



UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2021

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Évaluation de l'efficacité du mini media training chez les internes
en psychiatrie : un outil d'éducation et de formation au traitement
médiatique du suicide**

Présentée et soutenue publiquement le 07 octobre 2021 à 14 heures 30

au Pôle Formation

Par Sacha VALDENAIRE

JURY

Président : Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Assesseur : Monsieur le Docteur Charles-Edouard NOTREDAME

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Karl WALTER

Avertissement

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

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	4
Résumé :	10
I. INTRODUCTION :	11
1 Le suicide : un problème de santé publique majeur	11
2.Le traitement médiatique du suicide	13
2.1 L'effet Werther	13
2.2 L'effet Papageno	15
3. Comment s'orienter vers une communication responsable du suicide ?	17
4. L'apport des psychiatres sur le traitement médiatique du suicide.	21
4.1 Le programme Papageno	21
4.2. Un outil pédagogique de sensibilisation, d'information, de formation par la mise en situation et d'évaluation de l'aptitude des psychiatres à guider spontanément les journalistes vers un traitement médiatique responsable du suicide : Le Mini Media Training (MMT)	22
II- OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE L'ETUDE	25
1. Objectifs	25
1.1. Objectif principal	25
1.2. Objectifs secondaires	25
2. Hypothèses	25
2.1. Hypothèse principale	25
2.2. Hypothèses secondaires	26
III- MÉTHODE	26
1. Type d'étude	26
2. Critères d'inclusion	26
3. Recueil des variables d'intérêt et critères de jugements	27
3.1. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles.	27
3.2. Rapport aux médias	27
3.3. Pertinence des réponses des internes en psychiatrie aux journalistes	28

3.4. Vécu de la séance de MMT	30
3.5. Critères de jugement	31
4. Déroulement	32
5. Analyses statistiques	34
IV. RÉSULTATS	35
1. Caractéristiques de l'échantillon	35
2. Rapport aux médias	36
3. Impact du Mini media training	38
4. Vécu de la séance :	41
V. DISCUSSION	43
1. Rappel des principaux résultats	43
2. Pistes d'interprétation et confrontation aux données de la littérature	44
3. Forces et limites de l'étude	49
4. Conclusion	51
Bibliographie :	52
Annexes :	59

Résumé :

Introduction : Le suicide constitue une problématique majeure de santé publique qui peut être influencé par son traitement médiatique à travers deux effets opposés : un effet incitatif, engendrant une augmentation du nombre de décès par suicide dans les suites de la médiatisation d'un fait suicidaire, appelé Effet Werther (EW), et un effet préventif, favorisant le recours aux soins, appelé Effet Papageno (EP). L'Organisation Mondiale de la Santé a publié une série de 12 recommandations destinées aux journalistes afin de promouvoir l'EP et de limiter l'EW. La promotion de la santé mentale, et notamment la prévention du suicide, font partie des objectifs des internes en psychiatrie. Le Programme Papageno a mis au point un outil intitulé le Mini Media Training afin d'aider l'ensemble des psychiatres, dont les internes en psychiatrie, à guider les journalistes vers une communication plus responsable autour du suicide. Nous avons voulu en vérifier l'efficacité à travers cette étude.

Méthode : Les internes en psychiatrie étaient recrutés lors de congrès nationaux de psychiatrie. Les variables d'intérêt étaient recueillies par l'intermédiaire d'un auto-questionnaire et d'un exercice de mise en situation au cours duquel les réponses des participants étaient enregistrées. Ces réponses étaient ensuite analysées à partir d'une grille d'évaluation comprenant 33 items issus des recommandations de l'OMS. La pertinence de ces réponses était déterminée par deux types de scores. Les participants étaient recontactés par téléphone dans un délai d'un à trois mois et participaient à une nouvelle mise en situation. Leurs

réponses étaient analysées de façon similaire. La différence des moyennes des deux scores entre les deux contacts a constitué notre critère de jugement principal.

Résultats : 57 internes en psychiatrie ont été recrutés lors du premier contact (T0). 48 d'entre eux ont ensuite répondu au recontact téléphonique (T1). Les moyennes des deux scores évaluant la pertinence des réponses des participants étaient significativement plus élevées à T1.

Discussion : La séance de MMT permet d'améliorer l'aptitude des internes en psychiatrie à guider les journalistes vers un traitement médiatique responsable du suicide. Cet outil devrait donc être intégré de façon plus systématique dans le cursus universitaire des internes en psychiatrie.

I. INTRODUCTION :

1 Le suicide : un problème de santé publique majeur

Le suicide représente un enjeu majeur de santé publique. En effet, on dénombrait en 2016, 8427 décès par suicide en France métropolitaine selon les chiffres du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm (1).

De plus, les chiffres officiels minimiseraient d'environ 10% le nombre réel de décès par suicide, qui se situerait donc aux alentours de 10 000 décès par an. A ces données s'ajoutent celles concernant les tentatives de suicides. En 2015, 78 128 personnes ont été hospitalisées dans un service de médecine ou de chirurgie suite à

un geste suicidaire (2). On estime à environ 200 000 par an le nombre total de tentatives de suicides en France.

Malgré une baisse d'environ 19% du nombre de décès par suicide en dix ans, les efforts de soin et de prévention du suicide sont à poursuivre.

La question du suicide ne se limite pas au territoire français. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), plus de 700 000 personnes dans le monde décèdent chaque année par suicide, ce qui équivaut à un décès toutes les 40 secondes (3). Il s'agit de la quatrième cause de mortalité chez les 15-29 ans devant le VIH, le paludisme, les homicides ou les conflits armés. Certaines nations placent la prévention du suicide en priorité avec 38 pays disposant d'une stratégie de prévention nationale, dont la France. Cela reste néanmoins insuffisant aux yeux de l'OMS qui souhaite encore développer ces initiatives nationales avec pour objectif la réduction d'un tiers du taux de mortalité par suicide à l'échelle mondiale d'ici à 2030 (3). Pour cela, l'organisation a défini quatre stratégies principales, ciblant les principaux facteurs de risques (FDR) de passages à l'acte suicidaire : limiter l'accès aux moyens de se suicider, comme les armes à feu et les pesticides les plus dangereux, favoriser les compétences psychosociales chez les adolescents, identifier, évaluer, prendre en charge et suivre toute personne ayant des pensées et/ou un comportement suicidaire à un stade précoce et former les médias à une couverture responsable du suicide. La formation à une couverture responsable du suicide est donc un point crucial de la politique mondiale de prévention.

Le suicide a toujours suscité de vives réactions dans la population générale et reste bien souvent l'objet de mythes et de croyances tenaces. Il constitue, entre autres, un sujet privilégié pour les médias qui s'y intéressent en tant que fait social

légitime à relayer auprès du grand public. Or, couvrir un fait suicidaire n'est pas anodin. En près de cinquante ans, de multiples études se sont penchées sur l'effet de la médiatisation des suicides sur les comportements suicidaires. Ils rapportent des effets qui semblent à double tranchant, tantôt favorisant le passage à l'acte des personnes vulnérables, tantôt amenant à un meilleur recours aux soins.

2.Le traitement médiatique du suicide

2.1 L'effet Werther

L'effet Werther (EW) est le nom donné au phénomène de contagion suicidaire pouvant faire suite à la médiatisation de masse d'un fait suicidaire. Il a été théorisé pour la première fois en 1974 par David Philips, sociologue américain qui est parvenu à mettre en évidence une augmentation du taux de suicide suivant la publication d'un fait suicidaire dans les gros titres du New York Times (4).

Son nom fait référence au premier livre de Goethe paru en 1774 : Les souffrances du jeune Werther (5) dans lequel le héros, suite à un amour impossible, se suicide par arme à feu. Ce roman fut un énorme succès, influençant la littérature et même la mode à son époque. A la suite de sa parution, une vague de suicide, particulièrement chez les jeunes hommes, a été constatée. L'effet d'imitation est soutenu par le fait que les victimes étaient retrouvées en possession du livre et avec les mêmes vêtements que le protagoniste. Les autorités de Leipzig et de plusieurs autres villes d'Europe interdirent par la suite la vente du livre pour endiguer cet effet de contagion suicidaire.

Ces 50 dernières années, de nombreuses études se sont penchées sur ce phénomène et ont permis de mieux le caractériser et le comprendre. La plupart des articles retrouvent une augmentation significative des décès par suicides ou des tentatives de suicides suivant la médiatisation d'un fait suicidaire. Un phénomène de contagion similaire surviendrait lors de l'exposition à des phénomènes d'automutilation sur les réseaux sociaux par exemple (6).

Sisask et Varnik notent que 52 des 56 articles qu'ils ont analysés retrouvaient une association statistiquement significative entre le suicide et son traitement médiatique (7). Une méta-analyse s'intéressant à l'impact de la représentation du suicide d'un personnage de fiction rapporte une augmentation de 9% à 27% des suicides ou idées suicidaires chez le public cible (8). Le nombre d'article traitant d'un suicide en particulier serait lui aussi à prendre en compte car un phénomène « dose-effet » des publications sur le suicide a été observé (9-10). Ainsi, plus un suicide est relayé dans les médias et plus cela augmenterait l'EW.

Les pistes pour expliquer cet effet sont multiples, intriquées et regroupées dans des modèles intégrant des facteurs psychologiques et sociologiques (11). Selon la théorie de l'apprentissage social d'Albert Bandura, l'observation d'un comportement chez un modèle augmente la probabilité de reproduction du comportement en question dès lors que celui-ci est perçu comme suffisamment récompensant (12). La théorie de l'identification vient s'ajouter à celle de l'apprentissage social en émettant l'hypothèse qu'un individu serait plus susceptible de reproduire l'acte d'une personne à laquelle il s'identifie. Cette identification pourrait se décliner en deux types : l'identification verticale et l'identification horizontale. L'identification verticale s'applique aux personnes considérées comme

admirables, enviables ou socialement valorisées. Elle peut expliquer, que le suicide des célébrités soit très à risque d'EW comme nous le verrons plus loin. L'identification horizontale caractérise en revanche l'identification aux personnes qui nous sont le plus socialement semblables, et dans lesquelles il est possible de se reconnaître ou de reconnaître sa propre histoire (13).

A l'inverse le traitement négatif d'un suicide a, semble-t-il, pour effet de limiter l'EW. Par exemple lorsque le suicide est présenté comme douloureux ou entraînant de lourds dommages corporels. Il en serait de même lorsque les personnes suicidantes sont présentées comme déviantes. (13- 14-15-16).

2.2 L'effet Papageno

L'effet Papageno (EP) est le nom donné à l'effet protecteur qu'aurait une communication responsable du suicide. Le nom Papageno est tiré de l'opéra La flûte enchantée de Mozart (17). Papageno y est un oiseleur qui croit avoir perdu son amour, Papagena. Il prépare alors un passage à l'acte suicidaire dans son désespoir. Au moment où il décide de se pendre, apparaissent trois angelots qui arrêtent son geste. Ils lui rappellent qu'il a en sa possession un carillon magique, capable de ramener Papagena auprès de lui. Cette référence fait écho aux stratégies d'adaptation qui peuvent s'amoindrir jusqu'à disparaître dans le phénomène de crise suicidaire.

La découverte et l'étude de l'effet Papageno sont plus tardives. Dans les années 80, des mesures de communication responsable autour du suicide voient le jour en Autriche suite à une vague de suicides dans le métro de Vienne. Ces

mesures de communication élaborées par les psychiatres viennois ont permis une réduction du nombre de passage à l'acte les mois suivants via des affiches encourageant le recours au soin. En parallèle, les Etats-Unis établissent en 1994, un premier plan de prévention du suicide en lien avec les médias suite à une vague de suicides en 1987 dans le New Jersey.

C'est l'article de Niederkrontenthaler et al en 2010 qui reprend ces données autrichiennes et théorise réellement pour la première fois l'EP (18). Il analyse de façon qualitative une série d'articles de la presse autrichienne et leur impact sur les suicides. Au-delà de la mise en évidence dans certains cas de l'effet Werther bien connu, ils mettent en lumière un effet « inverse » qui serait protecteur et distinct de la réduction de l'EW. Il adviendrait particulièrement lorsque des alternatives au suicide sont évoquées dans les articles.

Cet effet est encore théorique et peu connu. Les raisons en sont une découverte plus tardive ainsi que des contraintes et limites méthodologiques à son étude (19). Certaines confusions peuvent en effet compliquer la différenciation de l'EW et de l'EP. L'effet de réduction du suicide par un traitement de bonne qualité dans un article se traduit par une réduction de l'effet Werther et n'apporte donc pas d'effet réellement protecteur. Il en est de même pour l'absence de couverture médiatique comme durant le Blackout de 286 jours de la presse à Detroit ayant eu pour effet une réduction des suicides chez les jeunes femmes (20). La recherche n'a pas encore permis de dégager de manière claire les facteurs de prévention susceptibles d'être significatifs dans la communication. L'apport de stratégies de coping ou de gestion de la crise suicidaire serait par contre un facteur protecteur potentiel et rentrerait dans l'EP (21). Il est difficile de faire la différence à la suite d'un

article de l'implication et de la balance entre ces deux effets. L'EP reste un enjeu de recherche pour l'avenir et pourrait devenir, au fil des études, un axe de prévention important de la lutte contre le suicide. A l'instar de la réduction de l'EW, la promotion de l'EP est l'un des axes concourant à une communication responsable du suicide.

3. Comment s'orienter vers une communication responsable du suicide ?

La prévention du suicide dans les médias et le chemin vers une communication responsable sont régulièrement mis en avant dans les plans nationaux et mondiaux de santé publique dans le cadre de la prévention du suicide. Dans ce but, l'Association internationale pour la prévention du suicide (IASP) a déjà publié une trentaine de recommandations afin de guider les journalistes vers une communication responsable autour du suicide (22). L'OMS a elle aussi émis, à partir de 1999, une série de 11 recommandations dans ce sens. Elles ont été réactualisées en 2008 en collaboration avec l'IASP et augmentées d'une 12^e recommandation en 2017 (3). Bien que ce document soit la référence internationale sur le sujet, l'OMS précise qu'il est nécessaire de l'adapter aux contextes nationaux. Si certains pays ont fait le choix de simplement relayer ces informations, d'autres ont saisi l'opportunité de créer un programme de prévention axé sur la communication autour du suicide (3).

