



HAL
open science

Évaluation de l'utilisation du BITS test dans le cadre du dépistage du risque suicidaire des adolescents en médecine générale

Irène Coulon

► To cite this version:

Irène Coulon. Évaluation de l'utilisation du BITS test dans le cadre du dépistage du risque suicidaire des adolescents en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04263352

HAL Id: dumas-04263352

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04263352v1>

Submitted on 10 Jan 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.10

UNIVERSITÉ DE PARIS

Faculté de Santé

UFR de Médecine

Année 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 14/03/2023

Par

Irène COULON

**Evaluation de l'utilisation du BITS test dans le cadre du dépistage
du risque suicidaire des adolescents en médecine générale**

Dirigée par Madame le Docteur Emmanuelle Bécél

JURY

Madame le Professeur Frédérique Bonnet-Brilhault

Présidente

Madame le Docteur Emmanuelle Bécél

Directrice

Monsieur le Docteur Cédric Bornes

Membre du jury

Madame le Docteur Julie Poline

Membre du jury

Aux membres du jury

À Madame le Professeur Frédérique Bonnet-Brilhault, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier en Pédopsychiatrie

Merci pour l'honneur que vous m'accordez de présider ce jury de thèse grâce à votre expertise en pédopsychiatrie. J'étais ravie de suivre vos enseignements passionnants à la faculté de médecine de Tours.

À Monsieur le Docteur Cédric Bornes, Praticien Hospitalier en Médecine Générale, Maître de Stage des Universités

Merci infiniment pour ton accueil au sein de l'unité somatique du GHU. Ce fut un plaisir de travailler et d'apprendre à tes côtés. Ton humanité auprès des patients psychiatriques et ta rigueur dans les prises en charge me serviront d'exemple. Je te remercie de ta présence pour juger cette thèse.

À Madame le Docteur Juline Poline, Chef de Clinique Assistant hospitalo-universitaire, PhD en Pédiatrie

Merci Julie d'avoir accepté de siéger dans mon jury de thèse. Merci également de m'avoir si bien formée en pédiatrie générale à Robert Debré, toujours dans la bonne humeur. Merci enfin pour ta bienveillance et pour ton exemple de dévouement que tu nous donnes auprès des patients.

À Madame le Docteur Emmanuelle Bécél, Médecin généraliste, Maître de Stage des Universités

Merci chère Emmanuelle d'avoir accepté de diriger ma thèse, et pour ton accompagnement, tes remarques et tes conseils tout au long de ce travail. Merci aussi de m'avoir si gentiment accueillie et formée dans ton cabinet, et de m'avoir notamment beaucoup appris sur la relation de soins et la prise en charge des adolescents. Je t'en suis très reconnaissante et je n'oublierai jamais tes enseignements cliniques et humains. Un grand merci !

Remerciements

À Charles, merci infiniment pour ton amour et ton soutien, dans mes joies comme dans mes peines, pendant ces années d'étude. Ton humour et ta joie de vivre m'ont donné du courage pour toujours donner le meilleur de moi-même !

À Victoire, notre fille chérie, que j'ai attendue en rédigeant cette thèse. Merci pour tout le bonheur que tu nous apportes... et à nos futurs enfants !

À mes parents, pour votre soutien sans faille durant tout mon parcours, reconnaissance éternelle ! Merci pour l'éducation et l'amour que vous m'avez donnés, qui m'ont permis de réaliser mon rêve d'enfant de devenir médecin.

À Lili, Zaza, Zazou et Maxou, merci pour cette belle fratrie soudée que nous formons et tous les beaux moments familiaux et rires que nous partageons.

À Grand-Père et Grand-Mamie, merci pour toutes ces révisions à la Chûte... et à Bonne-Maman et Grand-Père Bernard au Ciel. Votre affection est précieuse !

À Mimine et Tantina, mon parrain et ma marraine qui m'ont toujours accompagnée... et à mes chers filleuls Hortense et Enguerrand.

À mes beaux-parents, merci pour votre accueil dans votre belle et grande famille, et pour tous les heureux moments familiaux. Il y en aura d'autres !

À Aude, Nicolas, Yann, Sophie, Cécile, Philippe, Sixtine, Baptiste et Alban, merci de m'avoir accueillie à bras ouverts dans votre formidable famille et pour tous ces bons moments partagés... et à Estelle qui veille sur nous.

À mes nombreux et adorables neveux et nièces, merci pour votre joie de vivre !

Aux grands-parents de Montorgueil et du Mottay, merci de m'avoir accueillie si chaleureusement dans vos maisons de famille vendéenne et bretonne.

À tous mes professeurs de Saint Yves, Saint Martin, Descartes, puis des universités de Tours et de Paris, sans oublier mes professeurs de violon.

À la promotion Wilder Penfield, à ma famille de médecine, à tous mes co-internes pour votre agréable compagnonnage, et à tous mes fidèles amis !

À tous mes maîtres de stage, aux médecins de l'APHP et du GHU, merci pour tout ce que vous m'avez appris et de m'avoir confortée dans cette passion.

À tous les médecins généralistes qui ont permis la réalisation de cette étude.

Enfin, aux patients dont je me suis occupée et à ceux qui me seront confiés,

Résumé en français

Evaluation de l'utilisation du BITS test dans le cadre du dépistage du risque suicidaire des adolescents en médecine générale

OBJECTIF : Le suicide des adolescents est un enjeu majeur de santé publique, exacerbé depuis la pandémie de Covid-19. Sa prévention nécessite un dépistage précoce du mal-être par le médecin généraliste, praticien le plus consulté par l'adolescent. Le BITS test est un outil d'alerte validé et recommandé dans la détection du risque suicidaire de l'adolescent de 13 à 18 ans en soins primaires. Le ressenti des médecins généralistes d'Ile-de-France sur l'utilisation de ce test est positif, mais il n'a pas été quantifié. Le but de l'étude est d'évaluer l'utilisation du BITS test par les médecins généralistes d'Ile-de-France après sensibilisation.

MÉTHODE : Etude observationnelle descriptive prospective en soins primaires sur l'utilisation pratique du BITS test par les médecins généralistes franciliens chez les adolescents de 13 à 18 ans. Trois étapes : courte formation des médecins généralistes sur le BITS test, puis utilisation de cet outil en consultation pendant trois mois et enfin réponse à un questionnaire concernant cette utilisation.

RÉSULTATS : Entre mars et décembre 2022, 57 médecins généralistes ont été inclus : 56 ont été formés au BITS test et 53 ont répondu au questionnaire après trois mois d'utilisation. Le BITS test a été utilisé par 79,2% des médecins généralistes formés. Ils estiment que cet outil les aide à ouvrir la discussion sur le mal-être et à montrer à l'adolescent qu'ils sont des interlocuteurs privilégiés en cas de besoin. La présence parentale est considérée par les médecins généralistes comme le principal frein à l'utilisation du BITS test en consultation.

CONCLUSION : Le BITS test est un outil simple de dépistage du risque suicidaire des adolescents de 13 à 18 ans, apprécié et utilisé par les médecins généralistes sensibilisés.

Spécialité :

Médecine Générale

Mots clés :

adolescent, santé mentale, suicide, médecine générale, prévention primaire

Forme :

Dissertation universitaire

Thèses et écrits académiques

Résumé en anglais

Evaluation of the use of the BITS test in the context of screening for suicidal risk in adolescents in general practice

OBJECTIVE : Teenage suicide is a major public health issue, exacerbated since the Covid-19 pandemic. Its prevention requires an early detection of the uneasy feeling by the general practitioner, the practitioner most consulted by adolescents. The BITS test is a validated and recommended alert tool for detecting suicide risk in adolescents aged 13 to 18 in primary care. The feeling of general practitioners in Ile-de-France on the use of this test is positive, but it has not been quantified. The study aims at assessing the use of the BITS test by general practitioners in Ile-de-France after awareness raising.

METHOD : Prospective descriptive observational study in primary care on the practical use of the BITS test by general practitioners in the Ile-de-France region in adolescents aged 13 to 18 years. Study consisting of three steps : short training of general practitioners on the BITS test, then use of this tool in consultation for three months and finally answer to a questionnaire about this use.

RESULTS : Between March and December 2022, 57 general practitioners were included : 56 were trained in the BITS test and 53 answered the questionnaire after three months of use. The BITS test was used by 79.2% of trained general practitioners. They believe that this tool helps them to open the discussion on the malaise and to show the teenager that they are privileged interlocutors in case of need. Parental presence is considered by general practitioners as the main obstacle to the use of the BITS test in consultation.

CONCLUSION : The BITS test is a simple screening tool for the suicidal risk of adolescents aged 13 to 18, appreciated and used by aware general practitioners.

