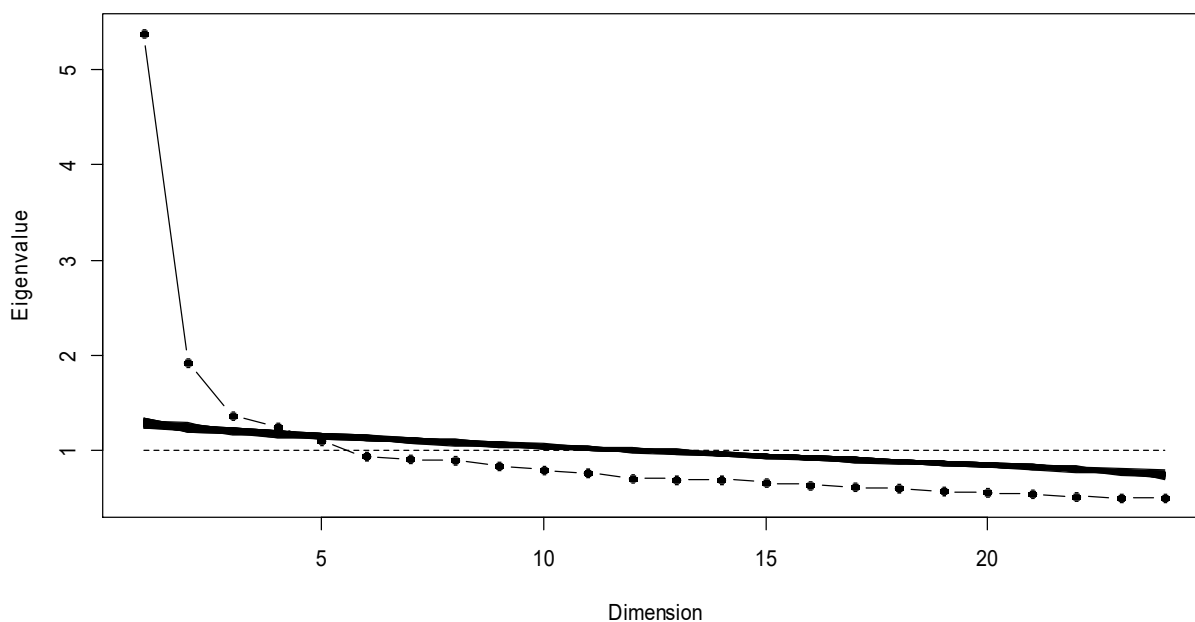


Figure 2 : Diagramme des valeurs propres

Trois lectures sont possibles : 1) la cassure observée dans la progression des valeurs propres suggère une structure bidimensionnelle : les deux premières composantes émergent nettement au-dessus de la ligne de simulations ; 2) la lecture stricte des composantes se distinguant de la ligne des simulations suggère une structure quadridimensionnelle ; 3) tandis que le critère de Keyser retiendrait jusqu'à 5 dimensions. Une structure bidimensionnelle a finalement été retenue. L'apport d'une troisième et/ou quatrième dimension étant plus contraignante sur la constitution des sous-échelles que bénéfique sur l'ajout de variance expliquée (*Tableau 2*). A cette étape, l'item « Certains comportements peuvent laisser présager un risque suicidaire, même si la personne n'en parle pas. »

et l'item « Les personnes qui parlent de suicide ne passent que rarement à l'acte. » ont été supprimés. Le premier item était trop faiblement représenté sur chacune des dimensions tandis que le second était trop fortement représenté sur les deux dimensions. La structure finale de l'outil a donc été fixée à 2 dimensions : la première sous-échelle comprenant 15 items, la seconde en comprenant 7 (cf. annexe).