Ces dogmes visent la réduction de l'EW et la promotion de l'EP. Certaines recommandations font référence au bon sens et aux principes éthiques communs

aux professions journalistiques et sanitaires. D'autres s'appuient sur les théories sous-jacentes à l'EW développées précédemment. Les principaux axes de sensibilisation sont les suivants :

- Fournir des informations sur les ressources d'aides disponibles : Pour promouvoir l'effet Papageno, l'OMS rappelle l'importance de faire figurer dans chaque article traitant d'un suicide les dispositifs d'aides disponibles, notamment les lignes téléphoniques d'urgence, car ils ouvrent un soutien immédiat aux personnes en détresse.
- Éviter le langage ou les images qui sensationnalisent et normalisent le suicide, ou le présentent comme une solution aux problèmes. De plus, les images sont à manier avec précaution et doivent être le plus neutres possible.
- Sensibiliser le public au sujet du suicide : Les mythes et idées reçus sont nombreux autour du suicide et il est important de les dissiper.
- Faire particulièrement preuve de prudence dans le cas des suicides de célébrités : La méta-analyse de Niederkrotenthaler et coll. retrouvait une augmentation de 26% du taux de suicide dans le mois qui suit le suicide d'une célébrité (23).
- Éviter de mettre en évidence et de répéter des histoires au sujet du suicide : L'information ne devrait pas faire la une des journaux ou être relayée à grande échelle.
- Éviter la description détaillée de la méthode utilisée dans le suicide : L'OMS indique que le recours aux détails pourrait favoriser les phénomènes d'imitation chez des personnes vulnérables. Les suicides par des moyens peu communs ou sensationnels devraient faire l'objet d'une prudence particulière. Concernant le lieu, il

s'agit de limiter la création ou la propagation de lieux réputés pour le suicide appelés hot-spots suicidaires.

- Respecter la famille et les amis endeuillés : L'interview des proches d'une victime constitue un témoignage pertinent sur la réalité de la perte ressentie. Il faut cependant garder à l'esprit que ces personnes sont plus vulnérables et donc plus à risque d'un passage à l'acte suicidaire que la population générale (24).

Niederkrötenhaler rapporte en 2020 que le suicide en particulier d'une célébrité augmenterait le nombre de suicide de 13%. Ce chiffre peut aller jusqu'à 30% si le moyen employé par la célébrité est publié (23). Il émet l'hypothèse qu'une mise en avant du moyen utilisé augmenterait la disponibilité cognitive à celle-ci. L'augmentation des décès par pendaison à la suite du suicide de Robin Williams par ce moyen chez les 45-64ans en serait un exemple (25-26).

D'autre part, certains médias développent des stratégies afin d'améliorer le recours au soin sur leurs canaux. Dans cette optique, le moteur de recherche internet Google a, par exemple, mis en place un algorithme proposant des ressources d'accès au soin lors des recherches internet autour du suicide. Ainsi les personnes cherchant un moyen de se suicider ou des données sur la létalité de ces moyens se verront proposer des ressources de soin à la place. Si l'efficacité de ce dispositif n'a pas encore été prouvée, il remplit néanmoins un vide laissé par les médias traditionnels qui publient dans moins de 30% des cas des ressources d'aide (27). Cela soulève le problème de la faible connaissance des recommandations ou la faible conscience de la responsabilité des professionnels de l'information (28). En effet, si ces règles paraissent simples, elles peuvent se montrer complexes à compiler et appliquer durant la rédaction d'un article pour des professionnels de la

communication. Un autre facteur à prendre en compte est le manque d'uniformité de mise en place des recommandations préalablement citées (29). Jusqu'à ce jour, seule l'expérience autrichienne a permis de mettre en évidence une diminution de la morbi-mortalité liée à la parution et à la diffusion des recommandations (24). On comprend donc aisément que le tableau reste pour l'instant contrasté dans différentes études. (30-31-27).

La création et l'émission de ces recommandations n'est donc pour l'instant pas suffisante. Cela soutient la nécessité d'une approche conjointe des psychiatres et des professionnels de l'information sur la question. Selon Armstrong et Vijayakumar, de l'aveu même de professionnels du journalisme, la question est souvent délicate à relayer dans les médias. Un pourcentage significatif de journalistes se sentiraient mal à l'aise voir réticents à communiquer autour du suicide. Ils craindraient, entre autres, l'impact négatif que pourrait avoir leur article et seraient en demande d'appui par des experts sur la question du suicide (32).

Les membres de la famille endeuillés après un suicide mettent en avant des relations parfois compliquées avec les journalistes lors d'interviews. Ils rapportent des questions ressenties comme parfois intrusives ou indiscrètes et une perception globale erronée de la situation (14). Toute action de prévention pour limiter l'EW ou promouvoir l'EP devrait passer par une sensibilisation des journalistes à la question du suicide. Améliorer cette collaboration entre journalistes et psychiatres est l'un des objectifs du Programme Papageno.

4. L'apport des psychiatres sur le traitement médiatique du suicide.

4.1 Le programme Papageno

Le programme Papageno a vu le jour en 2014. Il s'agit d'un programme national soutenu par la Direction Générale de la Santé du Ministère des solidarités et de la santé. Il repose sur un partenariat tripartite entre le Groupement d'Études et de Prévention du Suicide (GEPS), la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale (F2RSM Psy) Hauts-de-France, et l'Association Lilloise de l'Internat et du Post-Internat en Psychiatrie (ALI2P). Les recommandations de l'OMS citées plus tôt ont été adaptées en France par le Programme Papageno (33). L'objectif du programme est double. D'une part, prévenir la contagion suicidaire, en travaillant notamment sur l'EW et d'autre part, promouvoir le recours et l'offre d'aide. Pour cela, il s'appuie sur les médias et les nouvelles technologies de l'information et de la communication. L'un des objectifs est de passer d'un processus d'identification à risque vers une figure d'identification protectrice comme des personnes ayant traversé ou aidé autrui à traverser une crise suicidaire. Les professionnels du programme interviennent auprès des rédactions, des clubs de la presse ou des écoles de journalisme, notamment.

Depuis sa création, le programme s'est considérablement enrichi et a diversifié ses modalités d'interventions pour la prévention du suicide. Il propose aujourd'hui diverses formations destinées aux professionnels de santé impliqués dans cette prévention. Parmi celles-ci, le Mini Media Training (MMT) est un exercice

qui vise à évaluer l'aptitude des psychiatres et des internes en psychiatrie à guider spontanément les journalistes vers un traitement médiatique responsable du suicide et à les sensibiliser à la question de la communication sur le suicide auprès des médias.

4.2. Un outil pédagogique de sensibilisation, d'information, de formation par la mise en situation et d'évaluation de l'aptitude des psychiatres à guider spontanément les journalistes vers un traitement médiatique responsable du suicide : Le Mini Media Training (MMT)

Les psychiatres sont identifiés comme des experts de la santé et de la maladie mentale. Ils devraient à ce titre être les premiers professionnels que les journalistes sollicitent lorsqu'il s'agit de traiter du suicide, étant donné leur degré d'expertise sur le sujet. Les psychiatres se montrent souvent rebutés par l'exercice, ce qui empêche une action de prévention et de sensibilisation précoce. Les journalistes sont alors contraints de se tourner vers d'autres acteurs de la prise en charge tels que les pompiers ou les forces de l'ordre intervenant sur place. Ces corps de métiers ne sont malheureusement pas formés à la communication autour du suicide et peuvent involontairement contribuer à l'EW.

La réticence des psychiatres à se prêter à l'exercice peut s'expliquer par plusieurs facteurs. D'abord le fait que ses objectifs paraissent éloignés de ceux du journaliste : l'un ayant pour but de diffuser largement son article et l'autre de limiter son impact médiatique (34). Ensuite le psychiatre n'est pas formé durant son cursus universitaire à la communication sur les faits suicidaires et peut se sentir démuni devant les questions des professionnels de l'information.

C'est devant ce constat qu'un outil a été élaboré afin de guider les psychiatres vers une sensibilisation et une diffusion adéquate des recommandations évoquées plus tôt.

Le Programme Papageno a donc mis au point un outil intitulé Mini Media Training (MMT). Il consiste en une mise en situation où le psychiatre participant est « interviewé » par un membre du programme Papageno jouant le rôle d'un journaliste au sujet d'une situation de suicide d'une célébrité fictive. L'intervention est ensuite débriefée avec une recontextualisation de la situation et la délivrance d'un livret contenant les recommandations de l'OMS (3). Le rôle du MMT est double. D'une part, une fonction de recueil de données et d'évaluation, via la conduite d'une mise en situation. D'autre part, une fonction pédagogique, via le débriefing de cette mise en situation. Il s'agit donc à la fois d'un outil d'évaluation, mais aussi de sensibilisation, d'information et de formation sur la communication du suicide auprès des journalistes. Cet outil s'adresse à l'ensemble des psychiatres francophones sans distinction entre les psychiatres thésés et les internes en psychiatrie. Il paraît évident que les enjeux sont aussi importants pour ces derniers.

Le Docteur Claire Legrand, psychiatre et membre du Programme Papageno, a évalué, à l'aide du MMT, les connaissances des psychiatres et internes en psychiatrie sur les effets du traitement médiatique du suicide, ainsi que leur aptitude à guider spontanément les journalistes vers un traitement médiatique responsable du suicide, s'appuyant sur les recommandations de l'OMS. Ses travaux ont indiqué que les psychiatres et internes en psychiatrie éprouvaient de grandes difficultés à guider spontanément les journalistes vers un traitement médiatique responsable du suicide, au vu de l'analyse de leurs réponses délivrées lors de l'exercice de mise en

situation, comparativement aux recommandations de l’OMS (35). En outre, certains d’entre eux n’avaient pas connaissance des EW, EP et de ces recommandations antérieurement au MMT.

Le Docteur Karl Walter, psychiatre au CHRU de Lille et membre du Programme Papageno a pris sa suite et s’est penché sur l’évaluation de l’efficacité du MMT à travers la capacité des psychiatres à guider spontanément les médias vers un traitement médiatique responsable du suicide. Il a pour cela comparé les réponses aux questions de la mise en situation des psychiatres lors d’un premier passage puis d’un rappel avec un scénario similaire un à trois mois après le MMT. La pertinence des réponses des participants au regard des recommandations de l’OMS était significativement plus élevée lors du recontact (36). Les psychiatres se montraient globalement satisfaits de la séance de MMT, qui améliore également leur perception des médias et des journalistes (37).

Les études précédentes s’intéressaient aux populations de psychiatres et d’internes en psychiatrie sans distinction. Or, l’étude du suicide et sa prévention sont une part importante du travail d’un interne en psychiatrie. Cette forme de prévention du suicide à travers la communication de faits suicidaires s’intègre parfaitement dans le cursus universitaire de l’interne. Inclure cette compétence de façon précoce dans le parcours du psychiatre en devenir pourrait encore améliorer son efficacité et sa diffusion.

Dans notre étude, nous avons donc souhaité évaluer l’efficacité du MMT sur la population d’internes en psychiatrie via leur capacité à orienter les journalistes vers les recommandations de l’OMS et donc vers un traitement médiatique responsable du suicide.

II- OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE L'ETUDE

1. Objectifs

1.1. Objectif principal

Evaluer l'efficacité de séances de Mini Média Training (MMT) sur l'aptitude des internes en psychiatrie à guider les journalistes vers un traitement médiatique responsable du suicide.

1.2. Objectifs secondaires

1. Évaluer les facteurs permettant de prédire l'efficacité du MMT sur l'aptitude des internes en psychiatrie à guider les journalistes vers un traitement médiatique responsable du suicide.
2. Évaluer l'évolution de la perception des médias et des journalistes par les internes en psychiatrie entre les deux séances de MMT.
3. Évaluer l'évolution du vécu du MMT entre les deux séances de MMT.

2. Hypothèses

2.1. Hypothèse principale

Les séances de MMT améliorent l'aptitude des internes en psychiatrie à guider spontanément les journalistes vers un traitement médiatique responsable du suicide.

2.2. Hypothèses secondaires

1. L'aptitude des internes en psychiatrie à guider les journalistes vers un traitement médiatique responsable du suicide est d'autant plus importante qu'ils sont expérimentés professionnellement, qu'ils ont une expérience de contacts avec les journalistes, et qu'ils connaissent au préalable les EW, EP et les recommandations de l'OMS.
2. La séance de MMT améliore la perception des internes quant aux médias et aux journalistes.
3. Les internes en psychiatrie ont un meilleur vécu de la deuxième séance de MMT.

III- MÉTHODE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude d'épidémiologie interventionnelle de type avant/après.

2. Critères d'inclusion

Les internes en psychiatrie sont des psychiatres en devenir et seront, à ce titre, sollicités en priorités par les journalistes sur la question du suicide.

Les critères d'inclusion de cette étude étaient donc :

- Être interne en psychiatrie
- Être francophone
- Remettre son consentement oral

3. Recueil des variables d'intérêt et critères de jugements

3.1. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles.

Nous avons recueilli les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participants à l'aide d'un auto-questionnaire papier/crayon, via des questions à choix multiples.

3.2. Rapport aux médias

Dans sa seconde partie, le même auto-questionnaire permettait d'apprécier le rapport des internes en psychiatrie aux médias avant la séance de MMT, à travers :

- leur expérience de contact avec les journalistes (questions dichotomiques oui/non) et leur degré de satisfaction quant à cette expérience (échelle de Likert).
- leurs modalités de consommation de l'information (fréquence et type de média consulté).
- leur degré d'intérêt et de confiance vis-à-vis des journalistes, des médias et du traitement médiatique du suicide (Échelles Visuelles Analogiques [EVA] non graduées allant de « pas du tout d'accord » [0] à « tout à fait d'accord » [100]).

Ces variables prenaient en compte l'intérêt pour les médias, la confiance envers les médias, la confiance envers les journalistes, l'intérêt pour le traitement médiatique du suicide et l'estimation de la qualité du traitement médiatique du suicide en France des participants. L'attitude globale des psychiatres face aux médias était ensuite calculée, en moyennant les variables intérêt pour les médias, confiance envers les médias et confiance envers les journalistes.

Enfin, le questionnaire nous a permis d'apprécier le niveau de connaissance des participants au sujet des EW, EP, et des recommandations de l'OMS. Ce niveau de connaissance était considéré comme élevé si le participant affirmait connaître aussi bien les EW et EP que les recommandations de l'OMS, moyen s'il déclarait connaître une de ces trois notions, et faible s'il répondait ne connaître aucune de ces dernières.