English keywords :

adolescent, mental health, suicide, general practice, primary prevention

Publication type :

Academic Dissertation

Liste des abréviations

- ASQ : Ask Suicide-screening Questions
- BITS test : Bullying Insomnia Tobacco Stress test (Brimades Insomnies Tabagisme Stress test)
- CMG : Collège des Médecins Généralistes
- CMP : Centre Médico-Psychologique
- DIU : Diplôme Inter-Universitaire
- DU : Diplôme Universitaire
- ESCAPAD : Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- n : Effectifs participants
- NNT : Number Need to Treat
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PSYSOM : Psychiatrie Somatique
- ROC : Receiver Operating Characteristic
- TSTS-CAFARD : Traumatologie Sommeil Tabac Stress - Cauchemars Agression Fumeur Absentéisme Ressenti Désagréable

Table des matières

AUX MEMBRES DU JURY.....	3
REMERCIEMENTS	4
RÉSUMÉ EN FRANÇAIS.....	5
RÉSUMÉ EN ANGLAIS	7
LISTE DES ABRÉVIATIONS	9
TABLE DES MATIÈRES	10
INTRODUCTION	12
1 : EXPOSÉ DE LA PROBLÉMATIQUE.....	13
1.1 CONDUITES SUICIDAIRES À L'ADOLESCENCE.....	13
1.1.1 <i>Epidémiologie</i>	13
1.1.2 <i>Impact de la pandémie de Covid-19</i>	13
1.2 DÉPISTAGE DES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES	14
1.2.1 <i>Rôle du médecin généraliste</i>	14
1.2.2 <i>Détection du mal-être des adolescents</i>	15
1.2.3 <i>Importance des outils de dépistage</i>	15
2 : JUSTIFICATION ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE.....	16
2.1 UN TEST VALIDÉ EN MÉDECINE GÉNÉRALE	16
2.1.1 <i>Une amélioration du TSTS-CAFARD</i>	16
2.1.2 <i>Le BITS test</i>	16
2.2 OBJECTIF DE L'ÉTUDE	17
3 : MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	18
3.1 MATÉRIEL : LE BITS TEST	18
3.2 MÉTHODES	20
3.2.1 <i>Recrutement des praticiens</i>	20
3.2.2 <i>Protocole</i>	20
3.2.3 <i>Méthode d'évaluation</i>	21
3.2.4 <i>Analyse statistique</i>	22
3.2.5 <i>Considérations éthiques</i>	22
4 : RÉSULTATS.....	23
4.1 RECRUTEMENT DES MÉDECINS	23
4.1.1 <i>Participation des médecins</i>	23
4.1.2 <i>Caractéristiques des médecins</i>	24
4.2 LE BITS TEST	26
4.2.1 <i>Utilisation du BITS test</i>	26
4.2.2 <i>Comportements dépistés</i>	27

4.2.3 Apports du BITS test	29
4.2.4 Obstacles à l'utilisation du BITS test	30
4.2.5 Modification de la pratique des médecins	30
5 : DISCUSSION	32
5.1 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS	32
5.1.1 Commentaires des résultats principaux	32
5.1.2 Commentaires des résultats secondaires	32
5.2 FORCES ET LIMITES	33
5.2.1 Effectif de l'échantillon	33
5.2.2 Spécificités de l'échantillon	33
5.2.3 Temporalité	34
5.2.4 Utilisation du BITS test	35
5.2.5 Méthode de recueil	35
CONCLUSION	36
BIBLIOGRAPHIE	38
TABLE DES FIGURES	43
TABLE DES TABLEAUX	44
ANNEXES	45
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	56

Introduction

Le suicide des adolescents est un enjeu majeur de santé publique. En effet, il représente la deuxième cause de mortalité chez les jeunes de 15 à 24 ans en France depuis plus de 30 ans (1). De plus, la pandémie de Covid-19 est associée à une détérioration de la santé mentale chez les adolescents (2), liée à l'isolement et à la solitude engendrés par cette situation sanitaire (3). Il s'avère que l'adolescent consulte peu et que la plupart des tentatives de suicide sont sous-médicalisées (4). Face à ce constat alarmant, il paraît important de mieux dépister ces conduites suicidaires pour les prendre en charge plus précocement.

Par ailleurs, il a été montré que le médecin généraliste est le professionnel de santé le plus consulté par l'adolescent (5). Il a donc un rôle crucial à jouer en matière de prévention et de dépistage des troubles de la santé mentale chez l'adolescent.

Or, les médecins généralistes ont à leur disposition des outils d'aide au repérage d'une problématique suicidaire chez l'adolescent, tels que l'ASQ (*Ask Suicide-screening Questions*) ou le BITS test (*Bullying Insomnia Tobacco Stress test*). Cependant, ces outils de dépistage a priori simples et recommandés par la HAS (Haute Autorité de Santé) (6) sont souvent délicats à mettre en pratique. Ainsi, une étude qualitative s'est centrée sur le ressenti des médecins concernant l'utilisation du BITS test, et a exploré ses points positifs et négatifs (7). En revanche, son usage avec notamment ses avantages et ses inconvénients n'a pas encore été quantifié suite à cette étude en Ile-de-France.

Dans ce travail, nous souhaiterions donc évaluer l'utilisation pratique de ce test par les médecins généralistes après sensibilisation. Pour cela, nous proposons de réaliser une étude observationnelle descriptive sur l'utilisation de cet outil chez les adolescents de 13 à 18 ans par les médecins généralistes d'Ile-de-France.

1 : Exposé de la problématique

1.1 Conduites suicidaires à l'adolescence

1.1.1 Epidémiologie

L'adolescence est la période de transition située entre l'adolescence et l'âge adulte, qui correspond approximativement à l'âge de 10 à 19 ans selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (8). En 2023, les adolescents de 15 à 19 ans représentent 6,2% de la population française (9).

En France, le suicide est un problème majeur de santé publique car il représente la deuxième cause de mortalité chez les jeunes de 15 à 24 ans après les accidents de la voie publique (1). En effet, la part du suicide dans la mortalité totale en 2016 était de 2,4% chez les moins de 15 ans et de 15,2% chez les 15-24 ans, soit des taux respectifs de 0,3 et 4,5 pour 100 000 habitants (6). Les suicides des adolescents prédominent chez les garçons, alors que les tentatives de suicide sont trois fois plus fréquentes chez les filles que chez les garçons (10).

En revanche, le nombre de tentatives de suicide chez les adolescents en France est plus difficile à déterminer. En 2017, près de 3% des jeunes de 17 ans (4,3% des filles et 1,5% des garçons) ont déclaré avoir fait au moins une tentative de suicide qui les a conduits à l'hôpital. Par ailleurs, plus d'un jeune sur dix déclarait avoir pensé au moins une fois au suicide au cours des douze mois précédant l'enquête. On note également une augmentation significative des tentatives de suicide et pensées suicidaires déclarées chez les filles entre 2011 et 2017. En 2018, 13,8% des lycéens français (3,9% des filles et 1,3% des garçons) ont déclaré avoir fait au moins une tentative de suicide ayant entraîné une hospitalisation dans leur vie (10).

1.1.2 Impact de la pandémie de Covid-19

La pandémie de Covid-19 a eu un sévère impact sur la qualité de vie et la santé mentale des adolescents (2). Depuis l'été 2020, de nombreuses études internationales ont suggéré puis confirmé une accentuation du mal-être chez les

adolescents (11), avec une augmentation de 32% des syndromes anxieux et dépressifs (12). Le paramètre le plus alarmant est l'augmentation spectaculaire des tentatives de suicide dans cette jeune population (13). En effet, l'hôpital parisien Robert-Debré a recensé quatre fois plus de passages aux urgences pour tentative de suicide après le second confinement fin 2020 par rapport à il y a dix ans (14). L'impact de la pandémie en terme de mortalité par suicide chez les adolescents reste toutefois difficile à évaluer.

Ces conséquences négatives du Covid-19 sont en grande partie expliquées par le confinement et la fermeture des écoles, associés à une diminution des échanges sociaux. L'augmentation de la violence intra-familiale et l'incertitude liée aux potentielles conséquences du Covid-19 ont aussi pu contribuer à ce phénomène (13).

1.2 Dépistage des comportements suicidaires

1.2.1 Rôle du médecin généraliste

La population de 10 à 19 ans est empreinte à une sous-médicalisation : les adolescents consultent peu. En effet, ils voient leur médecin généraliste en moyenne 2,1 fois par an pour les garçons et 2,5 fois par an pour les filles. Les consultations d'adolescents représentent seulement 8 % de l'activité des médecins généralistes. Cependant, 75 à 80 % des adolescents ont vu un médecin généraliste dans l'année et il reste le premier recours dans 70 à 80 % des cas. Ainsi, le médecin généraliste est le professionnel de santé le plus consulté par l'adolescent et un interlocuteur privilégié pour ces jeunes (4).

La place du médecin généraliste dans la prise en charge des adolescents suicidaires reste toutefois mal définie. En cas de dépistage d'une conduite suicidaire, un suivi doit être mis en place en lien avec les psychologues et les psychiatres (15). La plupart est orientée vers des centres médico-psychologiques (CMP) aux délais de rendez-vous souvent longs ou vers des psychologues libéraux dont les soins ne sont actuellement pas pris en charge par l'Assurance Maladie (16). Par ailleurs, les unités d'hospitalisation pour adolescents sont encore peu développées, bien qu'elles soient un lieu privilégié d'accueil et d'accompagnement permettant l'élaboration d'un projet de soins avec le jeune (17).

1.2.2 Détection du mal-être des adolescents

15 à 20 % des adolescents ont eu au moins un épisode dépressif caractérisé durant l'adolescence, avec une prédominance chez les filles. 13% des adolescents vus en médecine générale souffrent d'une problématique suicidaire, mais ils n'abordent pas spontanément ce sujet avec le médecin. En effet, les motifs de consultation d'ordre psychologique sont rares, environ 6 à 8% des cas. Par ailleurs, les adolescents en souffrance mentale consultent plus que les autres mais ne demandent pas d'aide particulière à leur médecin (4). Or, il a été prouvé qu'un dépistage précoce du mal-être et une prise en charge adaptée entraînaient une diminution de la morbi-mortalité ultérieure chez l'adolescent (18). Le médecin généraliste a donc un rôle crucial à jouer en matière de repérage du mal-être et de prévention suicidaire de l'adolescent.

1.2.3 Importance des outils de dépistage

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le dépistage consiste à « identifier de manière présomptive, à l'aide de tests appliqués de façon systématique et standardisée, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue » (19). Le repérage des problématiques suicidaires est délicat et les médecins généralistes ne les dépistent pas spontanément. Or, il s'avère que le suivi par un médecin généraliste formé au dépistage permet une diminution des idées ou des tendances suicidaires dans la population adulte (18). De plus, il a été prouvé que l'abord du domaine psychologique notamment du suicide avec l'adolescent n'était pas iatrogène et n'incitait pas au passage à l'acte (6). Il est donc important que les médecins généralistes puissent disposer d'un outil rapide et efficace pour faciliter la détection de ces conduites suicidaires. Cependant, il existe souvent un écart entre des outils d'apparence simple et leur mise en pratique en consultation.

2 : Justification et objectifs de l'étude

2.1 Un test validé en médecine générale

2.1.1 Une amélioration du TSTS-CAFARD

Un premier outil, le TSTS-CAFARD, avait été validé (20) et recommandé par la HAS en 2004 puis en 2014 pour appréhender la problématique suicidaire chez les adolescents (21). Ce test disposait d'une bonne acceptabilité par le praticien et d'une bonne efficacité dans le dépistage d'antécédents suicidaires (18), mais il était long et difficilement mémorisable en entier. De plus, il était basé sur des données collectées en 1999 avant l'avènement d'internet et du téléphone mobile. Enfin, sont apparus de nouveaux comportements délétères notamment les automutilations, non pris en compte dans ce test (22).