Tableau 2 : Modèle à deux facteurs (rotation varimax)

Questions	Dimension 1	Dimension 2
Variance expliquée	14,9%	9,7%
Q01	0,352	0,181
Q02	0,376	-0,007
Q03	0,223	0,424
Q04	0,220	0,618
Q05	0,254	0,392
Q06	0,527	0,171
Q07	0,349	0,224
Q08	-0,017	0,545
Q09	0,525	0,281
Q10	0,143	0,495
Q11	-0,045	0,425
Q12	0,375	0,054
Q13	0,507	0,229
Q14	0,550	0,113
Q15	0,427	0,295
Q16	0,380	0,239
Q17	0,104	0,321
Q18	0,509	-0,182
Q19	0,367	0,162
Q20	0,567	0,282
Q21	0,545	0,201
Q22	0,317	-0,001

Note : Les coefficients en gras sont ceux dont la charge est supérieure à 0,3 sur le facteur étudié.

Ce modèle a permis d'expliquer 24,5% de la variance : 14,9% pour la première dimension et 9,7% pour la seconde. Cette structure est retrouvée de façon stable en rotation orthogonale ou oblique.

Consistance interne

Les coefficients alpha de Cronbach sur le score total, sur la première sous-échelle et sur la deuxième sous-échelle ont été respectivement établis à 0,83 [0,82 ; 0,85], 0,80 [0,79 ; 0,81], et 0,66 [0,63 ; 0,70].

Validité convergente et discriminante

Les résultats de la méthode MTMM sont synthétisés dans la *Figure 3*. Les corrélations intra-échelles étaient supérieures aux corrélations inter- échelles.

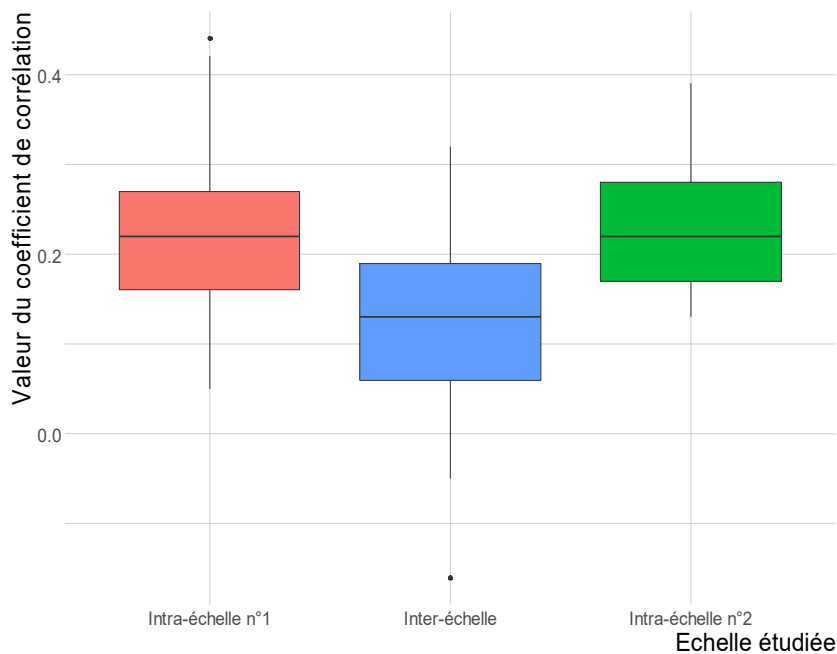


Figure 3 : Distribution des coefficients de corrélation intra- et inter-sous-échelle

Les scores des sous-échelles sont très corrélés au score total (0,95 [0,95 ; 0,96] entre la dimension 1 et le score total, 0,69 [0,66 ; 0,72] entre la dimension 2 et le score total).

Sur les 421 étudiants en journalisme ayant complété le QECS, 397 ont également complété la SOSS. Le QECS et sa première sous-échelle sont corrélées négativement avec le score total de la SOSS et la sous-échelle « Stigmatisation ». La dimension 2 n'est quant à elle pas corrélée avec la SOSS (*Tableau 3*).