3.3. Pertinence des réponses des internes en psychiatrie aux journalistes

La pertinence des réponses des internes en psychiatrie aux journalistes était évaluée au moyen d'un exercice de mise en situation. Au cours de cet exercice, l'évaluateur jouait le rôle d'un journaliste et posait des questions au participant sur une histoire fictive de suicide impliquant une célébrité. Ces questions étaient standardisées selon trois niveaux de suggestion successifs :

- Un premier niveau de suggestion faible, par une question permettant au psychiatre de commenter librement le fait-divers suicidaire fictif (« Que pouvez-vous nous dire de ce suicide ? »).
- Un deuxième niveau de suggestion moyenne, par une question portant sur le suicide de façon générale (« Que pouvez-vous nous dire du suicide de façon générale ? »).
- Un troisième niveau de suggestion forte, par une question demandant des conseils pour la rédaction d'un article portant sur le fait divers (« Que pouvez-vous nous conseiller pour la rédaction de notre article ? »).

La totalité des réponses étaient enregistrées avec un dictaphone.

Le discours des participants était ensuite analysé selon une grille d'évaluation spécialement conçue pour l'étude, laquelle était issue de l'opérationnalisation de 11 des 12 recommandations de l'OMS en 33 items. La douzième recommandation, datant de 2017, n'a pas été prise en compte, ayant été éditée après la conception de cette grille. Des points ont été attribués chaque fois que l'interne de psychiatrie citait l'un des items se rapportant aux recommandations, et livrait ainsi une information susceptible de guider le journaliste vers un traitement moins à risque d'EW, et plus susceptible d'EP.

Cette grille d'évaluation nous a permis de calculer deux types de scores appréciant la pertinence de la réponse des internes en psychiatrie en terme de réponse aux journalistes sur la question du suicide.

- Un score non pondéré (score WHOr non pondéré), calculé ainsi :

Par item :

0 point si non mentionné

1 point si mentionné, quel que soit le niveau de suggestion

Le score total par participant était calculé en additionnant l'ensemble des points obtenus. Le score minimum théorique était donc de 0, le score maximum théorique de 33.

- Un score pondéré par le niveau de suggestion (le score WHOr pondéré), calculé ainsi :

Par item :

0 point si non mentionné

1 point si mentionné après suggestion forte

2 points si mentionné après suggestion moyenne

3 points si mentionné après suggestion faible

Le score total par participant était calculé en additionnant l'ensemble des points obtenus et en divisant cette somme par 3. Une nouvelle fois, le score minimum théorique était de 0, le score maximum théorique de 33. Le score WHOr non pondéré permettait de définir si le participant avait pensé à évoquer chaque recommandation de l'OMS. Le score WHOr pondéré déterminait à quel niveau de suggestion l'interne de psychiatrie évoquait ces recommandations, et permettait ainsi d'évaluer l'aptitude du participant à les citer spontanément.

La cotation des items issus des recommandations de chacun des enregistrements a été effectuée par Karl Walter, médecin psychiatre, et Sacha Valdenaire, interne en psychiatrie, tous deux membres du Programme Papageno. Cette double cotation s'est effectuée sur la base d'enregistrements collectés au cours d'une étude pilote menée lors du congrès de la Société d'Information Psychiatrique de 2016 à Bruxelles. Pour chaque item, les coefficients de Kappa ont été calculés afin d'évaluer la concordance des cotations entre les deux évaluateurs. Pour les items dont le kappa était inférieur à 0,6 (N=11), les deux cotateurs ont réécouté l'ensemble des enregistrements où au moins l'un de ces items étaient cotés par l'un des deux cotateurs afin d'harmoniser la cotation.

3.4. Vécu de la séance de MMT

Le vécu de la séance de MMT était évalué en demandant à l'interne en psychiatrie :

- S'il se sentait plus à l'aise pour répondre à des journalistes sur le suicide, suite à la séance.

- Si la séance lui semblait utile.
- Si l'exercice de mise en situation lui paraissait être une méthode adaptée pour encourager et aider les psychiatres à répondre aux journalistes sur le suicide.

Là encore, les participants devaient répondre à l'aide d'une EVA non graduée allant de 0 (« Pas du tout d'accord ») à 100 (« Tout à fait d'accord ») à chacune de ces questions.

3.5. Critères de jugement

Le critère de jugement principal portait sur les variables permettant de mesurer la pertinence des réponses des internes en psychiatrie aux journalistes aux deux temps d'évaluation. Il s'agissait donc de la différence des moyennes des scores pondérés et non-pondérés de l'exercice de mise en situation du MMT entre les deux contacts.

Les critères de jugement secondaires portaient sur les variables permettant de mesurer le degré de satisfaction et de perception des participants quant aux séances de MMT, ainsi que les variables permettant d'évaluer le rapport des internes en psychiatrie aux médias et aux journalistes, et celles correspondant aux liens entre certains facteurs et les scores pondérés et non-pondérés. Il s'agissait donc de :

- Différence des moyennes des variables « aisance des participants », « utilité de la séance perçue », « caractère adapté de la séance », et « utilité globale de la séance perçue » (moyenne des deux dernières variables citées) entre les deux temps d'évaluation.
- Différence des moyennes des variables « intérêt pour les médias », « confiance envers les médias », « confiance envers les journalistes », «

attitude envers les médias » (moyenne des trois variables précédentes citées), « intérêt pour le traitement médiatique du suicide » et « estimation de la qualité du traitement médiatique du suicide en France » entre les deux temps d'évaluation.

- La valeur p correspondant aux liens entre les variables « Expérience professionnelle », « Genre », « Activité hospitalière », « Expérience avec les médias », et « Niveau de connaissance » avec les scores pondérés et non pondérés aux deux temps d'évaluation.

4. Déroulement

Le recrutement des participants s'est effectué à l'occasion de huit congrès français de psychiatrie : le Congrès Français de Psychiatrie (CFP) 2017 à Lyon, le CFP 2018 à Nantes, le CFP 2019 à Nice, le Congrès de la Société de l'Information Psychiatrique (SIP) 2018 à Antibes, le Congrès de l'Encéphale 2019 à Paris, Le congrès de psychologie et de neurologie de langue française (CPNLF) 2017 à Dijon, le CPNLF 2018 à Bastia et le congrès du groupement d'études et de prévention du suicide (GEPS) à Brest en 2019. Pour chacun de ces congrès, les évaluateurs sont allés à la rencontre des psychiatres et internes en psychiatrie présents et leur ont présenté le Programme Papageno. Ils leur ont ensuite proposé de participer à cette étude, en leur délivrant le cas échéant une information écrite et orale concernant les modalités de l'étude ainsi que la confidentialité des données obtenues. Le consentement a été recueilli oralement. Les participants ont alors reçu l'auto-questionnaire qu'ils ont rempli en présence de l'intervenant. Suivait l'exercice de mise en situation avec enregistrement des réponses du psychiatre. Ensuite, avait

lieu le temps de débriefing de la mise en situation. Tout d'abord, l'examineur réalisait un travail de recontextualisation, lors duquel il délivrait des informations sur les EW, EP, ainsi que sur les recommandations de l'OMS. Il insistait également sur le rôle essentiel que pouvaient jouer les psychiatres dans l'accompagnement des journalistes vers un traitement médiatique responsable du suicide, et l'importance pour les psychiatres de se saisir de ce rôle. Ensuite, avait lieu un débriefing plus spécifique des réponses du participant lors de la mise en situation, sous l'angle des recommandations. Le participant se voyait remettre un bon point Werther ou Papageno, visant à valoriser ses réponses qui ont contribué à limiter l'EW et/ou à renforcer l'EP. L'examineur mentionnait ensuite les recommandations non citées par le psychiatre. Enfin, le psychiatre était interrogé sur son vécu de la séance. Ce premier temps d'évaluation a été défini comme le temps T0. Les participants étaient ensuite recontactés par téléphone, dans un délai d'un à trois mois, afin de réaliser un nouvel exercice de mise en situation semblable à celui réalisé au cours de la première séance. Les réponses des psychiatres au cours de ce recontact étaient comparées aux réponses de la séance initiale. De même, ils ont à nouveau interrogé lors de ce recontact, leur perception des médias et des journalistes, ainsi que leur intérêt pour le traitement médiatique du suicide, et leur vécu du MMT. La seule différence résidait dans le fait qu'ils devaient donner oralement, pour chacune de ces variables, un chiffre compris entre 0 et 100, et non répondre à l'aide d'une EVA non graduée comme lors du premier contact. Ce deuxième temps d'évaluation a été défini comme le temps T1.

5. Analyses statistiques

Préalablement aux analyses ultérieures, les caractéristiques des répondants et non-répondants à T1 ont été comparées au moyen de tests de Fisher pour les proportions, et de tests de Wilcoxon pour les moyennes.

Pour évaluer l'effet du MMT, les analyses ont été effectuées sur les participants ayant répondu à T0 et T1 uniquement. La taille d'effet du MMT a été estimée en calculant le d de Cohen pour échantillons appariés, en divisant la différence moyenne des scores WHOr (entre T1 et T0) par la déviation standard de la différence.

Afin d'identifier les facteurs susceptibles d'influencer les scores WHOr et son amélioration après le MMT, des analyses de régression linéaire multivariée ont été réalisées expliquant les scores à T0, et les scores à T1. Les modèles étaient ajustés sur le genre (homme, femme), l'expérience (en années), l'activité hospitalière (oui, non), le niveau de connaissance initial (faible, moyen ou élevé) et l'expérience avec les médias (pas d'expérience, déjà sollicité, déjà interviewé). L'âge n'a pas été inclus en raison de sa redondance avec les années d'expériences. Les modèles expliquant les scores à T1 ont également été ajustés sur le score à T0. Les modèles fournissent des différences de score (et leur intervalle de confiance à 95%) illustrant les associations entre les différents facteurs et les scores WHOr.

Tous les tests étaient bilatéraux et étaient considérés comme significatifs en cas de p -valeur inférieure à 0,05. Les analyses ont été réalisées avec le logiciel R 3.6.1.

IV. RÉSULTATS

1. Caractéristiques de l'échantillon

Les caractéristiques des répondants sont décrites dans le Tableau 1. Parmi les internes présents aux congrès de psychiatrie, 57 ont accepté de répondre T0, et 48 ont également répondu à T1 (taux de réponse = 84,2%).

Les non-répondants à T1 présentaient un niveau de connaissance plus élevé à l'inclusion que les participants ayant répondu aux 2 temps de mesure ($p = 0,044$).

Table 1 : Caractéristiques à T0 des répondants et non-répondants à T1

	Echantillon global N = 57	Non-répondants à T1 N = 9	Répondants à T1 N = 48	P
Age, m (sd)	28,8 (9,1)	26,7 (2,1)	29,2 (9,8)	0,394
Genre, n (%)				0,648
Homme	24 (42,1)	3 (33,3)	21 (43,8)	
Femme	33 (57,9)	6 (66,7)	27 (56,2)	
Expérience professionnelle, m (sd)	3,6 (7,5)	2,0 (0,71)	3,8 (8,1)	0,906
Activité hospitalière, n (%)				0,426
Oui	45 (78,9)	8 (88,9)	37 (77,1)	
Non	12 (21,1)	1 (11,1)	11 (22,9)	
Expérience avec les médias, n (%)				0,856
Pas d'expérience	38 (66,7)	7 (77,8)	31 (64,6)	
Sollicité	6 (10,5)	1 (2,4)	6 (12,5)	
Interviewé	13 (22,8)	2 (22,2)	11 (22,9)	
Niveau de connaissance, n (%)				0,044
Faible	19 (33,3)	0 (0,0)	19 (39,6)	
Moyen	34 (59,6)	8 (88,9)	26 (54,2)	
Élevé	4 (7,0)	1 (11,1)	3 (6,2)	
Score WHOr non pondéré, m (sd)	4,98 (2,43)	4,56 (2,46)	5,06 (2,44)	0,573
Score WHOr pondéré, m (sd)	3,00 (1,52)	2,91 (1,78)	3,01 (1,49)	0,835

2. Rapport aux médias

L'attitude globale moyenne des internes était initialement de 45,3/100 (DS=20,7). Elle augmente de façon significative ($p=0,004$) jusqu'à 52,3/100 (DS=20,5) à T1.

La confiance dans les médias augmente de façon significative ($p < 0,001$). La valeur moyenne, au premier contact, à T0 était de 42,0/100 (DS=25,9). Lors du recontact téléphonique à T1, elle était de 52,7/100 (DS=25,3).

La différence entre les deux temps d'évaluation de la confiance dans les journalistes est au seuil de significativité ($p=0,065$). Au cours du premier contact, la valeur moyenne était de 35,7/100 (DS=23,6) tandis qu'au recontact elle augmente jusqu'à 41,4/100 (DS=20,9).

Enfin, l'estimation moyenne de la qualité du traitement médiatique du suicide par les psychiatres était de 28,9/100 au premier contact (DS= 17,9). Lors du recontact, elle était de 42,1/100 (DS= 16,9). Les différences entre les deux temps d'évaluation étaient significatives ($p < 0,001$).

L'évolution de l'intérêt pour les médias et le traitement médiatique du suicide n'était pas significative lors du recontact.

Ces différentes données sont résumées dans le tableau 2 et la figure 1.

Variabes	T0 (n=48)	T1 (n=48)	p
Intérêt-médias, m (sd)	58,3 (25,9)	62,5 (23,2)	0,217
Confiance - médias, m (sd)	42,0 (25,9)	52,7 (25,3)	<0,001
Confiance - journalistes, m (sd)	35,7 (23,6)	41,4 (20,9)	0,065
Intérêt - traitement, m (sd)	62,9 (22,1)	62,9 (14,6)	0,996
Qualité - traitement, m (sd)	28,9 (17,9)	42,1 (16,9)	<0,001
Attitude globale, m (sd)	45,3 (20,7)	52,3 (20,5)	0,004

Tableau 2: variables relatives au rapport avec les médias. m représente la valeur moyenne et sd la déviation standard.