Une actualisation et une simplification de ce test ont donc été réalisées à partir d'une enquête réalisée en 2012 auprès d'adolescents de 15 ans pour créer un nouvel outil de dépistage : le BITS test (22).

2.1.2 Le BITS test

Le BITS test est un outil de dépistage des idées et conduites suicidaires récentes ou anciennes notamment chez l'adolescent de plus de 12 ans (6). Créé en 2015 à partir du TSTS-CAFARD (22), il a d'abord été validé dans le dépistage du risque suicidaire des jeunes de 15 ans (23). Puis, son utilisation a été élargie en soins primaires à la tranche d'âge des 13-18 ans avec une sensibilité à 75% et une spécificité à 71% (21). Il a été validé en consultation courante de médecine générale pour le dépistage du mal-être (24), mais aussi des automutilations des adolescents (25). Cet outil a été recommandé par la HAS en septembre 2021 pour faciliter l'approche de la problématique suicidaire (6). En effet, il permet de repérer des problématiques suicidaires non connues dans environ 10% des consultations d'adolescents et d'aborder le domaine psychologique dans environ 25% des consultations dont ce n'était pas le motif initial en médecine générale (23).

Par ailleurs, il a été montré que les médecins généralistes trouvent le BITS test plus rapide et plus facile à utiliser que le TSTS-CAFARD (26). Dans une autre étude réalisée dans le Douaisis, ces derniers ont estimé que le BITS test était un outil simple et rapide, qui permettait le dépistage d'autres troubles. Le principal obstacle à l'utilisation retrouvé dans cette étude était la présence parentale. Suite à une courte sensibilisation, la plupart ont exprimé avoir modifié leur comportement face à la problématique suicidaire et la majorité avait l'intention de continuer à l'utiliser en consultation (27).

Dans une étude qualitative menée en 2020 en Ile-de-France, le ressenti des médecins généralistes concernant l'utilisation du BITS test était globalement positif et cela leur avait permis de dépister des comportements à risque suicidaire. Cet outil les avait également aidés sur plusieurs sujets : être plus sensibles et en alerte sur la problématique suicidaire, structurer la consultation, oser poser les questions et ouvrir la discussion sur les problèmes psychologiques. Ils ont estimé que le BITS test améliorerait leur relation avec l'adolescent et qu'il faisait comprendre au jeune que son médecin était un interlocuteur possible en cas de problème. La grande majorité de ces praticiens a continué à utiliser ce test lors des consultations ultérieures (7).

Cependant, l'utilisation du BITS test par les médecins généralistes n'a pas encore été explorée de façon quantitative suite à cette étude qualitative en Ile-de-France.

2.2 Objectif de l'étude

Objectif : Évaluer l'utilisation du BITS test par les médecins généralistes d'Ile-de-France après sensibilisation.

Problématique : Quelle est l'utilisation pratique du BITS test par les médecins généralistes sensibilisés en Ile-de-France ?

Hypothèse : Le BITS test est utilisé et apprécié par les médecins généralistes sensibilisés au dépistage du risque suicidaire des adolescents.

3 : Matériel et méthodes

3.1 Matériel : le BITS test

Le BITS test est composé de quatre questions initiales à poser à tout adolescent quel que soit son motif de consultation en médecine générale. Les questions sont résumées par l'acronyme BITS : Brimé, Insomniaque, Tabagique, Stressé (*Bullying-Insomnia-Tabacco-Stress*). Chaque réponse positive (1 point) peut être complétée par une question complémentaire explorant un degré de gravité si nécessaire (2 points si positif). La cotation la plus élevée est retenue pour chaque thème abordé, avec un score total calculé sur 8 points (21).

Si le total est supérieur à 3 points, la courbe ROC (Receiver Operating Characteristic) présente une aire sous la courbe supérieure à 75%. Cela signifie que la sensibilité et la spécificité (respectivement à 66% et 83%) sont alors suffisantes pour alerter le professionnel sur une problématique suicidaire ancienne ou récente de l'adolescent. En effet, un score supérieur ou égal à 3 indique un risque suicidaire supérieur à 20%. Ce pourcentage équivaut à une probabilité de 20% que l'adolescent ait fait au moins une tentative de suicide au cours de sa vie ou qu'il ait eu au moins un épisode suicidaire au cours des douze derniers mois (21).

A partir de 3 points, il est préconisé d'interroger l'adolescent sur la présence d'idées ou conduites suicidaires actuelles, récentes ou anciennes, si besoin à l'aide d'outils comme l'ASQ (*Ask Suicide-screening Questions*) (cf annexe 1). L'ASQ est un test de dépistage spécifique du comportement suicidaire permettant de prédire plus précisément un risque suicidaire lorsqu'une situation de mal-être est identifiée, notamment grâce au BITS test (6).

En pratique, il est recommandé d'être clair et explicite lors de l'abord de ces questions et de les poser de la manière suivante (cf tableau 1) :

- As-tu été victime de brimades ou de harcèlement à l'école, ou par téléphone ou par Internet ? (1 point) ... et en dehors de l'école ? (2 points)
- As-tu souvent des insomnies ou des troubles du sommeil ? (1 point) ... et des cauchemars ? (2 points)
- Est-ce que tu fumes ? (1 point) ... si oui, tous les jours ? (2 points)
- Te sens-tu stressé par ton travail scolaire ou par l'ambiance familiale ? (1 point) ... par les deux ? (2 points) (6)

Tableau 1 : Questions du BITS test

Tableau 1. Questions du BITS			
Thème	Question	Réponse	Cotation
Insomnie	As-tu souvent des insomnies, des troubles du sommeil ? Des cauchemars ?	Insomnies, troubles du sommeil	1 point
		Cauchemars	2 points
Stress	Te sens-tu stressé par le travail scolaire ou bien par l'ambiance familiale ? Par les deux ?	Stress dû au travail scolaire ou à l'ambiance familiale	1 point
		Stress dû au travail scolaire et à l'ambiance familiale	2 points
Brimades	As-tu été récemment brimé ou maltraité à l'école, ou par téléphone ou Internet ? Et en dehors de l'école ?	Brimades ou maltraitances à l'école, par téléphone ou internet	1 point
		Brimades ou maltraitances en dehors de l'école	2 points
Tabac	Fumes-tu parfois du tabac ? Tous les jours ?	Tabagisme infra-quotidien	1 point
		Tabagisme quotidien	2 points

Source : HAS, Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge. Acteurs de soins de première ligne, 2021.

3.2 Méthodes

Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive prospective en soins courants menée de mars à décembre 2022 en Ile-de-France.

3.2.1 Recrutement des praticiens

Les critères d'inclusion des médecins généralistes étaient d'exercer dans l'un des huit départements d'Ile-de-France et d'avoir des adolescents de 13 à 18 ans dans leur patientèle. Les médecins généralistes pouvaient être thésés ou non. Il n'y avait pas de critère d'exclusion.

Les praticiens étaient recrutés par appel téléphonique au secrétariat médical à l'aide de numéros de téléphone trouvés sur internet. Par souci de praticité, les appels ciblaient principalement les cabinets médicaux, maisons médicales ou centres de santé où exerçaient au moins deux médecins généralistes. Puis, un mail expliquant le déroulement de la thèse (cf annexe 2) avec la note d'information (cf annexe 3) leur était envoyé. S'ils répondaient par mail qu'ils acceptaient de participer à l'étude, ils étaient alors inscrits à une formation sur le BITS test.

Un recrutement d'au moins 70 médecins généralistes était nécessaire. Un tableau Excel comportant les noms, prénoms et mails des médecins participants a été réalisé pour le suivi du recrutement, des formations dispensées et des réponses aux questionnaires. Ces derniers ne recevaient pas d'indemnisation pour leur participation à cette étude.

3.2.2 Protocole

Une formation mensuelle sur le BITS test pour les médecins généralistes recrutés était organisée, soit un total de quatre formations réalisées entre avril et juillet 2022. Cette réunion avait lieu en visioconférence via un logiciel sécurisé. Elle consistait en une présentation de quinze minutes sur le dépistage du risque suicidaire et l'utilisation de l'outil BITS test, à l'aide d'un support diaporama Powerpoint (cf annexe 4). Puis, un temps d'environ quinze minutes était dédié aux questions et aux remarques. En cas d'indisponibilité des médecins pour participer à l'une des quatre formations en visioconférence, un enregistrement vidéo de la

réunion leur était envoyé par mail avec la possibilité de poser des questions si nécessaire. Une fiche récapitulative d'aide à l'utilisation du BITS test en consultation leur était envoyée à l'issue de la formation (cf annexe 5).

Les médecins généralistes sensibilisés devaient ensuite utiliser le BITS test pendant trois mois avec les adolescents de 13 à 18 ans quel que soit leur motif de consultation. Il leur était préconisé de proposer aux adolescents de les revoir à l'issue de la consultation et d'insister sur le fait qu'ils restaient à leur disposition en cas de besoin.

A l'issue des trois mois d'utilisation du test, un lien vers un questionnaire à remplir en ligne sur le logiciel « Limesurvey » leur était envoyé par mail (cf annexe 6). Les questions abordaient l'utilisation pratique du BITS test, avec quelques données sociodémographiques et professionnelles anonymes concernant les médecins interrogés.

3.2.3 Méthode d'évaluation

Le critère de jugement principal était le pourcentage de médecins généralistes ayant utilisé l'outil BITS test en consultation avec les adolescents de 13 à 18 ans suite à la formation.