Tableau 3 : Scores de la SOSS et matrice de corrélation entre les scores et les sous-scores du QECS et de la SOSS

	Stigmatisation	Isolation	Glorification	Total
Score, m (sd)	64,7 (19,6)	59,6 (8)	24,8 (7,3)	148,9 (28,9)
Corrélation, r (IC _{95%})				
Dimension 1	-0,36 [-0,44 ; -0,27]	-0,17 [-0,27 ; -0,07]	-0,10 [-0,19 ; 0,00]	-0,31 [-0,40 ; -0,23]
Dimension 2	-0,04 [-0,14 ; 0,06]	0,12 [-0,02 ; 0,22]	-0,06 [-0,16 ; 0,03]	-0,01 [-0,11 ; 0,09]
Total	-0,34 [-0,43 ; -0,25]	-0,13 [-0,23 ; -0,04]	-0,10 [-0,20 ; -0,01]	-0,30 [-0,39 ; -0,21]

Capacité discriminatoire

Les scores de chacune des populations sont synthétisés dans le *Tableau 4*. Le score total du QECS est par définition entre 0 à 22, celui de la 1^{ère} sous-échelle de 0 à 15 et celui de la 2^{ème} sous-échelle de 0 à 7. Les scores ont différencié significativement selon les groupes et plus il était attendu que les connaissances soient importantes, plus le score s'est révélé élevé. Le score total était ainsi de 13,6 (\pm 3,6) sur 22 chez les internes de psychiatrie, 11,5 (\pm 4,1) chez les internes de médecine en 1^{er} semestre et 9,1 (\pm 3,3) chez les étudiants en journalisme de 1^{ère} année ($p < 0,001$). Ces différences ont également été retrouvées pour les deux sous-échelles.

Tableau 4 : Scores obtenus au QECS en fonction des groupes de population

	Echantillon total N = 1035	Internes de psychiatrie N = 222	Internes en 1 ^{er} semestre N = 332	Etudiants en journalisme N = 481	P
Score total, m (ds)	10,82 (4,03)	13,56 (3,57)	11,5 (4,07)	9,09 (3,31)	<0.001
Score sous-échelle 1, m (ds)	8,65 (3,26)	10,13 (2,78)	9,03 (3,35)	7,70 (3,10)	<0.001
Score sous-échelle 2, m (ds)	2,17 (1,32)	3,43 (1,34)	2,50 (1,20)	1,39 (0,73)	<0.001
Q01	0,69 (0,43)	0,76 (0,39)	0,69 (0,43)	0,67 (0,44)	0.013
Q02	0,69 (0,42)	0,65 (0,43)	0,7 (0,41)	0,70 (0,41)	0.220
Q03	0,26 (0,33)	0,46 (0,40)	0,27 (0,32)	0,16 (0,25)	<0.001
Q04	0,39 (0,45)	0,73 (0,42)	0,6 (0,47)	0,09 (0,20)	<0.001
Q05	0,23 (0,37)	0,50 (0,47)	0,2 (0,35)	0,12 (0,27)	<0.001
Q06	0,59 (0,39)	0,75 (0,36)	0,62 (0,38)	0,49 (0,38)	<0.001
Q07	0,42 (0,43)	0,49 (0,44)	0,43 (0,43)	0,39 (0,42)	0.006
Q08	0,41 (0,30)	0,59 (0,33)	0,45 (0,3)	0,30 (0,23)	<0.001
Q09	0,44 (0,43)	0,64 (0,43)	0,45 (0,43)	0,35 (0,41)	<0.001
Q10	0,35 (0,33)	0,51 (0,36)	0,43 (0,35)	0,22 (0,23)	<0.001
Q11	0,32 (0,22)	0,37 (0,27)	0,33 (0,21)	0,28 (0,19)	<0.001
Q12	0,62 (0,38)	0,63 (0,38)	0,7 (0,36)	0,56 (0,40)	<0.001
Q13	0,57 (0,41)	0,80 (0,32)	0,58 (0,4)	0,46 (0,41)	<0.001
Q14	0,75 (0,41)	0,82 (0,36)	0,76 (0,4)	0,70 (0,43)	<0.001
Q15	0,65 (0,47)	0,91 (0,28)	0,7 (0,46)	0,50 (0,50)	<0.001
Q16	0,48 (0,47)	0,52 (0,47)	0,56 (0,47)	0,40 (0,45)	<0.001
Q17	0,22 (0,21)	0,27 (0,26)	0,2 (0,2)	0,21 (0,19)	<0.001
Q18	0,73 (0,38)	0,65 (0,42)	0,73 (0,37)	0,77 (0,35)	<0.001
Q19	0,47 (0,35)	0,52 (0,37)	0,55 (0,36)	0,39 (0,32)	<0.001
Q20	0,60 (0,46)	0,82 (0,37)	0,67 (0,44)	0,46 (0,47)	<0.001
Q21	0,57 (0,44)	0,76 (0,39)	0,56 (0,43)	0,48 (0,45)	<0.001
Q22	0,38 (0,34)	0,41 (0,36)	0,35 (0,31)	0,38 (0,34)	0.220