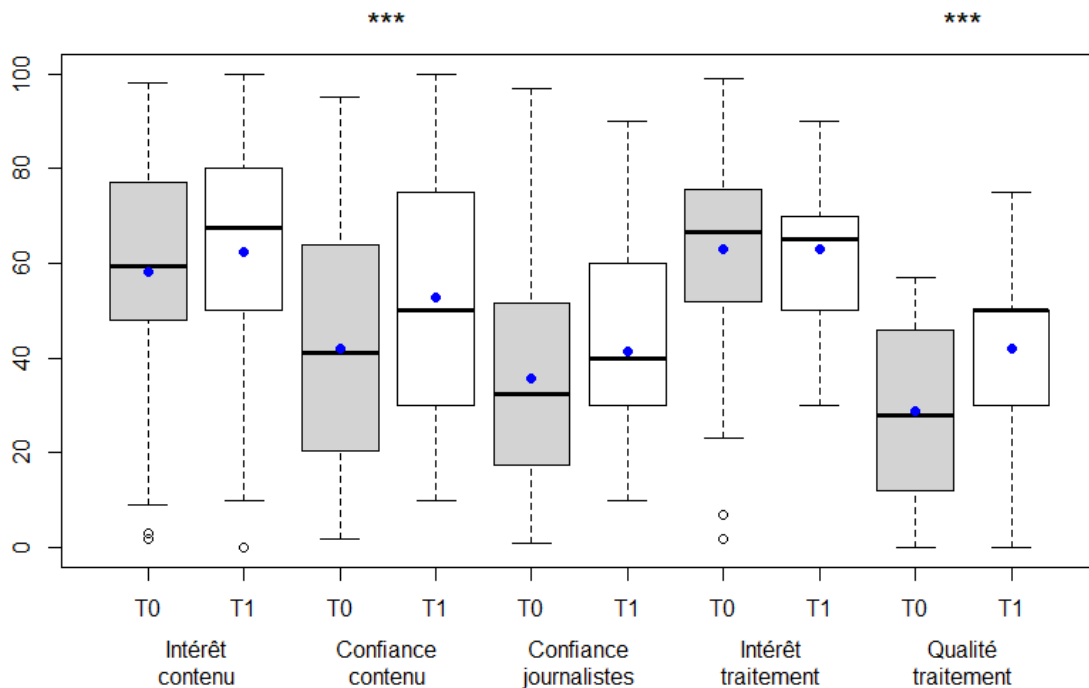


Figure 1: Distribution des variables relatives au rapport avec les médias en boîtes à moustaches avec en point bleu la représentation de la moyenne des variables

3. Impact du Mini media training

Les scores WHOr pondérés et non pondérés ont augmenté significativement à T1. Le score WHOr non pondéré moyen à T0 était égal à 5,06 (\pm 2,44) et 7,58 (\pm 3,70) à T1 ($d = 2,52$, $p < 0,001$). Le score WHOr pondéré moyen à T0 était égal à 3,01 (\pm 1,49) et 4,46 (\pm 2,17) à T1 ($d = 1,45$, $p < 0,001$). Ces résultats correspondaient à un d de Cohen égal à 0,85 pour le score non pondéré et 0,76 pour le score pondéré.

Ces résultats sont repris sous forme de boîtes à moustache dans la figure 2.

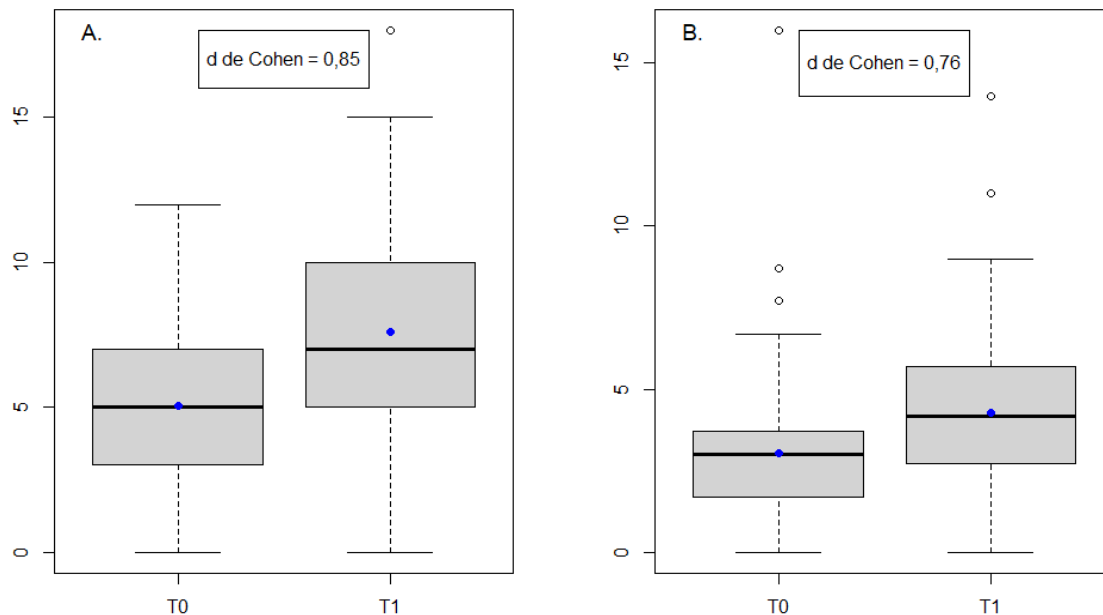


Figure 2: Distribution des scores WHOr non pondérés (A) et pondérés (B) obtenus avant (T0) et après (T1) le Mini Media Training. Le point bleu indique le score moyen.

Facteurs associés avec le score WHOr :

Les résultats des modèles expliquant les scores WHOr à T0 sont présentés dans la Figure 3. Aucune association significative n'a été retrouvée entre les facteurs étudiés et les scores WHOr à T0 à l'exception d'une association entre l'expérience professionnelle et le score non pondéré : plus l'expérience était importante, plus le score était faible (d [IC95%] = -0,13 [-0,23 ; -0,03], $p = 0,016$).

Les résultats des modèles expliquant les scores WHOr à T1 sont présentés dans la Figure 4. Après avoir ajusté le score à T0 (plus le score à T0 était élevé, plus le score à T1 l'était également), seule l'expérience professionnelle et le genre étaient associés significativement aux scores pondérés et non pondérés à T1. Plus l'expérience professionnelle était importante, plus le score à T1 était faible (d

[IC95%] = -0,18 [-0,31 ; -0,05], p = 0,008 pour le score non pondéré, et -0,12 [-0,19 ; -0,04], p = 0,003 pour le score pondéré). Comparées aux hommes, les femmes présentaient un score moins élevé à T1 (d [IC95%] = -2,12 [-3,96 ; -0,28]), p = 0,025 pour le score non pondéré et -1,60 [-2,68 ; -0,51], p = 0,005 pour le score pondéré). Les résultats de l'étude concernant le niveau de connaissance des participants à propos des Recommandations, de l'EW et de l'EP ne permettaient pas de conclure de façon significative, ni pour une meilleure réponse à T0, ni pour une plus grande progression entre les deux sessions.

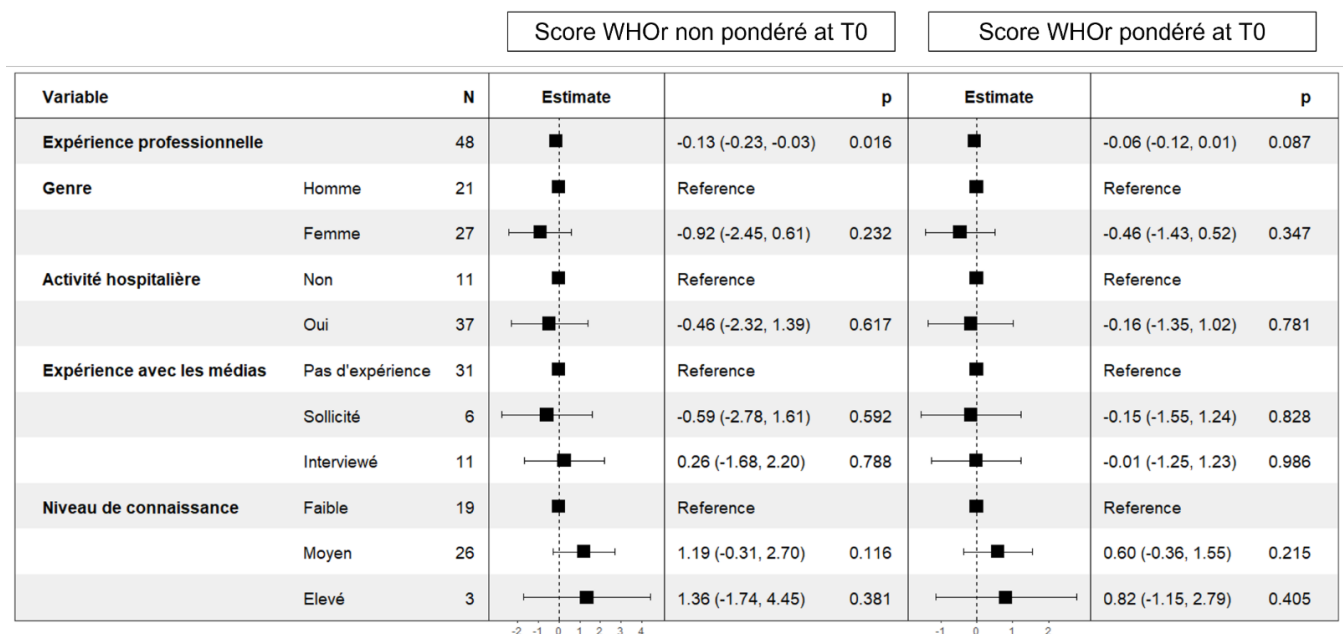


Figure 3 : Facteurs associés avec les scores WHOr non pondéré et pondéré à T0 – Résultats du modèle de régression linéaire multivarié

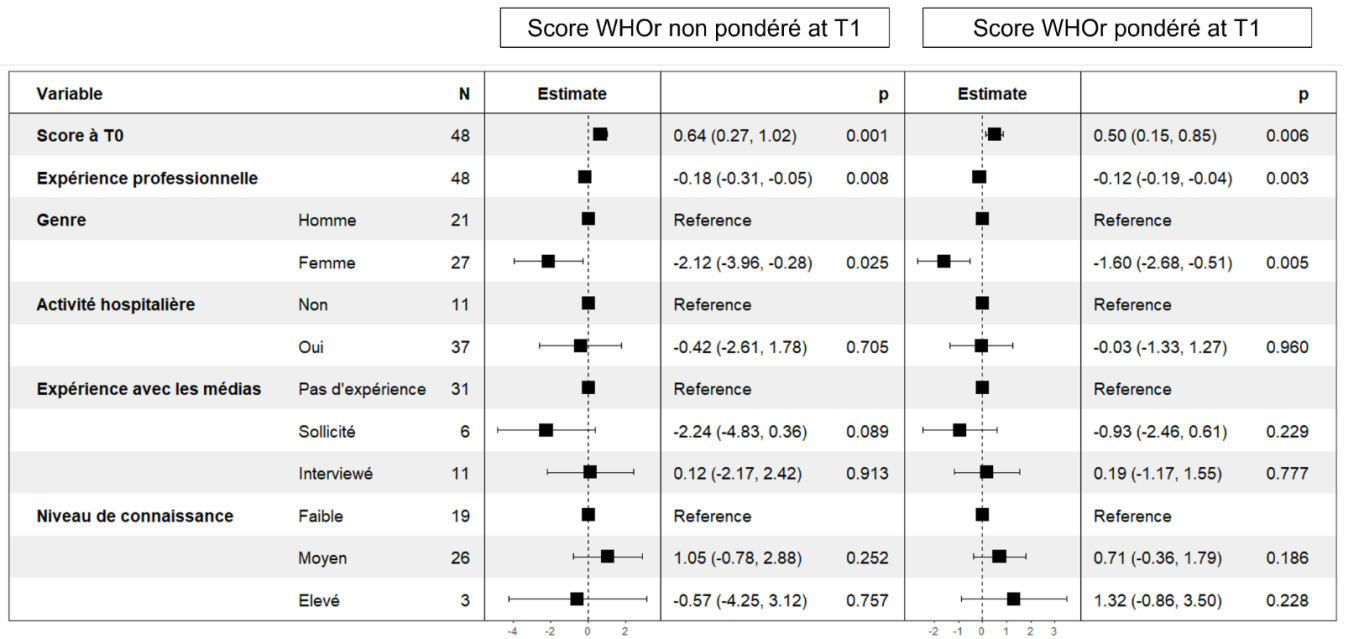


Figure 4: Facteurs associés avec les scores WHOr non pondéré et pondéré à T1 – Résultats du modèle de régression linéaire multivarié

4. Vécu de la séance :

L'aisance perçue moyenne des internes durant l'exercice était de 73,7/100 avec une déviation standard de 15,8 (DS=15,8) à T0. Cette valeur baisse à T1 jusqu'à 68,2/100 (DS=20,2). Les différences entre les deux temps d'évaluation étaient significatives ($p=0,044$). C'est la seule variable concernant le vécu des internes en psychiatrie qui évolue de façon significative.

L'utilité perçue n'évolue pas avec un score de 90,3 (DS=9,1) à T0 et 90,3 (DS=12,1) à T1.

Le score lié à l'utilité globale est de 88,5 (DS=10,9) à T0, il évolue de façon non significative ($p=0,355$) jusqu'à 87,4 (DS=14,2).

Le score inhérent au caractère adapté de la méthode baisse lui aussi de manière non significative ($p=0,245$) entre T0: 86,9 (DS=14,4) et T1: 84,6 (DS=20,7).

Ces scores sont repris dans le tableau 3 et la figure 5.

Variables	T0 (n=48)	T1 (n=48)	p
Aisance perçue, m (sd)	73,7 (15,8)	68,2 (20,2)	0,044
Utilité perçue, m (sd)	90,3 (9,1)	90,3 (12,2)	1,000
Méthode adaptée, m (sd)	86,9 (14,4)	84,6 (20,7)	0,245
Utilité globale, m (sd)	88,5 (10,9)	87,4 (14,2)	0,355

Tableau 3: variables relatives au vécu de la séance avec m, la valeur moyenne et sd, la déviation standard.