Les critères de jugement secondaires étaient :

- la proportion d'utilisation du BITS test lors des consultations d'adolescents
- le nombre de questions du BITS test posées parmi les quatre
- les apports du BITS test et les obstacles à son utilisation par les médecins
- les raisons de non utilisation du BITS test pendant les trois mois
- la satisfaction générale des médecins concernant l'utilisation du BITS test
- la durée et la facilité de réalisation du BITS test
- les comportements dépistés grâce au BITS test : Brimades, Insomnies, Tabac, Stress
- le dépistage de conduites suicidaires en cas de score supérieur ou égal à 3 points
- l'acceptabilité du BITS test par les adolescents
- l'intention de continuer à utiliser le BITS test dans les futures consultations
- la modification du comportement des médecins vis-à-vis du risque suicidaire

3.2.4 Analyse statistique

L'effectif nécessaire a été calculé de façon adaptée à une étude quantitative descriptive. En effet, le NNT (Number Need to Treat) a été établi à 70 partir de la faisabilité sur la base de 10 médecins par variable d'intérêt. Les variables d'intérêt choisies correspondent aux critères de jugement les plus pertinents pour répondre à l'objectif principal, qui est l'utilisation pratique du BITS test. Les sept variables d'intérêt suivantes ont donc été retenues : le pourcentage de médecins ayant utilisé le BITS test, sa proportion d'utilisation en consultation, le nombre de questions du BITS test posées, ses apports, les obstacles à son utilisation, les raisons de non utilisation de cet outil, et la satisfaction générale des médecins concernant son utilisation.

L'analyse des données quantitatives pour des variables catégorielles était rapportée selon leurs nombres « n » et leurs pourcentages. Les données ont été récoltées et traitées sur un logiciel sécurisé de chiffrage des données.

3.2.5 Considérations éthiques

Le Comité d'Éthique de la Recherche de l'Université de Paris (CER U-Paris) s'est prononcé de façon favorable sur ce projet le 8 février 2022 au n° 2021-132-COULON-BECEL (cf annexe 7). Ce protocole a été enregistré par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés le 8 juillet 2022 au n° FR-UPC_REF-20220807_DMG_ICN sans remarque négative.

Le consentement écrit des médecins généralistes n'était pas nécessaire pour cette étude. Leur réponse positive à la participation à l'étude par mail et la case à cocher au début du questionnaire étaient suffisantes. Par ailleurs, les coordonnées des médecins participant à l'étude (nom, prénom, adresse mail) ont été conservées pour une durée maximale de deux ans.

La messagerie sécurisée de l'Université de Paris a été utilisée pour les échanges avec les médecins participants. Les formations en visioconférence ont été effectuées via une solution de visioconférence sécurisée. Les questionnaires anonymes ont été remplis en ligne sur le logiciel sécurisé « Limesurvey ». Enfin, le traitement des informations collectées a été réalisé sur un logiciel libre de chiffrage des données.

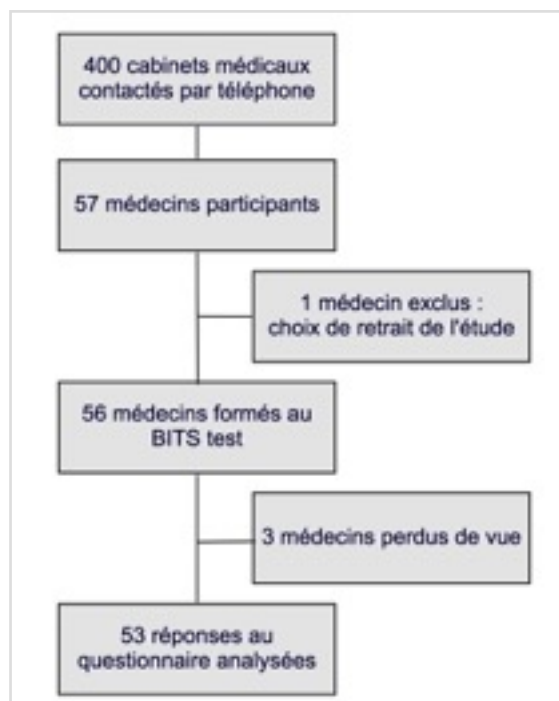
4 : Résultats

4.1 Recrutement des médecins

4.1.1 Participation des médecins

Environ 400 cabinets médicaux répartis sur les différents départements franciliens ont été contactés par téléphone entre mars et juin 2022. Après contact téléphonique, 57 médecins généralistes ont répondu positivement pour participer à l'étude. Parmi les médecins recrutés, 56 (soit 98,2%) ont été sensibilisés au BITS test entre avril et septembre 2022 : 23 présents en visioconférence et 33 ayant regardé l'enregistrement vidéo de la formation. Un seul médecin généraliste a été exclu car il s'est retiré de l'étude avant d'avoir été formé. Au total, 53 médecins soit 93% des médecins recrutés ont entièrement participé à l'étude en remplissant le questionnaire final entre juillet et décembre 2022. En effet, 3 praticiens (soit 5,3% des participants) ont reçu la formation initiale sur le BITS test puis ont été perdus de vue et n'ont pas rempli le questionnaire (cf figure 1).

Figure 1 : Diagramme de flux



Source : Création personnelle

4.1.2 Caractéristiques des médecins

L'échantillon de médecins ayant répondu au questionnaire était constitué de 11 hommes (20.8%) et 42 femmes (79.2%), soit un sex ratio homme femme à 0,26. 67,9% d'entre eux étaient âgés de 30 à 40 ans. Toutes les classes d'âges allant de moins de 30 ans à plus de 60 ans étaient représentées. 54,7% des médecins interrogés ont commencé à exercer entre 2010 et 2020, et 22,6% après 2020.

La quasi-totalité des médecins participants était thésée (96,2%) et installée (92,5%). Les médecins non thésés et remplaçants étaient donc en minorité. Environ un tiers des médecins recrutés exerçait à Paris (30,2 %), puis dans le département des Hauts-de-Seine (17%) et en Seine-Saint-Denis en troisième position (15,1%). Tous les départements d'Ile-de-France étaient représentés.

Par ailleurs, la plupart des médecins était en secteur 1 (92,5%), avec seulement 7,5% d'entre eux en secteur 2, et aucun non conventionné. Le mode d'exercice le plus fréquent était libéral en cabinet de groupe pour 60,4% des médecins avec seulement 3,8% en libéral individuel. 11,3% des médecins avaient une activité mixte hospitalière et libérale, et 24,5% des médecins avaient une autre activité que celles mentionnées.

Plus de la moitié des médecins (58,5%) assurait au moins une fonction universitaire : 90,3% comme maîtres de stages, 54,8% comme tuteurs et 35,5% comme enseignants. Par ailleurs, un tiers des médecins avait bénéficié d'une formation complémentaire, le plus souvent en pédiatrie (24,5% des médecins), puis en psychiatrie (5,7%), et parfois en pédiatrie et psychiatrie (3,7%)

Enfin, plus de 9 médecins sur 10 avaient moins de 30% de leur patientèle âgée de 13 à 18 ans. Environ 1 médecin sur 10 avait entre 30 et 60% de ses patients dans la tranche d'âge 13-18 ans. En revanche, aucun praticien n'avait plus de 60% de sa patientèle âgée de 13 à 18 ans (cf tableau 2).

Tableau 2 : Caractéristiques des médecins recrutés

	Décompte (n=53)	Pourcentage
Sexe		
Homme	11	20,75 %
Femme	42	79,25 %
Âge		
Moins de 30 ans	5	9,43 %
Entre 30 et 40 ans	36	67,93 %
Entre 40 et 50 ans	6	11,32 %
Entre 50 et 60 ans	4	7,55 %
Plus de 60 ans	2	3,77 %
Thèse		
Soutenue	51	96,20 %
Non soutenue	2	3,77 %
Statut		
Médecin remplaçant	4	7,55 %
Médecin installé	49	92,45 %
Début d'exercice		
Entre 1980 et 1990	4	7,55 %
Entre 1990 et 2000	3	5,66 %
Entre 2000 et 2010	5	9,43 %
Entre 2010 et 2020	29	54,72 %
Après 2020	12	22,64 %
Département d'exercice		
75 - Paris	16	30,19 %
77 - Seine-et-Marne	2	3,77 %
78 - Yvelines	3	5,66 %
91 - Essonne	5	9,43 %
92 - Hauts de Seine	9	16,98 %
93 - Seine-Saint-Denis	8	15,09 %
94 - Val-de-Marne	4	7,55 %
95 - Val-d'Oise	6	11,32 %
Secteur d'activité		
Secteur 1	49	92,45 %
Secteur 2	4	7,55 %
Non conventionné	0	0,00 %
Mode d'exercice		
Libéral individuel	2	3,77 %
Libéral en cabinet de groupe	32	60,38 %
Activité mixte (libéral, hôpital)	6	11,32 %
Autre	13	24,53 %
Fonction(s) universitaire(s)		
Maître de stage universitaire	28	
Enseignant universitaire	11	
Tuteur	17	
Non, aucune	22	41,51 %
Proportion de la patientèle âgée de 13 à 18 ans		
Moins de 30%	48	90,57 %
Entre 30 et 60%	5	9,43 %
Plus de 60%	0	0,00 %
Formation complémentaire		
Formation en pédiatrie	13	24,53 %
Formation en psychiatrie	3	5,66 %
Formation en pédiatrie et en psychiatrie	2	3,77 %
Aucune formation	35	66,04 %

Source : Création personnelle

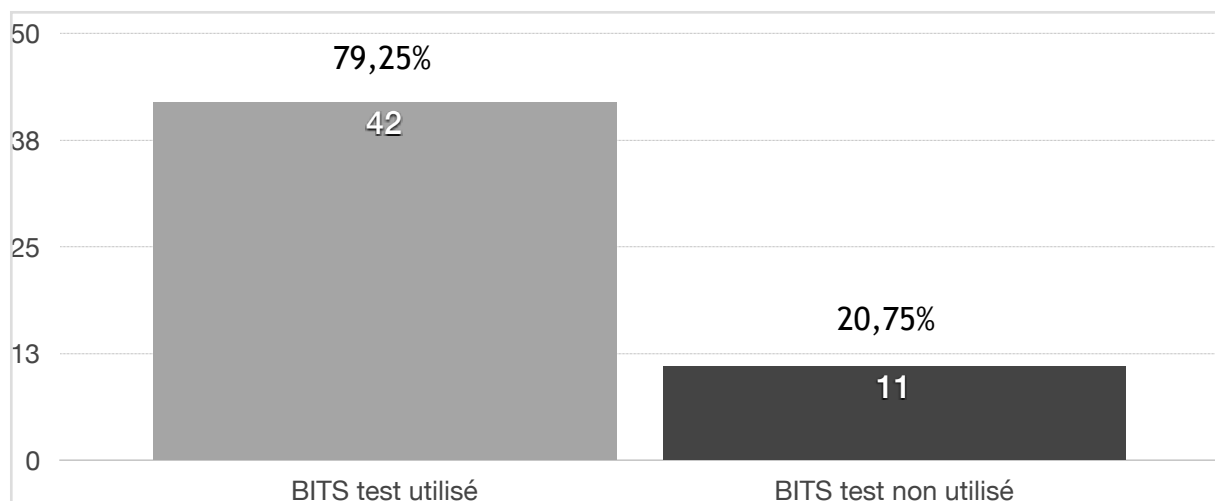
4.2 Le BITS test

4.2.1 Utilisation du BITS test

Près d'un tiers des médecins (32,1%) connaissait déjà le BITS test avant sa participation à l'étude et 15,1% des praticiens l'utilisaient déjà en consultation. Plus d'un quart des médecins (26,4%) a estimé que la formation sur le BITS test réalisée pour cette étude lui avait été très utile, et plus de la moitié (56,6%) l'a trouvée utile. Seulement 17% des médecins l'ont trouvée peu utile, et aucun ne l'a trouvée inutile (cf tableau 3).