*m (ds) : moyenne (déviation standard)

§ hors internes de psychiatrie

£ Test de Kruskal-Wallis

La capacité discriminatoire du QECS est illustrée par la *Figure 4*.

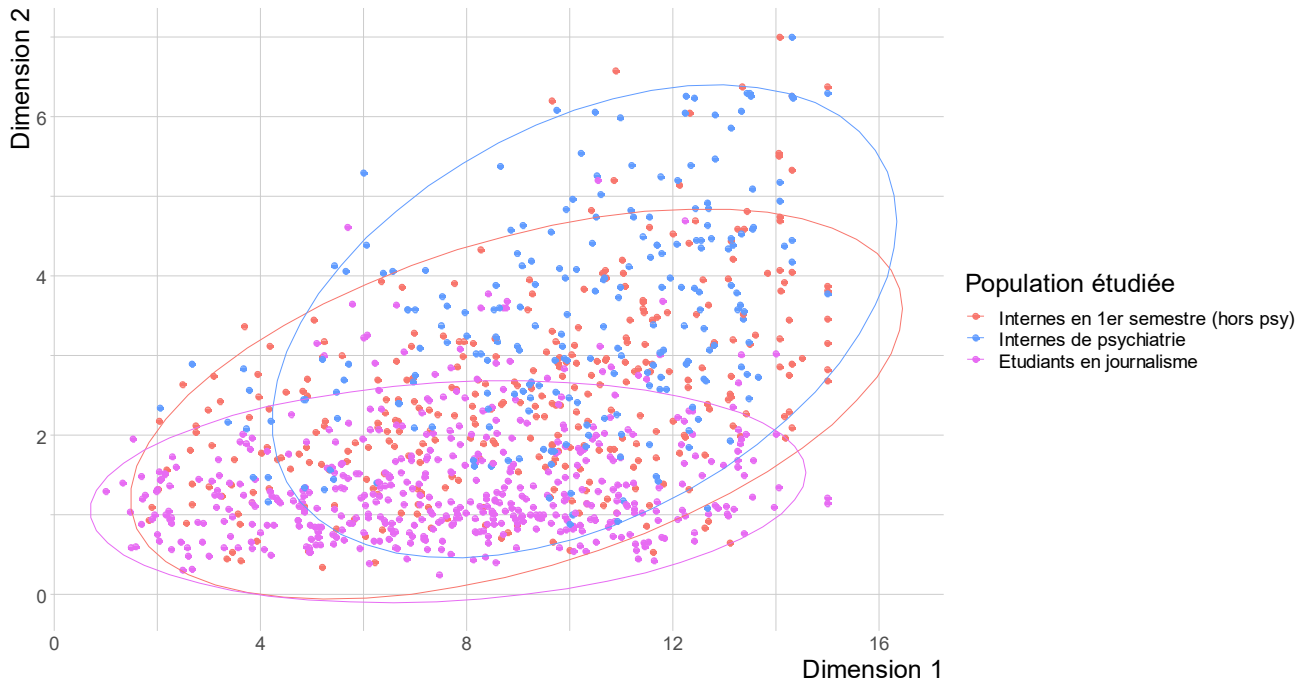


Figure 4 : Projection des répondants sur chacune des sous-échelles du QECS

Discussion

Cette étude a permis de décrire le développement et la validation du QECS, questionnaire autoadministré de 22 items permettant d'évaluer les connaissances relatives aux mythes sur le suicide en les comparant à celles d'un panel d'experts via la méthode des TCS.

Les analyses ont témoigné d'une très bonne compréhension et acceptabilité de l'outil par les différents participants, ainsi que d'une consistance interne satisfaisante.