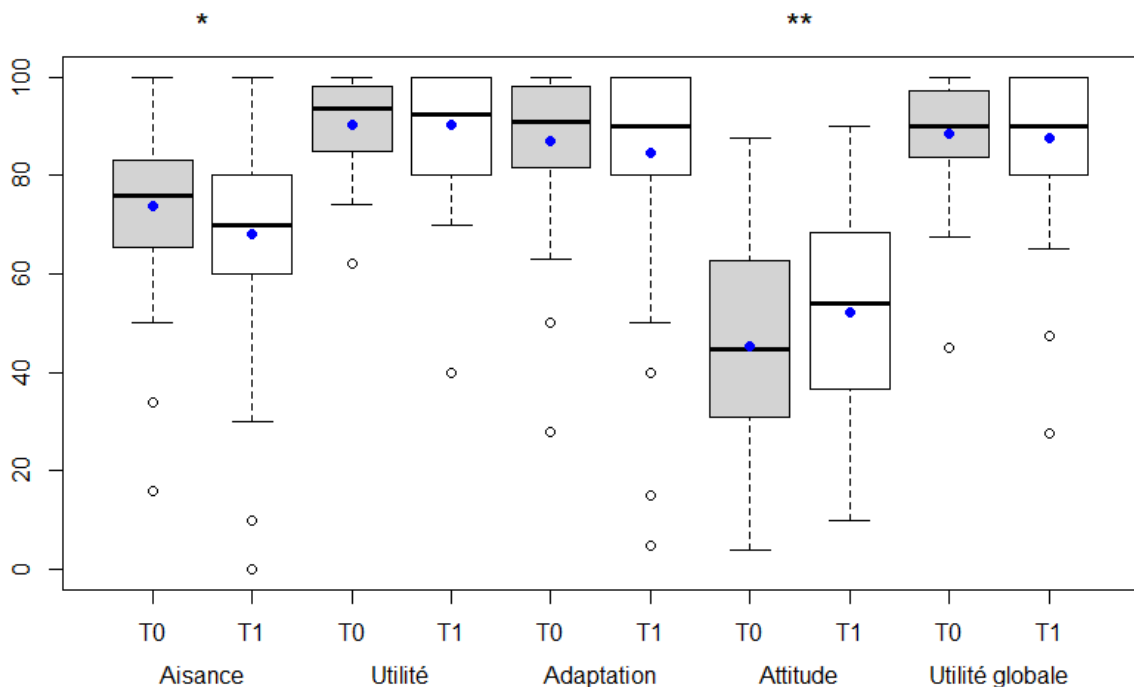


Figure 5: Distribution des variables concernant le vécu de la séance en boîtes à moustache avec en point bleu, la représentation de la moyenne des variables

V. DISCUSSION

1. Rappel des principaux résultats

Grâce aux séances de MMT, les internes en psychiatrie ont augmenté leur capacité à s'appuyer sur les recommandations de l'OMS afin de guider les journalistes vers un traitement médiatique responsable du suicide. En effet, lors du recontact à T1, les scores pondérés et non pondérés ont significativement augmenté par rapport au premier contact à T0.

Nous mettons en évidence une corrélation négative entre l'expérience professionnelle et les scores pondérés et non pondérés aux deux temps d'évaluation. Plus les internes sont expérimentés et moins ils parviennent à citer des items en rapport avec les recommandations de l'OMS. Une autre variable marquant une différence significative est le genre. En effet, les femmes ont obtenu un score plus faible que les hommes lors du recontact. Cette différence est significative sur les scores pondérés et non pondérés.

Nous constatons également que la satisfaction globale des participants est élevée avec une moyenne des variables corrélées au vécu des séances (utilité perçue, méthode adaptée et utilité globale) à plus de 50/100 lors des 2 contacts. On note cependant une diminution significative de l'aisance à communiquer autour du suicide auprès des médias lors du recontact téléphonique à T1 .

De plus, une amélioration significative de la perception des médias et des journalistes par les psychiatres est retrouvée à la suite des séances de MMT. En

effet, la confiance moyenne envers les médias, l'estimation moyenne de la qualité du traitement médiatique du suicide et l'attitude moyenne des psychiatres envers les médias, sont significativement augmentées lors du recontact. La confiance moyenne envers les journalistes a par contre augmenté au seuil de la significativité.

2. Pistes d'interprétation et confrontation aux données de la littérature

La création et la promotion d'un travail de sensibilisation sur la communication autour du suicide auprès des journalistes semble être un outil efficace pour les internes en psychiatrie afin de guider les journalistes vers un traitement médiatique plus responsable du suicide. Le MMT augmente la capacité des internes en psychiatrie à s'appuyer sur les recommandations de l'OMS afin de promouvoir l'EP et de limiter l'EW.

Cette progression peut en partie s'expliquer par le fait que le MMT repose sur la méthode pédagogique de la mise en situation et de l'apprentissage expérientiel. Celui-ci constitue le type d'apprentissage privilégié par un individu afin de mémoriser des informations (38). La mise en place d'une nouvelle expérimentation active découle de l'expérience concrète vécue lors des sessions de MMT. Dans une étude portant sur l'efficacité d'une formation à l'Apprentissage Par Problème (APP) destinée à des enseignants amenés à encadrer en tant que tuteurs des étudiants, 98% des participants ont indiqué se sentir davantage éclairés sur leur fonction de tuteur à l'issue de celle-ci (39). Dans notre travail, l'exercice de mise en situation permet à l'interne en psychiatrie de se retrouver dans des conditions approchant de

celles d'une interview classique autour d'un fait suicidaire. A la suite de l'exercice, le temps de débriefing valorise les réponses de l'interne concourant à promouvoir l'EP ou limiter l'EW. Il sert aussi à revenir sur l'ensemble des recommandations de l'OMS afin de combler d'éventuels manques dans les réponses du participant. Un tel exercice, conformément aux travaux de Braibant et al, doit donc effectivement permettre au psychiatre de mieux appréhender la manière de communiquer sur le suicide auprès des journalistes en s'appuyant sur les recommandations de l'OMS.

Cette sous population semble plus propice à progresser et s'appropriier les recommandations de l'OMS que la population étudiée dans l'étude de Walter et al (36). D'après le même protocole sur une population incluant internes en psychiatrie et psychiatres thésés, la progression entre T0 et T1 des scores pondérés et non pondérés était plus faible. La différence entre T0 et T1 du score non pondéré moyen dans cette étude était de 2,08 contre 2,52 pour notre population d'internes uniquement. La différence du score pondéré moyen pour les psychiatres et internes était de 1,24 tandis qu'elle était de 1,45 pour les internes uniquement. On pourrait s'attendre à ce que cette différence soit d'autant plus importante pour une comparaison entre les internes et les psychiatres. En ce sens, l'étude de Walter et al mettait en évidence de façon significative une baisse des scores pondérés et non pondérés en lien avec l'augmentation de l'expérience professionnelle. Selon Rogalski et al, l'expérience professionnelle d'un individu se divise entre expérience sédimentée, acquise par la répétition d'une tâche ou d'un apprentissage, et expérience événementielle qui est ponctuelle, inédite et revêtant un caractère unique. L'expérience sédimentée, bien qu'elle apporte des bases solides, pourrait enclencher un phénomène de routinisation et une perte d'inventivité dans les

réponses apportées à une situation. Les expériences habituelles conduisent à une adaptation à la fréquence des situations : les situations rares y sont donc sous-représentées et moins disponibles. L'exercice du MMT s'inscrirait ici dans un apprentissage évènementiel et serait d'autant plus difficile à appréhender que l'expérience du participant est sédimentée dans sa pratique courante (40).

L'un des objectifs secondaires était de déterminer le vécu de la séance de MMT par les internes. Celui-ci semble positif car même si on ne note pas d'évolution significative sur la plupart des variables, celles-ci font l'objet de scores élevés aux deux temps du MMT avec des scores d'utilité globale (moyenne de l'utilité perçue et méthode adaptée) à plus de 85/100. L'exercice de mise en situation a pour but de maximiser l'implication du participant en le mettant directement dans une position active d'intervenant. Celle-ci apporte un côté réel et concret à l'exercice qui peut expliquer l'utilité perçue. Nous notons cependant une aisance perçue significativement plus basse lors du recontact. Cela peut s'expliquer par la conscience de la difficulté de l'exercice après le premier contact et le temps passé entre les deux séances (un à trois mois). Le bénéfice immédiat en termes de connaissance acquis à la suite de la première séance pourrait être ressenti comme diminué après cet intervalle.

Un autre objectif secondaire était d'évaluer l'évolution du rapport des internes de psychiatrie aux médias. L'hypothèse en découlant était que le MMT améliore la perception des médias par les internes. Elle se vérifie globalement puisque plusieurs variables ont significativement augmenté entre T0 et T1 comme l'attitude globale face aux médias, la confiance dans le contenu médiatique et la qualité du traitement

médiatique du suicide. Il est probable que les résultats auraient tous été significatifs avec une plus grande puissance.

L'obtention d'un meilleur score et d'une meilleure évolution entre T0 et T1 attendue pour les participants avec un niveau de connaissance initial plus élevé n'a pas pu être mise en évidence. Le travail de Walter et al sur une population plus vaste mettait pourtant en exergue cette association (36). Le manque de puissance de l'étude pourrait encore en être la cause.

Ces résultats tendent à démontrer l'importance d'un travail précoce de sensibilisation et d'apprentissage de la communication de faits suicidaires auprès des journalistes pour les psychiatres en devenir. La capacité à communiquer de manière responsable autour du suicide peut être un atout pour la pratique future des internes. Plus ils seront à l'aise dans cet exercice et plus ils seront disponibles pour parler du suicide. Cela pourrait, de surcroît, augmenter leur confiance dans les médias avec potentiellement une meilleure collaboration et une meilleure capacité à sensibiliser les journalistes à la problématique suicidaire et à la responsabilité qu'impliquent leurs écrits dans ce domaine (22).

Être acteur de la prévention du suicide est l'un des rôles de l'interne en psychiatrie. De plus, comme le démontrent cette étude et celle de Walter et al, plus le MMT est délivré tôt dans la vie professionnelle, plus il est efficace (36). La population des internes est déjà sensibilisée à ce genre d'exercice utilisé dans leur cursus autour d'autres thèmes comme durant le service sanitaire en santé mentale et en prévention du suicide qui est un séminaire optionnel du DES de psychiatrie lillois. Ce séminaire est basé sur une série de 4 mises en situation à destination de collégiens et lycéens de la région Hauts de France. Cela a pour but de sensibiliser

des adolescents à repérer, aborder et orienter d'autres pairs qui seraient en détresse psychologique. Dans ce sens, la mise en situation pourrait facilement et efficacement s'inscrire dans la formation précoce des internes autour du suicide. Durant une journée de cours de DES en formant plusieurs groupes de travail par exemple. Il pourrait aussi s'inscrire de façon optionnelle dans des séminaires universitaires portant sur le suicide. En plus de faire connaître ou réviser les recommandations de l'OMS, le MMT permet à lui seul de dissiper une partie des mythes ou idées reçues autour du suicide. Des sessions de média training ont déjà été organisées par le Programme Papageno, certaines en collaboration avec l'association des internes de psychiatrie (ALI2P) à Lille . Ces sessions étaient plus approfondies que le MMT. Leur durée était de deux heures, ce qui permettait d'aborder de façon plus détaillée les recommandations de l'OMS ainsi que la déconstruction des mythes autour du suicide. Ce temps permettait également d'analyser de façon critique des exemples d'articles de presse traitant de suicide, ainsi que de réaliser plusieurs exercices de mises en situations avec différents scénarios.

La forme du MMT paraît plaire et semble être jugée efficace par les internes au travers des questions sur le vécu des séances. Elle pourrait tout de même encore évoluer afin de devenir plus efficace dans l'avenir. Le MMT pourrait, en s'inscrivant dans la formation des internes, devenir plus approfondi avec plusieurs séances étalées sur plusieurs journées de cours en présentiel. La variation des scénarios de mise en situation pourrait être une piste à explorer afin de moduler la difficulté de la séance entre les différents contacts. Le temps de recontact et le nombre de séances pourraient changer eux aussi avec si possible un recontact plus rapide à deux

semaines et un troisième contact à un mois. Une délivrance systématique des recommandations de l’OMS au décours de T1 par mail pourrait être opérée afin de fixer une fois de plus ces nouvelles connaissances.

3. Forces et limites de l’étude

Limites

Malgré un entraînement à la cotation mené sur les 20 enregistrements de l’étude pilote effectuée à l’occasion de la SIP 2016 à Bruxelles et une réunion d’harmonisation des cotations entre les deux cotateurs, la cotation de certains items restait délicate. En effet, les définitions de certains items étaient proches les unes des autres, ce qui rendait illusoire la possibilité pour le participant de citer la totalité des items de la grille.

Le manque de significativité de certains résultats peut s’expliquer par le manque de puissance de l’échantillon. En effet, cibler uniquement les internes en psychiatrie restreint le potentiel de participants. En ce sens, il est prévu de poursuivre les inclusions au cours de prochains congrès.

D’autre part, le recueil des variables relatives à la perception des médias par les psychiatres, ainsi qu’au vécu de la séance de MMT était effectué différemment entre les deux contacts : à T0, par une EVA non graduée, et à T1 par un chiffre donné oralement entre 0 et 100. Le fait que le recontact se passe par téléphone a également pu impacter les résultats. En effet, on peut s’attendre à ce que l’implication de certains participants soit moindre par ce biais car s’éloignant d’une interview réelle ou à l’inverse, artificiellement augmentée si le participant est peu à l’aise durant l’exercice en présentiel.

Le principe du MMT est de rapprocher les participants de conditions réelles d'interview. Malgré les efforts dans ce sens via la mise en situation, le MMT reste une imitation et ne parvient donc pas tout à fait à plonger les participants dans des conditions réalistes d'entretien avec un journaliste sur la question du traitement médiatique du suicide.

De plus, un biais de recrutement pourrait exister ici. En effet, les internes ayant accepté de participer pourraient être plus concernés ou intéressés par la question du traitement médiatique du suicide que l'ensemble des internes. Un certain nombre de participants n'ont pas répondu lors du recontact téléphonique à T1. Ceux-ci n'accordent peut-être pas autant d'importance à la question ou ont eu un vécu moins positif de la séance de MMT que ceux ayant répondu.

Forces :

L'analyse qualitative des réponses des internes en psychiatrie via l'enregistrement audio des séances de MMT pouvait parfois subir des erreurs de cotation du fait de la subjectivité des items. La fiabilité des mesures de cotation a été rendue possible par l'utilisation de deux évaluateurs en aveugle. L'entraînement à l'outil d'évaluation via les enregistrements de la SIP 2016 et les réunions d'harmonisation, ont permis de s'assurer que les pratiques de cotation étaient similaires et accordées. Ceci a permis la rédaction de critères de cotation plus fins pour tous les items. La mesure de double cotation apporte une plus grande objectivité dans la retranscription des enregistrements.

Même s'il reste une imitation de l'interview journalistique, le MMT a pour lui de rapprocher au maximum le participant d'une situation concrète et plausible. Au-delà

de l'apport pédagogique d'une telle méthode évoquée ci-avant, l'intérêt est qu'elle réduit également l'effort d'adaptation à fournir en cas de réelle demande de la part d'un journaliste dans l'avenir.

On note en outre un nombre de participants perdus de vue relativement restreint entre T0 et T1 ce qui biaise peu les résultats.

La réévaluation de l'acquisition des informations via un recontact (T1) est une force du mini média training. En effet, cette seconde séance permet de déterminer l'évolution des connaissances et du vécu des participants mais aussi le rappel des recommandations de l'OMS afin qu'elles soient mieux assimilées.

Cette étude est la première à mettre en évidence l'efficacité d'un travail pédagogique de sensibilisation et de formation à la question du traitement médiatique du suicide auprès des internes en psychiatrie. Bien qu'elle soit réalisée sur un échantillon plus restreint que celle de Walter et al, elle permet de mettre en exergue des pistes de comparaison entre la population des psychiatres et internes et celle des internes en psychiatrie uniquement (39). Des analyses approfondies pourraient permettre la mise en lumière de nouvelles associations significatives.