Durant les 3 mois, 42 médecins soit 79,2% des participants ont employé le BITS test au moins une fois en consultation. En revanche, le BITS test n'a pas été utilisé par 11 médecins généralistes soit 20,8% des participants (cf figure 2) : deux n'ayant pas vu d'adolescent en consultation sur cette période, deux à cause de la présence parentale, un qui trouvait que ce test n'était pas utile et six pour un autre motif. Parmi les médecins n'ayant pas utilisé le BITS test, aucun n'a mentionné le manque de temps ou l'utilisation d'un autre outil de dépistage comme raison de non utilisation.

Figure 2 : Utilisation du BITS test par les médecins généralistes



Source : Création personnelle

Parmi les médecins utilisant le BITS test, plus de la moitié l'a effectué dans plus d'une consultation d'adolescent sur deux. Néanmoins, 38,1% ont utilisé ce test avec moins d'un adolescent sur quatre. Un médecin a effectué le BITS test dans 100% de ses consultations avec les adolescents.

57,1% des médecins ont estimé que la réalisation du BITS test prenait entre 2 et 5 minutes en consultation, contre 40,5% qui effectuaient ce test en moins de 2 minutes. 57,1% des médecins ont trouvé que ce test était très simple à utiliser, le reste l'ayant trouvé simple d'utilisation et aucun ne l'ayant trouvé difficile.

Environ un quart des médecins était très satisfait par l'utilisation du BITS test et près de trois quarts étaient satisfaits (71,4% des cas). Un seul médecin n'était pas satisfait par cet outil.

Enfin, ce test était globalement bien accepté par les adolescents selon 90,5% des médecins, les autres ne s'étant pas prononcés concernant son acceptabilité par les adolescents. Aucun médecin n'a toutefois estimé que le test était mal reçu par les adolescents interrogés (cf tableau 3).

4.2.2 Comportements dépistés

Lorsqu'ils effectuaient le BITS test en consultation, la plupart des médecins généralistes (71,4%) posait en général les quatre questions du BITS test à l'adolescent. Aucun médecin n'avait l'habitude de poser qu'une seule question sur les quatre (cf tableau 3).

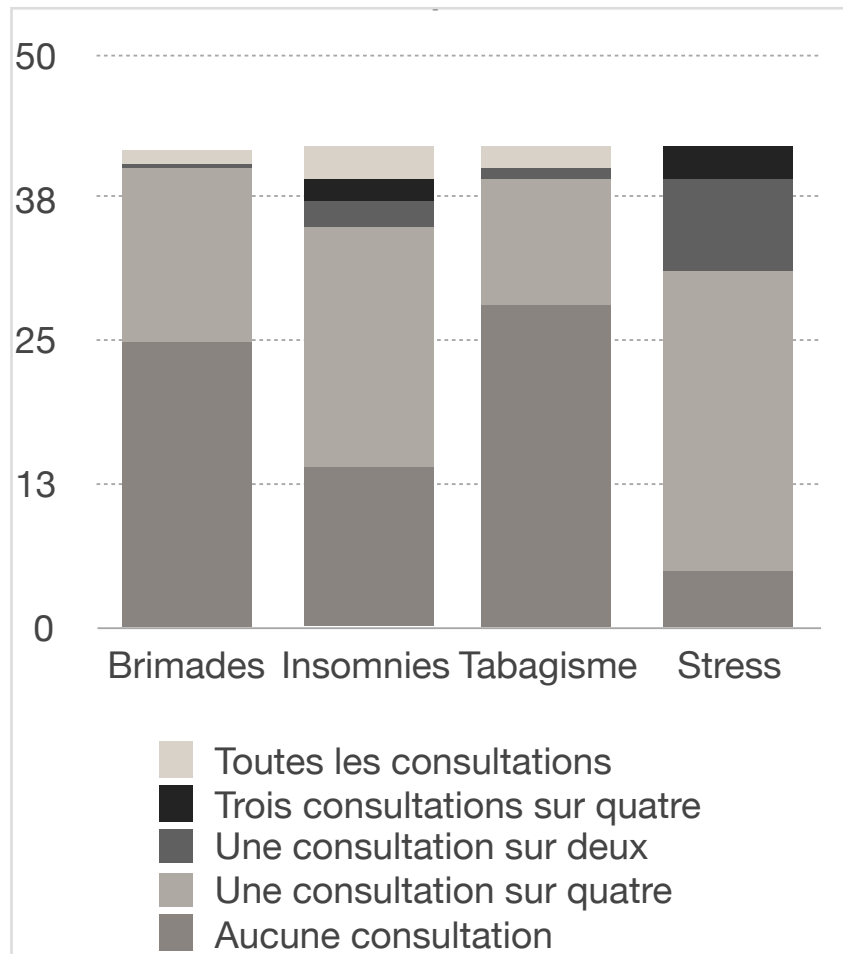
Plus de la moitié des médecins (59,5%) n'a jamais dépisté de brimades ni maltraitements grâce au BITS test (à l'école, par téléphone ou internet), contre environ un tiers (35,7%) qui en a dépisté dans environ une consultation d'adolescent sur quatre. En revanche, un médecin a dépisté des brimades ou maltraitements à chaque BITS test effectué en consultation.

Pour la moitié des praticiens, 25% des BITS tests retrouvaient des insomnies, des troubles du sommeil ou des cauchemars. En revanche, un tiers des praticiens n'en a jamais retrouvé. Trois médecins en ont retrouvé pour 100% des BITS tests effectués.

Pour 26,3% des médecins, un tabagisme, occasionnel ou quotidien, a été détecté dans un quart des BITS tests réalisés. Deux tiers n'en ont jamais dépisté. Enfin, deux médecins ont dépisté un tabagisme à chaque utilisation du BITS test.

Enfin, un stress familial ou scolaire a été détecté dans environ un quart des BITS tests par 61,9% des médecins, dans la moitié par 19% des médecins et trois quarts par 7,1% des médecins. Cinq médecins (11,9%) n’ont jamais dépisté de stress lors de la réalisation du BITS test dans cette étude (cf figure 3).

Figure 3 : Fréquence de dépistage des comportements à risque



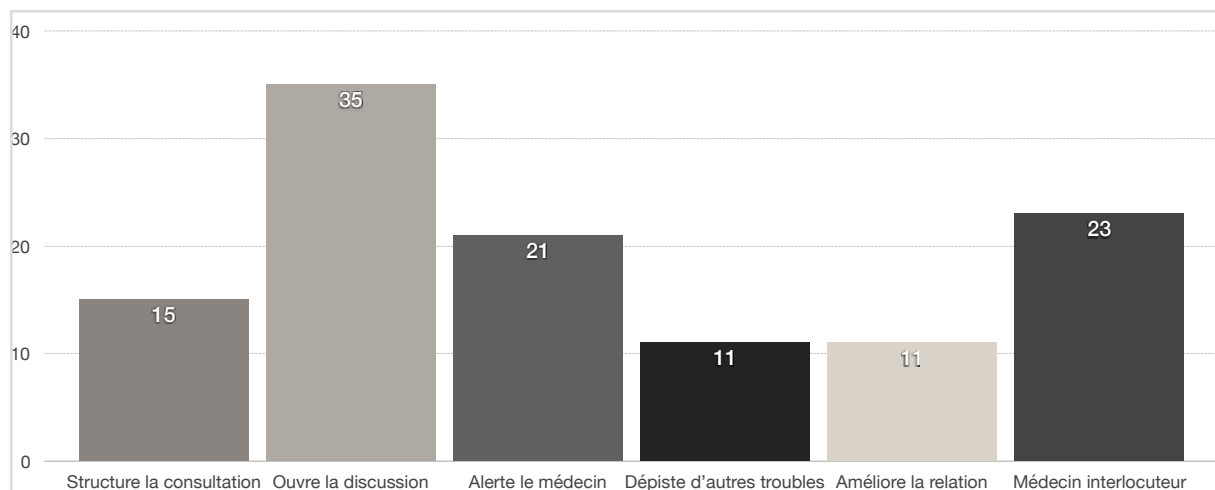
Source : Création personnelle

Deux tiers des médecins n’ont jamais obtenu de score supérieur ou égal à 3 au BITS test. Parmi les médecins l’ayant déjà obtenu, 28,6% estiment avoir dépisté une fois sur quatre une conduite ou des idées suicidaires et 71,4% estiment n’en avoir jamais dépisté (cf tableau 3).