Les participants possédant a priori les connaissances les plus nombreuses ont effectivement présenté un score plus élevé que les participants aux connaissances attendues les plus faibles. Ainsi, les internes de psychiatrie ont obtenu le score QECS le plus élevé, et les étudiants en journalisme le plus bas. La capacité discriminante de l'outil a donc été validée.

Le QECS s'est révélé être une échelle bidimensionnelle : la première sous-échelle comprenant 15 items et la seconde 7 items. L'analyse de la validité divergente du QECS a montré une corrélation négative du score total du QECS avec la SOSS, expliquée par la corrélation négative entre la première dimension et la sous-échelle de la SOSS évaluant la stigmatisation. Ce constat implique que plus un individu a des connaissances sur le suicide et ses victimes, moins il est susceptible de stigmatiser les comportements suicidaires. Cette corrélation négative entre littératie en santé et stigmatisation a déjà été montrée dans la littérature. (45) La seconde sous-échelle n'est, en revanche, pas corrélée avec la SOSS. Or cette sous-échelle a eu une capacité discriminante plus importante que la première sous-échelle : les différences de score entre les groupes en fonction du niveau de connaissance attendu sont plus marquées pour la seconde sous-échelle du QECS. Il semblerait que cette seconde sous-échelle se rapporte à des connaissances plus « médicales » et que ces connaissances ne soient pas associées aux comportements stigmatisant vis-à-vis du

suicide. Ce résultat nous permet de poser l'hypothèse qu'il existe plusieurs types de connaissances, certaines qui seraient plus « médicales » (correspondant à notre seconde sous-échelle) et n'ayant pas d'influence dans la lutte contre la stigmatisation ; d'autres plus « psychosociales » (correspondant à notre première sous-échelle) et susceptibles de réduire les comportements négatifs vis-à-vis du suicide. Corrigan et al. ont d'ailleurs montré à quel point ce qui relève de la « culture » a une influence majeure sur l'existence de comportements stigmatisants et discriminatoires.(17) Ces résultats permettraient d'expliquer les niveaux élevés de stigmatisation à l'égard du suicide chez les étudiants en médecine, en dépit de leur formation. (46,47)

Cette étude met à disposition des professionnels de santé français le premier outil d'évaluation des connaissances relatives aux mythes concernant le suicide. Le QECS pourra donc être utilisé pour évaluer l'efficacité de programmes de prévention du suicide sur l'amélioration des connaissances sur le territoire national. La création de ce questionnaire a été rendu possible grâce à l'utilisation d'une méthodologie de cotation inspirée des TCS. Cette méthodologie permet, pour la première fois, de tenir compte de l'incertitude qui entoure les connaissances relatives aux mythes sur le suicide sans renoncer à les évaluer. Néanmoins, utiliser ce système de cotation implique de caractériser ce qu'est un expert dans le champ évalué. En effet, la validité des TCS repose principalement sur la présomption d'expertise parmi les membres du panel d'experts. Dans cette étude, les « experts » étaient des professionnels du monde médical et paramédical membre des sociétés savantes en suicidologie et justifiant d'une expérience d'au moins 10 ans. Bien qu'il existe peu de consensus sur les mesures adéquates de l'expertise dans la littérature, nos membres sélectionnés reflètent les normes communautaires acceptables d'expertise en suicidologie. Cependant, à la lecture de nos résultats et des types de connaissance mis en évidence, il pourrait être intéressant de comparer les réponses d'experts en suicidologie issus du monde médical ou paramédical à ceux d'experts en

sciences sociales.

En conclusion, notre étude montre que le QECS est un outil pratique, valide et fiable pour évaluer les connaissances relatives aux mythes sur le suicide. Il serait pertinent de l'utiliser pour évaluer les interventions permettant de renforcer la littératie sur le suicide.