4. Conclusion

Notre étude met en évidence une amélioration de la capacité des internes en psychiatrie à guider les journalistes vers un traitement médiatique plus responsable du suicide au décours de la formation par le MMT. Nous constatons également que son efficacité semble augmenter si il est dispensé tôt dans la vie professionnelle de l'interne. Cet outil permet donc de former rapidement et efficacement les psychiatres en devenir à communiquer autour du suicide. En ce sens, il devrait être proposé

précocement dans le cursus universitaire des internes en psychiatrie de façon optionnelle ou obligatoire, d'autant plus qu'il bénéficie d'un vécu positif de la part des internes participants.

Le défi qui s'ouvre aujourd'hui est donc à la fois d'assurer la diffusion massive du MMT auprès de l'ensemble des internes en psychiatrie en France, mais aussi d'y apporter les quelques ajustements dans sa conception qui lui permettront d'être plus efficace encore dans la sensibilisation et la formation des internes à la communication responsable sur le suicide auprès des professionnels des médias.

Bibliographie :

1. <https://www.cepidc.inserm.fr/>
2. Observatoire National du Suicide, troisième rapport, 2018.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/article/observatoire-national-du-suicide>
3. OMS.2021
<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/suicide-data>
4. Phillips DP. The influence of suggestion on suicide: substantive and theoretical implications of the Werther effect. *Am Sociol Rev.* juin 1974;39(3):340-54
5. Goethe JW. *Les souffrances du jeune Werther.* 1774.
6. Arendt, Florian, Sebastian Scherr, et Daniel Romer. « Effects of Exposure to Self-Harm on Social Media: Evidence from a Two-Wave Panel Study among Young Adults ». *New Media & Society* 21, n° 11-12 (novembre 2019): 2422-42. <https://doi.org/10.1177/1461444819850106>.

7. Stack, Steven. « Celebrities and Suicide: A Taxonomy and Analysis, 1948-1983 ». *American Sociological Review* 52, n° 3 (juin 1987): 401. <https://doi.org/10.2307/2095359>.
8. Niederkrotenthaler, Thomas, Stefanie Kirchner, Benedikt Till, Mark Sinyor, Ulrich S. Tran, Jane Pirkis, et Matthew J. Spittal. « Systematic Review and Meta-Analyses of Suicidal Outcomes Following Fictional Portrayals of Suicide and Suicide Attempt in Entertainment Media ». *EClinicalMedicine* 36 (juin 2021): 100922. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100922>
9. Etzersdorfer, E., Voracek, M., Sonneck, G., 2004. A Dose-Response Relationship Between Imitational Suicides and Newspaper Distribution. *Arch. Suicide Res.* 8, 137–145.
10. Pirkis, Jane, et R. Warwick Blood. « Suicide and the Media: Part I: Reportage in Nonfictional Media ». *Crisis* 22, n° 4 (juillet 2001): 146-54. <https://doi.org/10.1027//0227-5910.22.4.146>.
11. Notredame, Charles-Édouard, Nathalie Pauwels, Michel Walter, Thierry Danel, et Guillaume Vaiva. « Le traitement médiatique du suicide : du constat épidémiologique aux pistes de prévention ». *La Presse Médicale* 44, n° 12 (décembre 2015): 1243-50. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2015.07.018>.

12. Bandura, A., 1977. Social learning theory. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J.
13. Tatum, P.T.; Canetto, S.S.; Slater, M.D. Suicide coverage in U.S. newspapers following the publication of the media guidelines. *Suicide Life Threat Behav.* 2010, 40, 524–534
14. « The Effect of the Jonestown Suicides on American Suicide Rates ». *The Journal of Social Psychology* 119, n° 1 (février 1983): 145-46. doi.org/10.1080/00224545.1983.9924456.
15. MADELYN S. GOULD (2001) : Suicide and the Media
16. Martin, Graham, et Lisa Koo. « Celebrity Suicide: Did the Death of Kurt Cobain Influence Young Suicides in Australia? » *Archives of Suicide Research* 3, no 3 (juillet 1997): 187-98. <https://doi.org/10.1080/13811119708258271>.
17. Mozart WA. La flûte enchantée. Opéra; 1791.
18. 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.* sept 2010;197(3):234-43.
19. Domaradzki, Jan. « The Werther Effect, the Papageno Effect or No Effect? A Literature Review ». *International Journal of Environmental Research and*

Public Health 18, n° 5 (1 mars 2021): 2396.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18052396>.

20..Motto, Jerome A. « Newspaper Influence on Suicide: A Controlled Study ». *Archives of General Psychiatry* 23, n o 2 (1 août 1970): 143.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1970.01750020047006>.

21.Notredame, Charles-Édouard, Nathalie Pauwels, Michel Walter, Thierry Danel, et Guillaume Vaiva. « Le traitement médiatique du suicide : du constat épidémiologique aux pistes de prévention ». *La Presse Médicale* 44, n o 12 (décembre 2015): 1243-50. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2015.07.018>.

22.Notredame, C.-E., N. Pauwels, G. Vaiva, T. Danel, et M. Walter. « Peut-on faire du journaliste un acteur de la prévention du suicide ? » *L'Encéphale* 42, n° 5 (octobre 2016): 448-52. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2015.12.024>.

23.Niederkrotenthaler, Thomas, Stefanie Kirchner, Benedikt Till, Mark Sinyor, Ulrich S. Tran, Jane Pirkis, et Matthew J. Spittal. « Systematic Review and Meta-Analyses of Suicidal Outcomes Following Fictional Portrayals of Suicide and Suicide Attempt in Entertainment Media ». *EClinicalMedicine* 36 (juin 2021): 100922. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100922>

24. Gregory, Philip, Fiona Stevenson, Michael King, David Osborn, et Alexandra Pitman. « The Experiences of People Bereaved by Suicide Regarding the

Press Reporting of the Death: Qualitative Study ». *BMC Public Health* 20, n° 1 (décembre 2020): 176. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8211-1>.

25. Carmichael V, Whitley R. Media coverage of Robin Williams' suicide in the United States: A contributor to contagion? *PLoS One*. 2019 May 9;14(5):e0216543. doi: 10.1371/journal.pone.0216543. PMID: 31071144; PMCID: PMC6508639..

26. 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*. 2019 Nov;64(11):805-812. doi: 10.1177/0706743719854073. Epub 2019 Jun 10. PMID: 31181955; PMCID: PMC6882074

27. « Media Guidelines and Suicide: A Critical Review ». *Social Science & Medicine* 262 (octobre 2020): 112690. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112690>.

28. Gould, M.; Jamieson, P.; Romer, D. Media contagion and suicide among the young. *Am. Behav. Sci.* 2003, 46, 1269–1284..

29. Pirkis JE, Burgess PM, Francis C, Blood RW, Jolley DJ. The relationship between media reporting of suicide and actual suicide in Australia. *Soc Sci*

Med. 2006 Jun;62(11):2874-86. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.11.033. Epub 2006 Jan 4. PMID: 16387400.

30. Tatum, P.T.; Canetto, S.S.; Slater, M.D. Suicide coverage in U.S. newspapers following the publication of the media guidelines. *Suicide Life Threat Behav.* 2010, 40, 524–534

31. Chandra, Prabha S, Padmavathy Doraiswamy, Anuroopa Padmanabh, et Mariamma Philip. « Do Newspaper Reports of Suicides Comply with Standard Suicide Reporting Guidelines? A Study from Bangalore, India ». *International Journal of Social Psychiatry* 60, n o 7 (novembre 2014): 687-94. <https://doi.org/10.1177/0020764013513438>.

32. Armstrong, Gregory, Lakshmi Vijayakumar, Anish Cherian, Kannan Krishnaswamy, et Soumitra Pathare. « Indian Media Professionals' Perspectives Regarding the Role of Media in Suicide Prevention and Receptiveness to Media Guidelines: A Qualitative Study ». *BMJ Open* 11, n o 5 (mai 2021): e047166. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047166>.

33. <http://papageno-suicide.com>

34. Collings, Sunny C., et Christopher G. Kemp. « Death Knocks, Professional Practice, and the Public Good: The Media Experience of Suicide Reporting in

52 New Zealand ». *Social Science & Medicine* 71, n o 2 (juillet 2010): 244-48.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.03.017>.

35. Legrand, Accompagner les journalistes vers un traitement médiatique plus responsable du suicide. *Le rôle des psychiatres*. 2016.

36. Walter, Karl, Marielle Wathelet, Sacha Valdenaire, Pierre Grandgenèvre, Nathalie Pauwels, Guillaume Vaiva, et Charles-Edouard Notredame. « A 57 Short Media Training Session Is Effective in Reinforcing Psychiatrists' Communication Skills About Suicide ». *Frontiers in Psychology* 12 (2021): 4002. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.733691>.

37. Walter, Évaluation de l'efficacité du mini media training : un outil de formation à la communication sur le suicide auprès des journalistes. 2019

38. <http://www.iforpro.com/lapprentissageParl'expérimentation/>

39. Braibant, J.M, de Theux, M.N, Aguirre, E, Wouters, P. 2002. Sensibilisation des enseignants aux méthodes actives : quel impact et quelle efficacité sur le terrain ? sites.uclouvain.be

40. Rogalski, Janine, et Jacques Leplat. « L'expérience professionnelle : expériences sédimentées et expériences épisodiques ». *Activites* 08, n° 2 (15 octobre 2011). <https://doi.org/10.4000/activites.2556>.

Annexes :

Annexe 1.

Recommandations traduites de l'OMS pour la prévention du suicide adressées aux professionnels des media World Health Organization. Preventing Suicide. A Resource for Media Professionals. WHO Press. Geneva, Switzerland; 2008
Traduction des recommandations issues de l'OMS : octobre 2014. A. Higgins, CE. Notre-dame, N. Pauwels <http://papageno-suicide.com>

1. Sensibiliser et informer le public sur le suicide Il existe de nombreuses idées reçues au sujet du suicide ; le rôle des médias dans la dissipation de ces mythes n'est pas négligeable. Les facteurs qui conduisent une personne à vouloir mettre fin à ses jours sont généralement multiples et complexes. Ils ne sauraient être reportés de manière simpliste. Le recours au suicide n'est jamais déterminé par une cause unique. Les troubles mentaux, tels que la dépression ou la toxicomanie, constituent un facteur de risque suicidaire majeur. Ils peuvent en effet affecter les capacités d'une personne à gérer les événements de vie stressants et les conflits interpersonnels. L'impulsivité joue également un rôle déterminant. Il y a lieu également de tenir compte des facteurs culturels, génétiques et socio-économiques. Dans la quasi-totalité des cas, et a fortiori lorsque les causes du décès ne sont pas encore entièrement élucidées, il serait trompeur d'attribuer un suicide à un événement unique, comme un échec à un examen ou une rupture amoureuse. Ainsi, le suicide ne saurait en aucun cas être présenté comme un moyen de résoudre des problèmes personnels. La complexité de l'acte est d'une importance particulière pour

les membres de la famille et les amis, chacun cherchant à en connaître les causes, se demandant si certains signes auraient pu le laisser prévoir. Ils doivent faire le deuil et se sentent tantôt coupables, tantôt en colère, stigmatisés ou abandonnés. Des reportages qui rendraient compte de cette complexité seraient propres à informer le public.

2. Éviter tout registre de langage susceptible de sensationnaliser ou de normaliser le suicide ou de le présenter comme une solution. Probablement plus que quiconque, les professionnels des médias connaissent l'importance des nuances du langage. Un discours qui laisserait entendre que le suicide est un problème majeur de santé publique soutiendrait un effort d'information auprès de la population générale. Au contraire, un langage qui décrirait le suicide en des termes sensationnalistes serait à proscrire. Aussi, des expressions comme « l'augmentation des taux » sont à préférer aux variantes emphatiques telles qu'« épidémie de suicide ». De même, la prudence voudrait que le mot « suicide » ne figure pas dans les gros titres. Un discours contribuant à normaliser le suicide ou à désinformer le public devrait également être évité. En particulier, le recours impropre au mot suicide (ex. « suicide politique ») est susceptible de désensibiliser les lecteurs à la gravité réelle du problème. Des expressions telles que « suicide raté », sous-entendant que la mort serait une issue souhaitable, devraient être proscrites. Au contraire, une formulation telle que « tentative de suicide non aboutie » est plus précise et moins encline à une interprétation erronée. L'expression « commettre un suicide », ne devrait pas être employée dans la mesure où elle accole une dimension criminelle au geste, dimension qui ajoute à la stigmatisation des proches du défunt et qui est susceptible de contribuer à décourager les personnes suicidaires à chercher de l'aide. On pourra

lui substituer des expressions telles que « suicide abouti ». Pour mémoire, rappelons que le suicide reste un acte criminel dans certains pays du monde.

3. Éviter la mise en évidence et la répétition excessive des articles traitant du suicide

La mise en évidence et la répétition excessive d'articles traitant du suicide induisent davantage de comportements d'imitation qu'un traitement médiatique plus discret. Dans l'idéal, ces articles devraient se trouver dans les pages intérieures, et figurer en bas de page, plutôt qu'en Une ou sur la partie haute d'une page intérieure. À la télévision tout comme à la radio, l'information sur un suicide ne devrait pas faire la Une de l'actualité mais davantage apparaître en deuxième ou troisième sujet. La pertinence de répéter ou de réactualiser une histoire originale devrait également être évaluée avec circonspection.

4. Éviter les descriptions détaillées de la méthode mise en œuvre lors d'un suicide ou d'une tentative de suicide

Il y a lieu d'éviter la description détaillée de la méthode par laquelle une personne s'est suicidée ou a tenté de se suicider. En effet, la mention des détails pourrait faciliter le recours à la même méthode par des personnes vulnérables. À titre d'exemple, au moment de traiter d'une intoxication médicamenteuse, il serait imprudent de détailler la nature ou la quantité des substances ingérées, ou encore la façon dont la personne se les est procurées. Les suicides par des moyens peu communs appellent à une prudence particulière. Les relayer peut certes présenter un intérêt médiatique particulier, mais expose également au risque d'imitation.

5. Éviter de fournir des détails quant au lieu du suicide ou de la tentative de suicide

Il arrive qu'un lieu donné se forge la réputation d'être particulièrement propice au suicide. Il en est ainsi de certains ponts, grands immeubles, falaises, gares ou

passages à niveau où des gestes suicidaires, fatals ou non, ont régulièrement lieu. Les professionnels des médias devraient mettre un soin particulier à ne pas promouvoir de tels lieux. Pour se faire, ils pourront éviter, par exemple, de les décrire de façon sensationnaliste ou de mettre en exergue le nombre d'incidents qui y ont lieu.