4.2.3 Apports du BITS test

Le principal apport du BITS test évoqué par 83,3% des praticiens est qu'il permet d'ouvrir la discussion sur le mal-être. Ensuite, 54,8% estiment qu'il permet à l'adolescent de comprendre que son médecin généraliste est un interlocuteur à contacter en cas de problème. La moitié des médecins s'est sentie plus en alerte et sensibilisée concernant la problématique suicidaire. Le BITS test aide aussi à structurer la consultation pour 35,7% des médecins interrogés. Enfin, 26,2% des praticiens trouvent que cet outil a permis d'améliorer leur relation avec les adolescents et les a aidés au dépistage d'autres troubles. Un seul médecin a trouvé que le BITS test n'avait aucun point positif en consultation avec l'adolescent (cf figure 4).

Figure 4 : Apports du BITS test

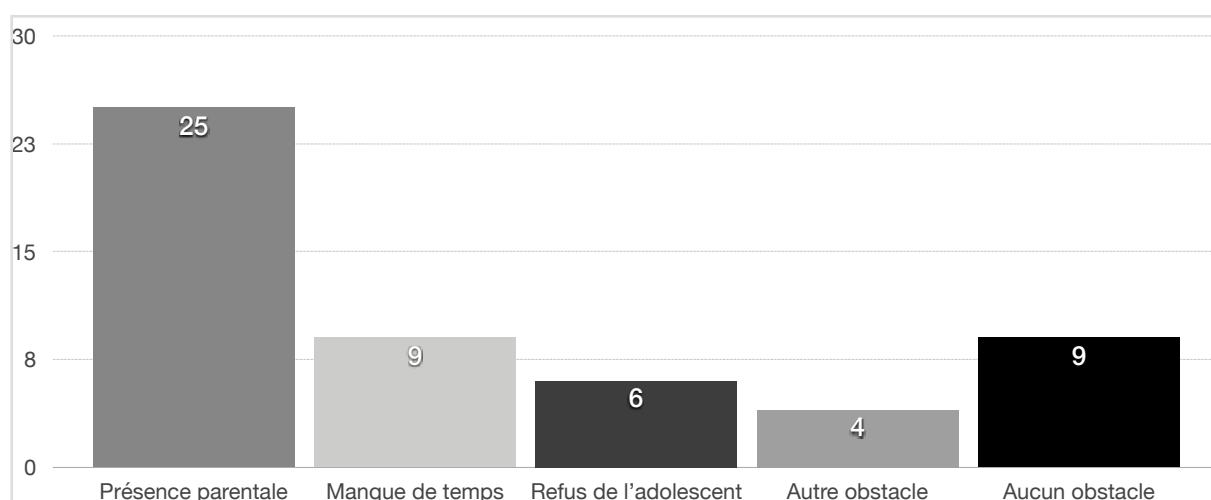


Source : Création personnelle

4.2.4 Obstacles à l'utilisation du BITS test

Le principal obstacle à l'utilisation du BITS test relevé par 47,2% des médecins est la présence parentale. Puis, 17% des praticiens évoquent le manque de temps. Enfin, le refus de l'adolescent a été souligné par 11,3% des médecins. Il convient de noter que 17% des médecins n'ont trouvé aucun frein à l'utilisation de cet outil (cf figure 5).

Figure 5 : Obstacles à l'utilisation du BITS test



Source : Création personnelle

4.2.5 Modification de la pratique des médecins

Suite à cette étude, 88,1% des médecins participants ont l'intention de continuer à utiliser le BITS test dans leurs consultations avec les adolescents, contre 9,5% qui pensent peut-être le faire. Un seul médecin pense ne plus utiliser cet outil à l'avenir.

La moitié des praticiens estime que l'utilisation du BITS test a un peu modifié son comportement vis-à-vis de la problématique suicidaire, et 7,1% trouvent qu'il l'a beaucoup modifié. Cependant, 42,9% des médecins trouvent que leur comportement concernant le risque suicidaire n'a pas changé suite à l'utilisation de cet outil (cf tableau 3).

Tableau 3 : Paramètres d'utilisation du BITS test

	Décompte (n=53)	Pourcentage
Connaissance du BITS test avant la formation		
Oui, et l'utilisait	8	15,09 %
Oui, mais ne l'utilisait pas	9	16,98 %
Non	36	67,92 %
Utilité de la formation sur le BITS test		
Très utile	14	26,42 %
Utile	30	56,60 %
Peu utile	9	16,98 %
Inutile	0	0,00 %
	Décompte (n=42)	Pourcentage
Proportion d'utilisation du BITS test		
Moins de 25% des consultations	16	38,10 %
Entre 25 et 50% des consultations	5	11,90 %
Entre 50 et 75% des consultations	14	33,33 %
Entre 75 et 100% des consultations	6	14,29 %
100% des consultations	1	2,38 %
Durée de réalisation du BITS test		
Moins de 2 minutes	17	40,48 %
Entre 2 et 5 minutes	24	57,14 %
Entre 5 et 10 minutes	1	2,38 %
Plus de 10 minutes	0	0,00 %
Facilité d'utilisation du BITS test		
Très simple	24	57,14 %
Simple	18	42,86 %
Difficile	0	0,00 %
Très difficile	0	0,00 %
Nombre de questions posées aux adolescents		
1 question sur 4	0	0,00 %
2 questions sur 4	4	9,52 %
3 questions sur 4	8	19,05 %
4 questions sur 4	30	71,43 %
Dépistage d'une conduite suicidaire en cas de score supérieur ou égal à 3		
Non, jamais	11	26,19 %
Oui, dans 25% des cas	3	7,14 %
Oui, dans 50% des cas	0	0,00 %
Oui, dans 75% des cas	0	0,00 %
Oui, dans 100% des cas	0	0,00 %
Jamais obtenu de score supérieur ou égal à 3 au BITS test	28	66,67 %
Acceptabilité du BITS test par les adolescents		
Bien accepté	38	90,48 %
Mal accepté	0	0,00 %
Ne sait pas	4	9,52 %
Intention de continuer à utiliser le BITS test		
Oui	37	88,10 %
Peut-être	4	9,52 %
Non	1	2,38 %
Modification du comportement suicidaire grâce à l'utilisation du BITS test		
Oui, un peu	21	50,00 %
Oui, beaucoup	3	7,14 %
Non	18	42,86 %
Satisfaction générale concernant l'utilisation du BITS test		
Très satisfait	11	26,19 %
Satisfait	30	71,43 %
Insatisfait	1	2,38 %
Très insatisfait	0	0,00 %

Source : Création personnelle

5 : Discussion

5.1 Synthèse des résultats

5.1.1 Commentaires des résultats principaux

Parmi les médecins recrutés, 98,2% ont effectivement reçu la formation sur le BITS test et 93% ont répondu au questionnaire. Ces deux résultats sont très satisfaisants. De plus, environ trois quarts des praticiens recrutés ne connaissaient pas ce test avant leur participation à l'étude : cela leur a donc permis d'être sensibilisés à ce nouvel outil pour le mettre en pratique en consultation.

Par ailleurs, le BITS test a été très bien accepté par les médecins puisque 79,2% l'ont utilisé au moins une fois en consultation. Près de la moitié d'entre eux a utilisé ce test avec plus de 50% des adolescents, quel que soit le motif de consultation. Cela paraît être une bonne performance dans la mesure où les adolescents consultent peu. Les médecins généralistes semblent donc concernés et intéressés par le sujet.

5.1.2 Commentaires des résultats secondaires

La majorité des médecins a bien posé toutes les questions du BITS test à chaque adolescent qu'il recevait en consultation. Les comportements le plus souvent retrouvés en consultation sont le stress puis les troubles du sommeil. En cas de score supérieur ou égal à 3 au BITS test, environ un médecin sur quatre estime avoir dépisté une problématique suicidaire chez environ un adolescent sur quatre.

Les médecins ont globalement estimé que le BITS test était un outil utile en consultation, un seul praticien ayant estimé qu'il n'avait aucun avantage. Le principal apport de cet outil, soulevé par plus de neuf médecins sur dix, est qu'il aide à aborder la souffrance psychologique avec l'adolescent. Pour près de deux praticiens sur trois, ce test permet à l'adolescent d'intégrer que son médecin reste disponible et à son écoute en cas de problème. Ces deux principaux apports mettent en exergue l'utilité du BITS test dans le repérage d'une problématique

suicidaire en soins primaires. En effet, cet outil permet d'ouvrir la discussion sur le mal-être en laissant la possibilité à l'adolescent de s'exprimer directement ou lors d'une consultation ultérieure.

Près d'un médecin sur cinq n'a trouvé aucun obstacle à l'utilisation du BITS test, ce qui permet une large utilisation de cet outil en prévention primaire quelque soit le motif de consultation. Le principal frein au dépistage relevé par près de la moitié des médecins est la présence parentale. En effet, la place des parents en consultation est un sujet délicat pour lequel il n'y a pas de recommandation générale, le mieux étant de faire sortir les parents si la situation le permet. En revanche, la réalisation du BITS test est rarement refusée par les adolescents, cette situation n'ayant touché qu'un médecin sur dix. Ceci est en faveur d'une bonne acceptabilité de ce test par l'adolescent.

Enfin, plus de la moitié des praticiens a trouvé que l'apprentissage du BITS test a permis de modifier son approche de la problématique suicidaire. De plus, près de 9 médecins sur 10 comptent continuer à utiliser le BITS test en consultation avec les adolescents. Ainsi, les médecins généralistes formés semblent globalement mieux dépister le risque suicidaire grâce à ce nouvel outil qu'ils ont désormais intégré à leur pratique clinique.

5.2 Forces et limites

5.2.1 Effectif de l'échantillon

Le Number Need to Treat avait été préalablement estimé à 70. Or, l'effectif de médecins généralistes recrutés pour cette étude est de 57. En effet, 400 cabinets franciliens ont été contactés mais tous les médecins n'ont pas pu être sollicités pour des raisons pratiques. Le taux de participation estimé des cabinets médicaux suite aux appels téléphoniques est d'environ 15%.

5.2.2 Spécificités de l'échantillon

Les médecins généralistes recrutés paraissent comparables à ceux d'Ile-de-France en termes de mode d'exercice et de département d'exercice. En revanche, ils sont plus jeunes, la majorité (67,9%) ayant entre 30 et 40 ans, contre seulement 21,2% des médecins généralistes franciliens appartenant à cette tranche d'âge en

2022. De même, notre échantillon est composé de 11,3% de médecins âgés de plus de 50 ans alors que 41,4% des médecins généralistes exerçant en Ile-de-France ont cet âge. Notre groupe est aussi plus féminisé avec 79,2% de femmes contre 53,4% de femmes parmi les médecins généralistes franciliens (28). La population étudiée ne paraît donc pas complètement représentative des médecins généralistes d'Ile-de-France.