Annexe : Version finale du QECS

Pour chacune des affirmations suivantes, donnez votre degré d'accord en choisissant un chiffre entre 1 (« pas du tout d'accord ») et 10 (« tout à fait d'accord »).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Q01. Quand une personne a pris la décision de se suicider, on ne peut rien faire pour l'en empêcher.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q02. Quand une personne va mieux après une tentative de suicide, cela signifie que le risque est passé.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q06. Toute personne qui se suicide aurait été diagnostiquée comme dépressive si elle avait été vue par un médecin avant son geste.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q07. Ce qui pousse une personne à se suicider n'est pas nécessairement l'envie de mourir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q09. Quand une personne utilise un moyen peu dangereux pour essayer de se suicider, c'est qu'elle n'est pas vraiment déterminée.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q12. Avoir vécu un traumatisme expose nécessairement à des idées suicidaires.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q13. Les personnes qui essaient de se suicider et échouent ne songent pas sérieusement à mettre un terme à leur vie. Elles cherchent souvent simplement à attirer la compassion.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q14. Une personne joviale est à l'abri du suicide.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q15. Si vous demandez à une personne "Pensez-vous à vous suicider ?", cela incitera probablement cette personne à le faire.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q16. On peut aider une personne qui pense au suicide même si on n'est pas expert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q18. Une personne qui se suicide souffre nécessairement d'une maladie mentale.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q19. Il est banal d'avoir des idées suicidaires : la plupart des personnes qui vivent ou ont vécu des événements difficiles (violence, chômage, ...) en ont.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q20. Les personnes qui menacent de se suicider ne mettront pas leur menace à exécution. Seules les personnes qui restent silencieuses sur leur intention le feront.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q21. Une personne suicidaire aura toute sa vie des idées suicidaires.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q22. Les idées suicidaires constituent, en elles-mêmes, un trouble psychique.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q03. Les personnes qui se suicident ou font une tentative de suicide ne cherchent que rarement une aide médicale avant de passer à l'acte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q04. 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.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q05. Dans la grande majorité des cas, le suicide résulte d'un choix délibéré.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q08. Le suicide est le plus souvent associé à une maladie psychiatrique passée ou actuelle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q10. Il existe une association fréquente entre la dépendance à l'alcool et le suicide.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q11. La plupart des personnes qui essaient de se suicider parlent au préalable de leurs intentions ou laissent des indices.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q17. Le suicide ne survient que rarement sans signe d'alerte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Références bibliographiques

1. Why health literacy is important [Internet]. World Health Organization; 2020 [cited 2020 Apr 20]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/health-literacy/why-health-literacy-is-important>
2. OMS. Déclaration de Shanghai sur la promotion de la santé [Internet]. 2016. Available from: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration/fr/>
3. OMS. La littératie en santé, un outil pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles [Internet]. 2019. Available from: <http://www.euro.who.int/fr/media-centre/events/events/2019/01/health-literacy-as-a-lever-to-prevent-and-control-ncds-workshop-in-portugal>
4. Chinn D, McCarthy C. All Aspects of Health Literacy Scale (AAHLS): developing a tool to measure functional, communicative and critical health literacy in primary healthcare settings. *Patient Educ Couns*. 2013 Feb;90(2):247–53.
5. OMS. Rapport de synthèse n°65 - Du réseau des bases factuelles en santé : Que sait-on des méthodes, des cadres et des indicateurs utilisés pour évaluer les politiques, les programmes et les interventions en matière de littératie en santé aux niveaux régional, national et organisationnel ? [Internet]. 2019. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330366/9789289054683-fre.pdf?ua=1>
6. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. “Mental health literacy”: a survey of the public’s ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust*. 1997;166(4):182–6.
7. Hadlaczky G, Hökby S, Mkrtchian A, Carli V, Wasserman D. Mental Health First Aid is an effective public health intervention for improving knowledge, attitudes, and behaviour: a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry Abingdon Engl*. 2014 Aug;26(4):467–75.
8. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2010 Dec 30;10:113.
9. Batterham PJ, Calear AL, Christensen H. The Stigma of Suicide Scale. Psychometric properties and correlates of the stigma of suicide. *Crisis*. 2013 Jan 1;34(1):13–21.
10. Coeuret-Pellicer M. Emergence d’une priorité nationale de santé publique : l’exemple du suicide. *Emergence Une Prior Natl Santé Publique Ex Suicide*. 1998;(23):2–5.
11. Observatoire National du Suicide. Suicide : connaître pour prévenir. Dimensions nationales, locales et associatives - 2e rapport [Internet]. 2016. Available from: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/suicide-connaître-pour-prevenir-dimensions-nationales-locales-et-associatives>
12. OMS. Preventing suicide: a global imperative. 2014; Available from: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
13. 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*. 2007 Jun;100(1–3):233–9.
14. Santos JC, Simões RMP, Erse MPQ de A, Façanha JDN, Marques LAFA. Impact of “+Contigo” training on the knowledge and attitudes of health care professionals about suicide. *Rev Lat Am*

Enfermagem. 2014 Aug;22(4):679–84.