6. Rédiger les gros titres avec attention Les gros-titres ont pour vocation d'attirer l'attention des lecteurs en synthétisant l'essentiel de l'information. L'utilisation du mot « suicide » devrait y être évitée, de même que toute référence explicite au lieu ou à la méthode du suicide.

7. Faire preuve de prudence dans l'utilisation de photographies ou de séquences vidéo Mieux vaut ne pas utiliser de photographies ou de séquences vidéo d'un cas de suicide, particulièrement s'il s'agit d'en faire clairement apparaître le lieu ou la méthode. De plus, il ne devrait pas être fait usage de photographies de la victime. En tout état de cause, le recours à des photographies devrait être subordonné à l'autorisation explicite de la famille. S'il est décidé d'en faire usage, ces images ne devraient pas être mises en évidence, ni servir de support à une valorisation inconsidérée de l'individu. Par ailleurs, les messages d'adieu laissés par la victime ne devraient pas être publiés.

8. Faire preuve d'une attention particulière lorsque le suicide concerne une célébrité Les suicides de célébrités, sujet médiatique de choix, sont souvent considérés comme étant d'intérêt public. Or, ces mêmes suicides, qu'ils concernent des artistes ou des politiciens, sont d'autant plus à même d'influencer le comportement des individus vulnérables que ces personnalités sont le plus souvent admirées par le public. Valoriser le décès d'une personne célèbre pourrait laisser suggérer que la

société cautionne de tels comportements suicidaires. Pour toutes ces raisons, traiter du suicide d'une célébrité devrait se faire avec une prudence toute particulière : sans valorisation indue, ni description détaillée de la méthode employée, mais en mettant davantage l'accent sur les conséquences que ce geste peut avoir. En outre, lorsque la cause du décès n'est pas connue, toute spéculation imprudente autour d'un suicide potentiel peut s'avérer néfaste. Il semble donc préférable de ne se prononcer que lorsque la cause du décès est attestée.

9. Faire preuve de respect envers les personnes endeuillées après un suicide La décision d'interviewer une personne endeuillée par un suicide ne doit pas être prise à la légère. Ces personnes sont elles-mêmes plus à risque de se suicider car le travail de deuil les rend particulièrement vulnérables. Leur vie privée devrait être respectée à tout moment.

10. Indiquer où trouver de l'aide Des informations sur les différents dispositifs d'aide devraient figurer à la fin de chaque article traitant du suicide. Ces dispositifs dépendent du contexte, mais ils pourraient inclure des médecins généralistes, d'autres professionnels de santé, des ressources au sein de la communauté, ainsi que des lignes téléphoniques d'assistance. Citer ces dispositifs d'aide ouvre la voie à un soutien immédiat aux personnes en détresse ou qui envisageraient de se suicider.

11. Reconnaître que les professionnels des médias eux-mêmes sont susceptibles d'être affectés par les histoires de suicide Le fait de travailler sur le suicide d'une personne peut aussi entrer en résonance avec les expériences propres des professionnels. L'effet peut s'avérer particulièrement sensible dans les communautés restreintes et soudées où l'implication locale des journalistes est

souvent forte. Il est donc impératif que les rédactions mettent en place les aides nécessaires, notamment pour les plus jeunes journalistes. De telles aides peuvent inclure des possibilités de débriefing, des systèmes de tutorat... Les professionnels des médias ne devraient pas hésiter à chercher de l'aide au sein même ou en dehors de leur organisation s'ils se sentent fragilisés par la question du suicide.

12. Rapporter des témoignages sur la façon de gérer les facteurs de stress de la vie ou les pensées suicidaires et comment obtenir de l'aide. Fournir des témoignages de personnes qui, dans l'adversité, sont parvenues à faire face aux idées suicidaires peut aider d'autres personnes à adopter une stratégie positive similaire. Des articles détaillant comment obtenir de l'aide face à des difficultés en apparence insurmontables sont également encouragés. Ces témoignages permettent de mettre en exergue les voies possibles pour surmonter des idées suicidaires et obtenir de l'aide.

Annexe 2: questionnaire soumis aux internes.

Participant N° _____
Nom et prénom _____
Date _____

Papageno
PROGRAMME

QUESTIONNAIRE AUX PSYCHIATRES ET INTERNES EN PSYCHIATRIE

Papageno - Recherche

Le programme Papageno est un programme de prévention du suicide axé sur la collaboration avec les media. Les professionnels de la santé mentale sont l'un des principaux appuis experts auxquels les journalistes se réfèrent pour traiter du sujet. La présente étude porte sur les rapports qu'entretiennent les psychiatres avec les media, de façon générale et plus particulièrement au sujet du suicide. Elle vise également à mesurer les effets du programme Papageno en la matière.

Cette étude consiste en :

- le remplissage de l'auto-questionnaire figurant ci-dessous (max. 10 min)
- la participation, dès aujourd'hui, à une séance de mini media-training (max. 10 min)
- la participation, dans un délai de 1 à 2 mois, à une nouvelle séance de mini media-training menée par téléphone (max. 10 min)

Bien entendu, vous êtes libre de participer ou non. Toutefois, les résultats d'une pareille étude seraient inédits et permettraient de faire progresser sérieusement le travail de prévention du suicide à travers la collaboration avec les media. Tout comme pour l'enregistrement audio, les informations qui en seront extraites resteront confidentielles. Elles ne pourront être utilisées qu'à des fins de recherche et ne seront accessibles qu'aux membres de l'équipe Papageno.

Si vous souhaitez être informé des résultats de l'étude, vous pourrez les consulter sur le site <https://papageno-suicide.com>. Pour toute information complémentaire, ou pour récupérer les données vous concernant, n'hésitez pas à contacter le Dr Charles-Edouard Notredame en écrivant à cette adresse : papageno@f2rsmpsy.fr

PARTIE 1. INFORMATIONS PERSONNELLES

1. **Quel est votre âge ?** _____ ans
2. **Vous êtes** Un homme Une femme
3. **Quel(s) est (sont) votre (vos) titre(s)/fonction(s) (plusieurs réponses possibles) ?**
 - Interne Assistant Hospitalo-Universitaire
 - Praticien Hospitalier, contractuel ou attaché Psychiatre libéral
 - Chef de Clinique des Universités – Assistant hospitalier Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
 - Autre (précisez) : _____
4. **Quel(s) est (sont) votre (vos) domaine(s) d'exercice actuel(s) (plusieurs réponses possibles) ?**
 - Psychiatrie de l'adulte Psychiatrie de la crise et de l'urgence
 - Psychiatrie du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent Psychiatrie légale et/ou pénitentiaire
 - Psychiatrie du sujet âgé Addictologie
 - Autre (précisez) : _____
5. **Quel est (sont) votre (vos) type(s) d'activité actuellement (plusieurs réponses possibles) ?**
 - Activité ambulatoire publique (CMP, CMPP, HDJ, etc.)
 - Activité ambulatoire libérale
 - Activité intra-hospitalière en milieu public (CHU, CHS, CH, etc.)
 - Activité intra-hospitalière en milieu privé (clinique, ESPIC)
 - Autre (précisez) : _____
6. **Quelle est votre ancienneté professionnelle (en nombre d'années, internat compris) _____ ans.**
7. **Dans quel département exercez-vous (dans quel pays si hors France) ? _____**

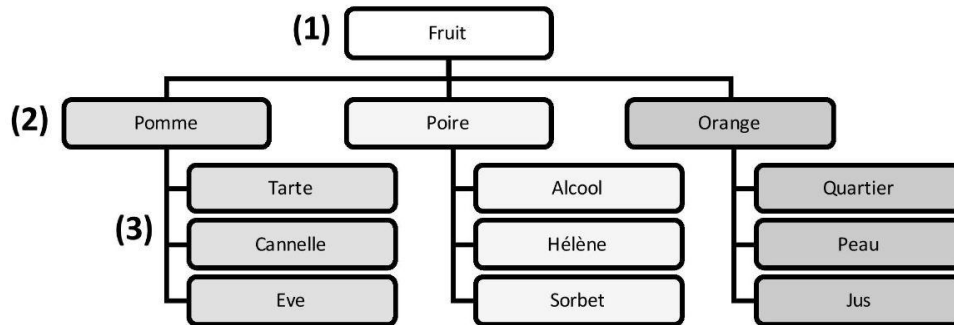
Participant N° _____

Nom et prénom _____

Date _____

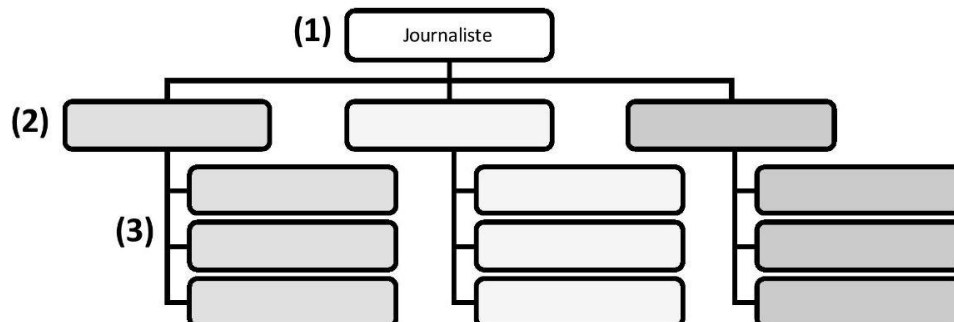
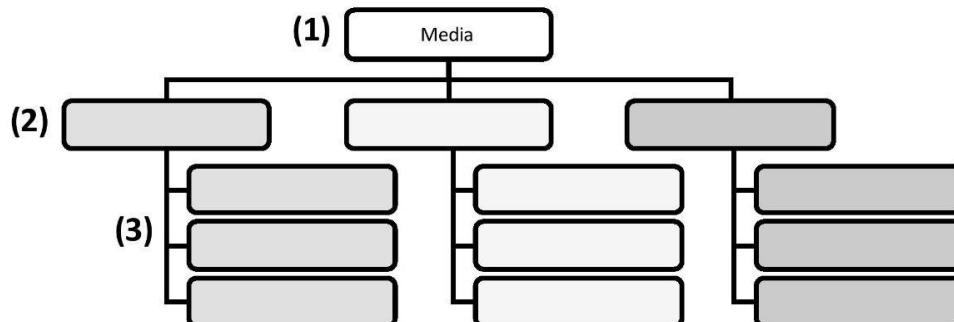
PARTIE 2. RAPPORT AUX MEDIA

8. Voici un exemple d'association de mots :



Faites la même chose à partir de la consigne suivante, en progressant ligne par ligne :

- Commencez par indiquer dans les cases de la ligne (2) les trois premiers mots qui vous viennent à l'esprit quand vous lisez le mot de la case (1) (attention : pas d'expression ou de groupe de mots).
- Puis écrivez dans les cases de la ligne (3) les trois premiers mots qui vous viennent à l'esprit pour chacun des mots que vous avez écrit dans les cases de la ligne (2) (pas d'expression ou de groupe de mots).



Participant N° _____

Nom et prénom _____

Date _____

9. Avez-vous déjà été sollicité(e) pour répondre aux questions d'un journaliste ?

Oui Non

9.1. SI OUI, de façon générale, avez-vous répondu favorablement à la (aux) sollicitation(s) ?

Oui Non

9.1.1. SI OUI à la question 9.1, de façon générale, quel a été votre degré de satisfaction concernant cette (ces) interview(s) ?

Très insatisfait Insatisfait Ni satisfait, ni insatisfait Satisfait Très satisfait

9.1.2. SI NON à la question 9.1, pour quelle(s) raison(s) ?

- Par crainte que mes propos soient simplifiés ou modifiés
- Par crainte de ne pas être assez compétent sur le sujet
- Parce que je n'y trouve pas d'intérêt
- Autre : _____

9.2. SI NON, pensez-vous que vous répondriez favorablement si un journaliste vous sollicitait ?

Oui Non

9.2.1. SI NON à la question 9.2, pour quelle(s) raison(s) ?

- Par crainte que mes propos soient simplifiés ou modifiés
- Par crainte de ne pas être assez compétent sur le sujet
- Parce que je n'y trouve pas d'intérêt
- Autre : _____

10. En les numérotant de 1 à 4, pouvez-vous indiquer, par ordre de fréquence, les sources d'information auxquelles vous avez recours (1 représentant la source la plus fréquemment utilisée, et 4 la source la moins fréquemment utilisée) ?

Presse papier : ____ Radio : ____ Télévision : ____ Internet : ____

11. À quelle fréquence consultez-vous les sources d'information journalistiques (toutes sources confondues) ?

- Plus de 5 fois par jour
- Entre 2 et 5 fois par jour
- 1 fois par jour
- Entre 2 fois par semaine et 1 fois par jour
- 1 fois par semaine
- Moins de 1 fois par semaine

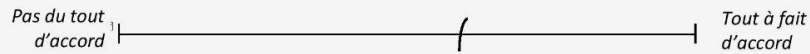
Participant N° _____

Nom et prénom _____

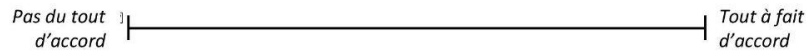
Date _____

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, positionnez un curseur sous la forme d'un **trait vertical** pour indiquer votre **degré d'accord avec la proposition**. Plus vous êtes d'accord avec la proposition, plus votre curseur devra se situer à droite sur l'axe ; plus vous êtes en désaccord avec la proposition, plus votre curseur devrait se situer à gauche sur l'axe.

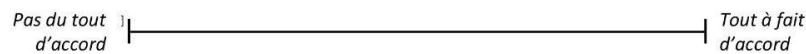
Exemple :



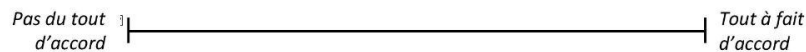
12. Je suis les informations issues du journalisme professionnel avec intérêt.



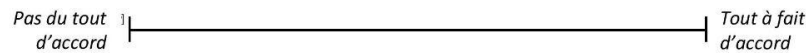
13. Je **fais confiance** aux informations relayées par les journalistes professionnels.



14. Je **fais confiance** aux journalistes.



15. Je **m'intéresse** au traitement médiatique du suicide.



16. J'estime que le traitement médiatique du suicide aujourd'hui en France est de bonne qualité.



17. Connaissez-vous l'effet Werther ?

Oui Non

18. Connaissez-vous l'effet Papageno ?

Oui Non

19. Avez-vous connaissance des recommandations de l'OMS destinées aux professionnels des media concernant la couverture médiatique du suicide ?