Par ailleurs, les médecins participants exerçaient pour la plupart en cabinet de groupe (60,4%), dont la dynamique pousse à l'apprentissage et à la recherche. Les praticiens, recrutés sur la base du volontariat, ont aussi fait preuve d'une motivation initiale qui pourrait être en lien avec un intérêt particulier comparé aux autres praticiens. Ils pouvaient être plus sensibilisés à ces démarches de formation et de dépistage, par rapport à leurs confrères n'ayant pas participé à l'étude.

Enfin, l'étude s'est limitée à une seule région française, l'Ile-de-France. Le choix de cette région est pertinent puisqu'elle bénéficie de la plus grande concentration de médecins généralistes en France. En effet, 16,4% des médecins généralistes français exercent en Ile-de-France, le reste étant réparti dans les 17 autres régions. L'Ile-de-France est aussi la région la plus peuplée qui concentre le plus grand nombre de jeunes de 13 à 18 ans (29) et donc potentiellement de conduites suicidaires. Cependant, l'étude d'une seule région française ne prend pas en compte une potentielle diversité entre les médecins généralistes et les adolescents selon les régions, qui pourrait potentiellement avoir une influence sur les résultats du questionnaire. Il s'avère que peu de données sont disponibles pour comparer la prévalence des syndromes dépressifs et des suicides d'adolescents en fonction des régions.

Il paraît donc évident que le groupe étudié est de petite taille et qu'il n'est pas représentatif de la population générale des médecins généralistes d'Ile-de-France ni de France. Nous resterons donc prudents sur les hypothèses formulées et ne tirerons pas de conclusion formelle des résultats de cette étude.

5.2.3 Temporalité

La durée d'inclusion des médecins avait été préalablement estimée à un mois mais elle s'est finalement étalée sur quatre mois pour atteindre 57 participants.

La sensibilisation des médecins au BITS test a été réalisée par petits groupes, au fur et à mesure de leur recrutement, afin d'avoir des échanges interactifs et d'éviter les perdus de vue. Les formations étaient échelonnées entre avril et décembre 2022, donc les périodes de trois mois d'utilisation du BITS test étaient différentes selon les praticiens. Cela peut constituer une limite en raison d'une éventuelle différence de fréquentation des cabinets par les adolescents selon les périodes. En effet, il est probable que ces derniers aient moins consulté lors des vacances scolaires d'été et au contraire plus consulté au mois de septembre notamment pour la réalisation des certificats de sport.

5.2.4 Utilisation du BITS test

Le BITS test a été validé pour le dépistage du risque suicidaire des adolescents de 13 à 18 ans. La consigne donnée aux médecins généralistes était donc de l'utiliser chez tous les patients appartenant à cette tranche d'âge. Or, l'adolescence est une période de la vie dont les limites sont difficiles à définir. Cette tranche d'âge est donc discutable et l'utilisation du BITS test chez des jeunes de moins de 13 ans ou plus de 18 ans pourrait être intéressante.

Par ailleurs, les questions concernant le tabagisme et les violences à la maison pouvaient être délicates à aborder en consultation en présence des parents. Ces résultats peuvent donc être biaisés, les médecins ayant pu omettre d'aborder ces sujets ou les adolescents ayant pu répondre faussement.

Enfin, toutes ces données sur le BITS test sont basées sur l'appréciation globale des médecins durant les trois mois d'utilisation en consultation. Une part de subjectivité est donc à prendre en considération dans l'interprétation de ces résultats.

5.2.5 Méthode de recueil

La méthode de recueil choisie était un questionnaire anonyme à remplir par les médecins. Son principal avantage est la liberté de réponse sans influence liée à l'éventuelle présence d'un enquêteur. En revanche, le questionnaire est basé sur des déclarations de médecins concernant l'utilisation globale du BITS test pendant trois mois. Il y a donc un biais de mémoire et de déclaration à prendre en compte dans cette étude.

Conclusion

La problématique suicidaire des adolescents est un enjeu majeur de santé publique, exacerbé par la pandémie de Covid-19 (2). Le médecin généraliste est le premier interlocuteur de l'adolescent en cas de trouble de la santé mentale (5). Des outils de dépistage comme le BITS test, peuvent l'aider dans cette démarche de prévention du risque suicidaire (6).

Ce travail a permis de montrer la large utilisation du BITS test par les médecins généralistes d'Ile-de-France après une courte formation. Simple d'utilisation, il les aide à aborder le domaine psychologique avec l'adolescent tout en insistant sur leur disponibilité en cas de problème. Le comportement des médecins vis-à-vis du risque suicidaire semble amélioré par cet outil, qu'ils ont intégré à leur pratique clinique. Les adolescents sont globalement réceptifs à ce test, bien que la présence parentale puisse limiter son utilisation.

La comparaison de l'utilisation du BITS test dans d'autres populations de médecins généralistes franciliennes et d'autres régions françaises serait intéressante. Par ailleurs, une sensibilisation des médecins généralistes au dépistage du risque suicidaire voire à la psychothérapie, intégrée à la formation initiale des internes et au développement professionnel continu est essentielle. En plus de la récente recommandation du BITS test par la HAS (6), la diffusion de la fiche pratique réalisée pour cette étude serait aussi un moyen de faire connaître cet outil. Cette large sensibilisation permettrait ainsi d'améliorer le dépistage précoce d'une souffrance psychologique chez l'adolescent. Le BITS test permet certes d'orienter la discussion mais il ne se substitue pas à une écoute attentive de l'adolescent lors d'un entretien réalisé dans un contexte propice au dialogue (6).

Outre les thèmes abordés dans le BITS test, d'autres facteurs de risque suicidaires, tels que l'usage des drogues, les troubles du comportement alimentaire ou encore les agressions sexuelles, nécessitent d'être dépistés (30). Le harcèlement via internet et les réseaux sociaux, très fortement corrélé au comportement suicidaire, doit également être recherché en consultation (31). L'approche inverse, centrée sur les facteurs pouvant empêcher l'adolescent de se suicider en l'aidant dans l'appropriation de sa vie, est aussi une piste intéressante

(32). De plus, la connaissance des attentes et des freins des adolescents sur l'abord de leur santé mentale avec leur médecin généraliste permettrait d'optimiser leur prise en charge. Une étude qualitative devrait donc s'attacher à explorer le point de vue de l'adolescent concernant cette relation thérapeutique.

Enfin, la HAS recommande d'évaluer la crise suicidaire de l'adolescent en mesurant le degré d'urgence et de vulnérabilité suicidaire, notamment à l'aide de la *Columbia Suicide Severity Rating Scale* (cf annexe 8). Elle préconise également un protocole pour faciliter l'orientation et la prise en charge des adolescents suicidaires selon le degré d'urgence (6). Cependant, la coordination entre le pédopsychiatre et le médecin généraliste autour de l'adolescent reste souvent délicate. Ainsi, des dispositifs comme PSYSOM pourraient améliorer le parcours de soins de l'adolescent en collaboration avec les différents acteurs de santé (33).

Bibliographie

1. World Health Organization. WHO methods and data sources for country-level causes of death 2000-2019. Geneva: WHO [Internet]. déc 2020. p. 1-85. Disponible sur: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019_cod_methods.pdf
2. Hawke L-D, Barbic S-P, Voineskos A, Szatmari P, Cleverley K, Hayes E, et al. Impacts of COVID-19 on Youth Mental Health, Substance Use, and Well-being: A Rapid Survey of Clinical and Community Samples. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2020;65(10):701-709.
3. Loades M-E, Chatburn E, Higson-Sweeney N, Reynolds S, Shafran R, Brigden A, et al. Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. nov 2020;59(11):1218-1239.e3.
4. Collège de Médecine Générale. Développer une approche populationnelle des jeunes de 15-16 ans prenant en compte les spécificités des adolescents. CMG [Internet]. mars 2021. p. 1-20. Disponible sur: <https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2021/06/De%CC%81velopper-une-approche-populationnelle-des-jeunes-CMG-2021.pdf>
5. Raillard N. Le médecin généraliste face aux adolescents. La prévention des risques, un enjeu essentiel. *Le forum des médecins généralistes*. 2007 Déc; (20):11.
6. Haute Autorité de Santé. Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation et prise en charge. Saint-Denis La Plaine: HAS [Internet]. 2021. p. 1-5. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-09/reco348_synthese__idees_conduites_suicidaires_1re_ligne_2021_09_29_v3.pdf

7. Larzul P, Aubin-Auger I. Le ressenti des médecins généralistes face à l'utilisation du BITS test dans le dépistage de la problématique suicidaire chez l'adolescent. Université de Paris. 2020.
8. Sacks D. La limite d'âge entre l'adolescence et l'âge adulte. *Paediatr Child Health*. 2003;8(9):578.
9. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Population par sexe et groupes d'âges : données annuelles 2023. INSEE [Internet]. janv 2023. 1 p. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474#figure1_radio1
10. Janssen E, Stanislas S, du Roscoät E. Tentatives de suicide, pensées suicidaires et usages de substances psychoactives chez les adolescents français de 17ans. Premiers résultats de l'enquête Escapad 2017 et évolutions depuis 2011. *Bull Epidemiol Hebd*. 2019;(3-4):74-82.
11. Samji H, Wu J, Ladak A, Vossen C, Stewart E, et al. Review: Mental health impacts of the COVID-19 pandemic on children and youth - a systematic review. *Child Adolesc Ment Health*. 2022;27(2):173-189.
12. Harrison L, Carducci B, Klein JD, Bhutta ZA. Indirect effects of COVID-19 on child and adolescent mental health: an overview of systematic reviews. *BMJ Glob Health*. 2022;7(12):e010713.
13. Michaud P-A, Michaud L, Mazur A, Hadjipanayis A, Kapp C, Ambresin AE. The Impact of COVID on Adolescent Mental Health, Self-Harm and Suicide: How Can Primary Care Provider Respond? A Position Paper of the European Academy of Pediatrics. *Front Pediatr*. 2022;10:800000.
14. Cousien A, Acquaviva E, Kernéis S, Yazdanpanah Y, Delorme R. Temporal Trends in Suicide Attempts Among Children in the Decade Before and During the COVID-19 Pandemic in Paris, France. *JAMA Netw Open*. 2021;4(10):e2128611.
15. Binder P, Chabaud F. Dépister les conduites suicidaires des adolescents (II) : Audit clinique auprès de généralistes des Deux-Sèvres. *Revue du Praticien (La)*, J B Bailliere et Fils, 2004, TOME 18 (N° 650/65), pp.576-580.