15. 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 J Ment Sci*. 2010 Sep;197(3):234–43.
16. Papageno - Le programme auprès des étudiants en journalisme [Internet]. [cited 2020 Mar 25]. Available from: <https://papageno-suicide.com/ecole/>
17. Corrigan PW, Druss BG, Perlick DA. The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. *Psychol Sci Public Interest J Am Psychol Soc*. 2014 Oct;15(2):37–70.
18. Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G, et al. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet Lond Engl*. 2015 Apr 18;385(9977):1536–44.
19. OMS. Prévention du suicide - L'état d'urgence mondial [Internet]. 2014. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131801/9789242564778_fre.pdf?sequence=1
20. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005 Oct 26;294(16):2064–74.
21. Cross WF, Seaburn D, Gibbs D, Schmeelk-Cone K, White AM, Caine ED. Does practice make perfect? A randomized control trial of behavioral rehearsal on suicide prevention gatekeeper skills. *J Prim Prev*. 2011 Aug;32(3–4):195–211.
22. Kodaka M, Postuvan V, Inagaki M, Yamada M. A systematic review of scales that measure attitudes toward suicide. *Int J Soc Psychiatry*. 2011 Jul;57(4):338–61.
23. Porte A, Wathelet M, Granddenèvre P, Vaiva G, Notredame CE. Assessing knowledge of suicide: a systematic review of available instruments. In prep. 2020 May 10;
24. Corrigan PW, Sheehan L, Al-Khouja MA, Stigma of Suicide Research Team. Making Sense of the Public Stigma of Suicide. *Crisis*. 2017 Sep;38(5):351–9.
25. Morissette P. Le suicide: démystification, intervention, prévention: prévention et organisation communautaire.
26. Falissard, Bruno. Mesurer la subjectivité en santé : perspective méthodologique et statistique. Masson; 2008.
27. Charlin B, Roy L, Brailovsky C, Goulet F, van der Vleuten C. The Script Concordance test: a tool to assess the reflective clinician. *Teach Learn Med*. 2000;12(4):189–95.
28. Fournier JP, Demeester A, Charlin B. Script Concordance Tests: Guidelines for Construction. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2008 May 6;8:18.
29. OMS. OMS - Données et statistiques sur le suicide [Internet]. [cited 2020 Mar 25]. Available from: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/fr/
30. American Association of Suicidology [Internet]. [cited 2020 Mar 25]. Available from: <https://suicidology.org/>
31. American Foundation for Suicide Prevention [Internet]. [cited 2020 Mar 25]. Available from: <https://afsp.org/>
32. International Academy of Suicide Research [Internet]. [cited 2020 Mar 20]. Available from: <https://suicide-research.org/>
33. International Association for Suicide Prevention [Internet]. [cited 2020 Mar 20]. Available from:

<https://www.iasp.info/fr/index.php>

34. Groupement d'Étude et de Prévention du Suicide [Internet]. [cited 2020 Mar 25]. Available from: <https://www.geps.asso.fr/>
35. Okoli C, Pawlowski SD. The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications. *Inf Manage*. 2004 Dec 1;42(1):15–29.
36. Section d'Étude des Comportements Suicidaires [Internet]. [cited 2020 Mar 25]. Available from: <https://www.afpbn.org/sections/secs/>
37. Gagnon R, Charlin B, Coletti M, Sauvé E, van der Vleuten C. Assessment in the context of uncertainty: how many members are needed on the panel of reference of a script concordance test? *Med Educ*. 2005 Mar;39(3):284–91.
38. Faculté de médecine de Lille C de L. Dossier de presse - Présage : « un hôpital simulé » [Internet]. 2018. Available from: https://www.univ-lille.fr/fileadmin/user_upload/presse/presse_2018/DP_PRESAGE_20092018.pdf
39. Rouquette A, Falissard B. Sample size requirements for the internal validation of psychiatric scales. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2011 Dec;20(4):235–49.
40. Hulin C, Netemeyer R, Cudeck R. Can a Reliability Coefficient Be Too High? *J Consum Psychol*. 2001;10(1/2):55–8.
41. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951 Sep 1;16(3):297–334.
42. Campbell DT, Fiske DW. Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychol Bull*. 1959 Mar;56(2):81–105.
43. Development Core Team R. R: A Language and Environment for Statistical Computing. *R Found Stat Comput*. 2011 Jan 1;1.
44. RStudio Team. RStudio: Integrated Development for R [Internet]. 2015. Available from: <http://www.rstudio.com/>
45. Wei Y, Hayden JA, Kutcher S, Zygmunt A, McGrath P. The effectiveness of school mental health literacy programs to address knowledge, attitudes and help seeking among youth. *Early Interv Psychiatry*. 2013;7(2):109–21.
46. Cryer REM, Callear AL, Batterham PJ, Patel SR. Suicide, mental, and physical health condition stigma in medical students. *Death Stud*. 2020;44(4):230–6.
47. Rivera-Segarra E, Rosario-Hernández E, Carminelli-Corretjer P, Tollinchi-Natali N, Polanco-Frontera N. Suicide Stigma among Medical Students in Puerto Rico. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 29;15(7).

AUTEUR : **Nom :** DEZETREE **Prénom :** Arnaud

Date de Soutenance : 09/06/2020

Titre de la Thèse : Adhésion aux mythes relatifs au suicide : construction et validation du
Questionnaire d'Evaluation des Connaissances sur le Suicide (QECS)

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : Médecine

DES + spécialité : DES de santé publique et médecine sociale

Mots-clés : Suicide, littérature, questionnaire, mythes, psychométrie

Résumé :

Introduction. L'objectif de cette étude est de développer et valider le QECS, questionnaire d'évaluation des connaissances relatives au suicide, construit pour évaluer le degré d'adhésion aux mythes sur le suicide.

Méthodes. Le QECS a été conçu comme un auto-questionnaire comportant 22 affirmations relatives aux mythes sur le suicide, pour lesquelles il est demandé au répondant de coter son degré d'accord sur une échelle allant de 0 (« Pas du tout d'accord ») à 10 (« Complètement d'accord »). Via la méthode des tests de concordance de script, les notes des répondants ont été comparées à celles d'experts pour obtenir, pour chaque item, une note entre 0 (écart maximal avec les experts) et 1 (écart minimal avec les experts). Mille trente-cinq individus (222 internes de psychiatrie, 332 internes de médecine en premier semestre hors psychiatrie et 481 étudiants en journalisme) ont été inclus.

Résultats. D'après les résultats de l'analyse factorielle exploratoire, le QECS s'est révélé être une échelle bidimensionnelle : la première sous-échelle comprenait 15 items et la seconde 7 items. L'outil a présenté une excellente validité de face, des validités convergentes et divergentes correctes (analyses multitraits multiméthodes), et une bonne cohérence interne (coefficient alpha de Cronbach entre 0,66 et 0,83 pour les échelles et sous-échelles). Le QECS était modérément et négativement corrélé avec la SOSS ($r = -0,3$). L'échelle permettait de discriminer significativement les groupes en fonction du niveau de connaissance attendu vis-à-vis du suicide ($p < 0,001$).

Conclusion. Le QECS est une échelle dont les qualités psychométriques permettent de mesurer l'adhésion des répondants aux mythes relatifs au suicide. Cet outil pourrait être utile pour évaluer l'efficacité des programmes d'amélioration de la littérature pour la prévention des conduites suicidaires.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Philippe AMOUYEL

Assesseurs : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Monsieur le Docteur Ali AMAD

Directeurs de thèse : Monsieur le Docteur Charles-Édouard NOTREDAME

Madame le Docteur Marielle WATHELET