Oui Non

Afin que nos équipes puissent vous recontacter pour la seconde partie de l'évaluation, merci de renseigner *lisiblement* vos coordonnées :

Numéro de téléphone : _____

Adresse mail : _____

Annexe 3: Grille de cotation

RECOMMANDATIONS

Modalités : 0 = non cité, 1 = cité spontanément, 2 = cité de façon semi-dirigée, 3 = cité de façon dirigée

<i>code</i>	<i>libellé</i>
Général	
mad	Se mettre à disposition des journalistes
reco	Encourager à consulter les recommandations de l’OMS/site Papageno
ress	Consulter ressources scientifiques fiables
werth	Informersur l’effet Werther
papag	Informersur l’effet Papageno
refus_part	Refus de se prononcer sur le cas particulier
Recommandation 1	
cause	Déconseiller de présenter le suicide comme étant la conséquence d’une cause unique
patho	Encourager à rappeler que le suicide est souvent associé à une pathologie psychiatrique ou à la consommation de substances
mythes	Encourager à parler du suicide/dissiper les mythes
epidemio	Encourager à faire figurer des éléments présentant le suicide comme un problème majeur de santé publique
fdr	Encourager à donner des informations concernant les facteurs de risque suicidaire ou les signes d’alerte
ids	Encourager à faire mention des idées suicidaires ayant précédé le geste
Recommandation 2	
langage	Déconseiller les éléments de langage concourant à sensationnaliser, normaliser, banaliser ou criminaliser le fait suicidaire
reussi	Encourager à ne pas utiliser des expressions telles que « suicide réussi » ou « une tentative qui a échoué »
recours	Déconseiller les éléments de langage concourant à présenter le suicide comme une solution de recours

Recommandation 3	
rep	Éviter la répétition d'un fait suicidaire/interroger la pertinence d'un nouvel article
une	Déconseiller de placer l'article en première page ou en haut de page
surmedia	Déconseiller la mise en évidence et la surmédiation du fait suicidaire de façon générale
Recommandation 4	
moy	Déconseiller de détailler les moyens utilisés lors d'un suicide ou d'une tentative de suicide
Recommandation 5	
lieu	Déconseiller toute information détaillée concernant l'endroit où le suicide ou la tentative de suicide a eu lieu, ainsi que l'antériorité de ce lieu en matière de suicide
Recommandation 4 et 5	
detail	Déconseiller tout détail concernant le fait suicidaire
Recommandation 6	
titre	Décourager l'emploi du mot « suicide » dans les gros titres, ou à y faire figurer le lieu ou le moyen du suicide
Recommandation 7	
image	Décourager à utiliser (des) image(s) inappropriée(s) concernant le fait suicidaire
lettre	Inviter à ne pas publier le contenu de la lettre d'adieu
Recommandation 8	
celebrite	Encourager à traiter le suicide ou la tentative de suicide d'une célébrité avec prudence, sans valoriser le geste et/ou en recontextualisant
csqcs	Encourager à mettre l'accent sur les conséquences que le geste aura
spec	Déconseiller toute spéculation sur l'éventualité d'une cause suicidaire à la mort inexpliquée d'une célébrité
Recommandation 9	
resp_proche	Encourager au respect de la vie privée de la famille, des amis de la personne concernée par le suicide
int_proche	Déconseiller l'interview de la famille ou des amis de la personne concernée par le fait suicidaire
Recommandation 10	
ressources	Encourager à donner des informations sur les ressources auprès desquelles trouver de l'aide
soins	Encourager à évoquer la possibilité d'action, de soin
coping	Encourager à donner des exemples d'interventions ayant contribué à la prévention du comportement suicidaire
Recommandation 11	
impact_journ	Faire mention de l'impact potentiel et/ou des résonances que peuvent induire un fait suicidaire chez le journaliste

Annexe 4: Règles de cotation après harmonisation entre les deux cotateurs

Mad : Ne coter que lorsque se met à disposition pour plus tard.

Reco : Coter l'item uniquement si le participant évoque précisément/explicitement les recos de l'OMS, ou le site internet de Papageno. Si cela fait référence à des structures de façon plus larges, coter comme Ress

Refus : Coter l'item lorsque la personne ne donne pas son avis sur le suicide précis, ne prend pas position, coter « refus passif » du style « difficile de parler sans connaître la personne ». Ne pas coter les hypothèses émises en lien avec le suicide décrit, les analyses plus générales sur le suicide qui ont pour point de départ le suicide décrit, les réponses qui commentent les faits évoqués, qui font références aux potentiels témoins de la scène (« personnes qui l'ont retrouvé dans sa chambre »).

Cause : Coter l'item lorsque le participant fait explicitement référence au caractère plurifactoriel du suicide, ou lorsqu'il décrit de façon détaillée le processus de la crise suicidaire en mettant en avant l'enchaînement des différents facteurs impliqués (événements de vie, maladies psychiatriques...). Coter lorsqu'indique qu'il faut éviter les explications trop simples sur le suicide (« éviter pistes d'explications toutes faites »). Citer seulement le processus suicidaire comme étant un processus « complexe », sans détailler celui-ci, est trop vague, et ne doit donc pas être coté.

Patho : Ne coter que lorsqu'on insiste clairement sur le fait que les pathos psys ou la consommation de substances sont fréquemment associées au suicide. Si se contente de poser la question (« Y a-t-il une maladie psychiatrique associée ? »), ce n'est pas suffisant.

Mythes : Coter les réponses qui tiennent un discours incitatif envers le journaliste concernant l'encouragement à parler du suicide (« il faut parler du suicide en général » « on peut parler du suicide en général »). Ne pas coter les réponses qui

suggèrent de laisser le choix au journaliste, qui sont trop « permissives » (« vous pouvez parler du suicide », sous-entendu « vous pouvez parler du suicide si vous voulez, mais c'est comme vous le sentez/désirez/préférez »). « Ça peut arriver chez n'importe qui », « processus complexe », sont des réponses trop vagues. Coter lorsque ça encourage à déstigmatiser le suicide.

Epidemio : Coter lorsque le participant fait clairement ressortir des arguments en faveur du fait que le suicide est une problématique de santé publique. Ne pas coter s'il se contente de dire que c'est un phénomène fréquent, sans développer davantage.

IDS : Coter les réponses qui mettent en lien la présence d'idées suicidaires avec un geste suicidaire, qui évoquent des IDS dans un contexte de passage à l'acte suicidaire. Ne pas coter les réponses qui évoquent uniquement des IDS sans les relier à un geste.

FDR : Coter lorsque le participant cite précisément un ou des FDR, en les présentant comme des FDR. Coter si le participant fait explicitement référence à l'existence de FDR, soit en utilisant l'expression elle-même, soit en utilisant des équivalents (comme « « risques et conditions qui peuvent amener à un suicide » ou « risque suicidaire »). Ne pas coter si le participant cite des FDR précis sans les décrire comme étant des FDR (« le suicide a un sens différent selon l'âge, le contexte, le genre, et la personne » ; cite des FDR, mais ne les présente pas comme tels). Ne pas coter si le participant ne cite pas précisément un ou des FDR en les présentant comme tels, ou si ne fait pas explicitement référence à l'existence de FDR. Coter lorsque le participant fait référence aux signes d'alertes, soit de façon explicite en utilisant des équivalents (« signes avant-coureurs »), soit lorsqu'il décrit un

processus qui fait référence à l'existence de signes d'alertes, lorsqu'il décrit un mécanisme avant-coureur/d'alerte (par exemple, si décrit un changement de comportement).

Lg : Coter lorsque le participant met en garde sur le fait de décrire le suicide en lien avec un vécu émotionnel (« s'abstenir de critiques excessives » « ne pas présenter le suicide comme un acte positif »). Coter si sensibilise à l'importance des éléments de langage utilisés pour décrire un suicide, même si ne cite pas précisément les éléments de langage à éviter (« faire attention à la façon dont on en parle »). Coter si le participant fait référence à la nécessité d'être factuel dans le récit d'un suicide. Coter si cite précisément des éléments de la définition de l'item (« ne pas sensationnaliser, ne pas criminaliser, ne pas banaliser ») sans faire directement référence au langage. Ne pas coter si ne renvoie pas spécifiquement au langage, et si ne mentionne pas des termes précis de la définition de l'item. Ne pas coter si fait référence au langage avec des mots valises (« rester sur le mode narratif »).

Recours : Ne coter que lorsque le participant cible explicitement le fait de présenter le suicide comme une solution. Coter lorsque cible le fait de rationaliser le suicide. Ne pas coter les références aux modèles ou équivalents, trop ambigus entre items « recours », « Werther », « langage » ou « célébrité », et donc pas assez précis.

Rep : Coter les participants qui insistent sur l'effet néfaste de la répétition de la médiatisation d'un fait suicidaire, ou qui interrogent explicitement la pertinence de la rédaction d'un article à ce sujet, sans forcément dissuader de le faire. Ne pas coter les interrogations qui portent sur le contenu de l'article sans interroger l'existence même de l'article.

Une : Coter seulement lorsque le participant indique clairement que l'article ne doit pas figurer en Une du journal. Ne pas coter si le participant évoque simplement le fait que ça ne devrait pas faire "les gros titres".

Surmedia : Coter les participants qui insistent clairement sur la différenciation qui doit être faite, par les médias, entre le fait suicidaire spécifique, et le suicide en général. Il doit également indiquer qu'il faut mettre l'accent sur le second et pas sur le premier.

Moyen : Ne coter que lorsque le participant indique clairement qu'il ne faut pas donner le moyen suicidaire dans l'article ou le reportage.

Lieu : Même règle que pour Moyen, appliqué au lieu où s'est déroulé le suicide.

Lettre : Doit explicitement dire qu'il ne faut pas publier la lettre de suicide.

Détail : Ne coter que lorsque le participant insiste clairement sur le fait qu'il ne faut pas donner de détails sur le fait suicidaire lui-même. Ne pas coter lorsque le participant déconseille de traiter du suicide en utilisant des mots valises type « exceptionnel » ou expression valise type « rester dans les généralités », sans insister sur le fait de ne pas rentrer dans les détails du fait suicidaire.

Celebrite : Ne coter que lorsque le participant fait le lien entre la spécificité du suicide d'une célébrité, et au moins l'un des trois points suivants concernant le traitement médiatique de ce suicide : prudence, absence de valorisation du geste ou recontextualisation. Ne pas coter si se contente d'évoquer la célébrité de la personne sans faire le lien avec l'une de ces trois dimensions.

Csqces : Coter lorsque le participant mentionne clairement un type de conséquences possible du geste (comme l'identification au suicidé des personnes

vulnérables). Ne pas coter si se contente de dire qu'il y aura des conséquences, sans préciser lesquelles.

Spec : Coter uniquement lorsque le participant insiste sur la nécessité d'être certain qu'il s'agit bien d'un suicide. Ne pas coter si se montre prudent sur l'interprétation des faits sans explicitement insister sur le fait qu'il faut être sûr qu'il s'agit bien d'un suicide. Ne pas coter si sous-entend que le suicide est certain, car ne remet donc pas en cause celui-ci.

Ressources : Ne coter que lorsque le participant cite clairement un intervenant précis ou une structure précise auprès de qui trouver de l'aide (ex : Urgences, Med G, Centre de Soins, Numéro d'appel d'aides...). Coter si le participant utilise l'expression « Professionnel de santé » sans en citer un spécifiquement.

Soins : Coter lorsque le participant évoque la possibilité d'aides, de prévention, de soins ou de lutte contre le suicide. Ne pas coter si présente par la négative le fait que l'on puisse être aidé, en partant de l'exemple du suicidé (ex « si cette personne avait pu être aidée, elle ne se serait pas suicidée »). Ne pas coter si le participant se contente de dire qu'une personne qui a des IDS doit en parler en entretien, car trop vague.

Coping : Coter lorsque le participant suggère de faire référence à une histoire de crise suicidaire résolue (ex : « faire un encart sur la prévention du suicide, comme quoi c'est possible de passer outre cette crise-là et de guérir »). Ne pas coter lorsque cela fait référence à des structures de soins ou à des intervenants, coter alors comme Ressources dans ce cas.

Impact_journ : Ne coter que lorsque le participant fait clairement mention des résonances que peut avoir le fait suicidaire chez le(s) journaliste(s).

AUTEUR : Nom : VALDENNAIRE

Prénom : SACHA

Date de soutenance : 07 octobre 20211

Titre de la thèse : Évaluation de l'efficacité du mini media training chez les internes en psychiatrie : un outil d'éducation et de formation au traitement médiatique du suicide

Thèse- Médecine - Lille 2021

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + spécialité : Psychiatrie

Mots-clés :suicide, média, papageno, werther, interne, formation

Résumé :

Introduction : Le suicide constitue une problématique majeure de santé publique qui peut être influencé par son traitement médiatique à travers deux effets opposés, l'Effet Werther et l'Effet Papageno. L'Organisation Mondiale de la Santé a publié une série de 12 recommandations destinées aux journalistes afin de promouvoir l'EP et de limiter l'EW. La promotion de la santé mentale et la dissipation de ses mythes font partie des objectifs des internes en psychiatrie. Le Programme Papageno a mis au point un outil intitulé le Mini Media Training afin d'aider les internes en psychiatrie à guider les journalistes vers une communication plus responsable autour du suicide. Nous avons voulu en vérifier l'efficacité à travers cette étude.

Méthode : Les internes en psychiatrie étaient recrutés lors de congrès de psychiatrie. Les variables d'intérêt étaient recueillies par l'intermédiaire d'un auto-questionnaire et d'un exercice de mise en situation au cours duquel les réponses des participants étaient enregistrées. Ces réponses étaient ensuite analysées à partir d'une grille d'évaluation comprenant 33 items issus des recommandations de l'OMS. La pertinence de ces réponses était déterminée par deux types de scores. Les participants étaient recontactés dans un délai d'un à trois mois et participaient à une nouvelle mise en situation. Leurs réponses étaient analysées de façon similaire. La différence des moyennes des deux scores entre les deux contacts a constitué notre critère de jugement principal.

Résultats : 57 internes en psychiatrie ont été recrutés lors du premier contact. 48 d'entre eux ont ensuite répondu au recontact. Les moyennes des deux scores évaluant la pertinence des réponses des participants sont significativement plus élevées lors du recontact.

Conclusion : La séance de MMT permet d'améliorer l'aptitude des internes en psychiatrie à guider les journalistes vers un traitement médiatique responsable du suicide. Cet outil devrait donc être intégré de façon plus systématique dans le cursus universitaire des internes en psychiatrie.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Assesseur : Monsieur le Docteur Charles-Edouard Notredame

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Karl Walter