16. Roscoat E, Beck F. Les interventions efficaces dans le champ de la prévention du suicide : analyse de la littérature. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 2013 Aug;61(4):363-74.
17. Briard D, Delattre M, Leroux M, Peltier-Chevillard V, Despert V, et al. Spécificité de l'hospitalisation des adolescents en pédiatrie. *Médecine thérapeutique / Pédiatrie*. 2005;8(2):66-72.
18. Binder P, Heintz A-L, Haller D-M, Favre A-S, Tudrej B, Ingrand P, et al. Detection of adolescent suicidality in primary care: an international utility study of the bullying-insomnia-tobacco- stress test. *Early Intervention in Psychiatry*. 2020;14:80-86.
19. Haute Autorité de Santé. Comment évaluer a priori un programme de dépistage ?. Saint-Denis La Plaine: HAS [Internet] 2004. p. 13. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_programme_depistage_rap.pdf
20. Binder P, Chabaud F. Dépister les conduites suicidaires des adolescents. Partie I Conception d'un test et validation de son usage. *Revue du Praticien (La)*, J B Bailliere et Fils, 2007, 11, pp.1187-92.
21. Haute Autorité de Santé. Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours. Saint-Denis La Plaine: HAS [Internet]. 2014 [cité 6 avr 2016]. p. 1-4. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/manifestations_depressives_recommandations.pdf
22. Servant C. Dépister les idées ou actes suicidaires chez les adolescents : amélioration du test TSTS-cafard par une étude sur 923 jeunes de 15 ans. Université de Poitiers: Upétille [Internet]. 2015. p. 1-130. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/fbd228ab-37bd-4836-b017-e15307f929d9>
23. Binder P, Heintz A-L, Servant C, Roux M-T, Robin S, Gicquel L, et al. Screening for adolescent suicidality in primary care: the bullying-insomnia-tobacco-stress test. A population-based pilot study. *Early Intervention in Psychiatry*. 2018;12: 637-644.

24. Favre-Pousse A-S. Dépistage des idées ou actes suicidaires et automutilations chez les adolescents de 13 à 18 ans : validation du BITS-test en médecine générale sur 17 sites francophones. Université de Poitiers: Upétille [Internet]. 2017. p. 1-44. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/6306bbec-7793-4293-b2e3-e39622ce7b58>
25. Robert M. Automutilations chez les adolescents de 13 à 18 ans : validation du BITS test dans leur dépistage : en consultation de médecine générale. Médecine humaine et pathologie. Université de Lorraine: HAL [Internet]. 2019. p. 1-85. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297720/document>
26. Girard V, Huguenin-Decobert N. Évaluation de l'utilisation des outils TSTS-CAFARD et BITS TEST dans le cadre du dépistage du risque suicidaire chez l'adolescent en médecine générale. Sorbonne Université. 2018.
27. Chailloux M, Lecouvez F. Le BITS test, un outil d'aide au repérage des problématiques suicidaires chez les adolescents de 13-18 ans, utilisable en soins primaires : utilisation du B.I.T.S test par les médecins généralistes du Douaisis, auprès des adolescents de 13-18 ans. Université de Lille. 2020.
28. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Démographie des professionnels de santé. Dataviz.DREES [Internet]. janv 2022. 1 p. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
29. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Population par région, sexe et grande classe d'âge 1975-2023. INSEE [Internet]. janv 2023. 1 p. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>
30. Lowry R, Crosby AE, Brener ND, Kann L. Suicidal thoughts and attempts among US High School students : Trends and associated Health risk behaviors 1991-2011. *Journal of Adolescent Health*. 2014 Jan;54(1):100-8.
31. Arnon S, Brunstein Klomek A, Visoki E, Moore TM, Argabright ST, et al. Association of Cyberbullying Experiences and Perpetration With Suicidality in Early Adolescence. *JAMA Netw Open*. 2022 Jun 1;5(6):e2218746.

32. Ladame F. Qu'est-ce qui empêche un adolescent de se suicider. *Le Journal des psychologues*. 2021;391(9):19-23.
33. Bornes C. La médecine de liaison en psychiatrie, pour une synergie des compétences au bénéfice des patients. *Santé Publique*. 2022;34(5):653-661.

Table des figures

FIGURE 1 : DIAGRAMME DE FLUX.....	23
FIGURE 2 : UTILISATION DU BITS TEST PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES.....	26
FIGURE 3 : FRÉQUENCE DE DÉPISTAGE DES COMPORTEMENTS À RISQUE	28
FIGURE 4 : APPORTS DU BITS TEST	29
FIGURE 5 : OBSTACLES À L'UTILISATION DU BITS TEST	30

Table des tableaux

TABLEAU 1 : QUESTIONS DU BITS TEST	19
TABLEAU 2 : CARACTÉRISTIQUES DES MÉDECINS RECRUTÉS	25
TABLEAU 3 : PARAMÈTRES D'UTILISATION DU BITS TEST	31

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire ASQ

Questionnaire ASQ

1. Au cours des dernières semaines, as-tu souhaité être mort ?
2. Au cours des dernières semaines, as-tu eu le sentiment qu'il serait préférable, pour toi ou ta famille, que tu sois mort ?
3. Au cours de la dernière semaine, as-tu eu des pensées suicidaires ?
4. As-tu déjà essayé de te suicider ?

Si le patient répond oui à l'une des questions ci-dessus, il est demandé de lui poser la question supplémentaire suivante :

5. As-tu l'intention de te suicider en ce moment ?

Source : HAS, Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge. Acteurs de soins de première ligne, 2021.

Annexe 2 : Mail de recrutement des médecins généralistes

Chère consœur, cher confrère,

Interne en médecine générale à l'université Paris Cité, je me permets de vous contacter à propos de ma thèse sur le dépistage du risque suicidaire des adolescents de 13 à 18 ans.

Le but de cette étude est d'évaluer l'utilisation d'un outil de dépistage du risque suicidaire des adolescents, le "BITS-test", au décours d'une courte formation des médecins généralistes.

Je vous serais très reconnaissante si vous acceptiez de participer à cette étude.

Votre participation consisterait à :

- assister à une courte sensibilisation sur le risque suicidaire des adolescents et sur l'outil de dépistage "BITS-test" via une présentation en visioconférence et l'envoi d'une fiche récapitulative
- puis 3 mois après la sensibilisation, remplir un questionnaire anonyme en ligne sur l'utilisation de cet outil en pratique

Vous trouverez ci-joint la note d'information relative à la participation à l'étude.

N'hésitez pas à diffuser ce mail à des confrères ou consœurs qui seraient intéressés.

Si vous êtes intéressé pour participer à l'étude, vous pouvez me l'indiquer par mail à cette adresse : irene.coulon@etu.u-paris.fr.

Si vous ne désirez pas être recontacté, vous pouvez également me l'indiquer.

Je me tiens évidemment à votre disposition pour tout renseignement supplémentaire.

Merci d'avance pour votre participation précieuse.

Bien confraternellement,

Irène Coulon

Interne en médecine générale

irene.coulon@etu.u-paris.fr

NOTE D'INFORMATION RELATIVE A LA PARTICIPATION A UNE ETUDE

« Le dépistage du risque suicidaire des adolescents par les médecins généralistes »

Thèse d'exercice d'Irène Coulon - DMG de l'Université Paris Cité

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité à participer à une étude menée par Irène COULON dans le cadre de sa thèse de médecine générale à l'Université de Paris.

Le présent document décrit l'étude à laquelle il vous est proposé de participer et répond aux questions que vous êtes susceptible de vous poser à partir des informations actuellement disponibles.

Avant de choisir d'y participer ou non, il est important que vous preniez connaissance du but de cette étude et de ce qu'elle implique.

1) Pourquoi vous propose-t-on de participer à cette étude ?

Cette étude vous est proposée car vous êtes médecin généraliste en Ile-de-France.

2) Quels sont les objectifs et les bénéfices attendus de l'étude ?

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'utilisation en pratique d'un outil de dépistage du risque suicidaire des adolescents en médecine générale, « le BITS-test », au décours d'une formation.

3) Votre participation à l'étude comporte-t-elle des risques et/ou des contraintes particulières ?

La participation à l'étude ne comporte pas de risques. Les seules contraintes sont de suivre la formation de sensibilisation à l'outil de dépistage et de répondre à un court questionnaire en ligne 3 mois après sensibilisation.

4) Comment va se dérouler l'étude ?

1. Mars - Avril 2022 : Recrutement de minimum 50 médecins généralistes pour participer à l'étude. Diffusion d'un mail et création d'une liste avec les coordonnées des médecins participants (nom, prénom et adresse mail).

2. Avril - Juillet 2022 : Formations de sensibilisation sur le risque suicidaire des adolescents et présentation de l'outil BITS test aux médecins généralistes participant à l'étude : réunion via une solution de visioconférence sécurisée en s'appuyant sur une présentation Power-Point et envoi d'une fiche récapitulative par mail aux médecins participants.
3. Juillet - Octobre 2022 : Envoi d'un questionnaire anonyme 3 mois après la sensibilisation des médecins généralistes, à remplir en ligne sur le logiciel "Limesurvey". L'âge et le sexe des participants sont recueillis de manière anonyme.
4. Octobre - Décembre 2022 : Recueil des données sur un logiciel de chiffrement des données sécurisé et analyse statistique. L'analyse des données quantitatives sur les variables catégorielles seront rapportées selon leurs nombres n et leurs pourcentages.

5) Quels sont vos droits en tant que participant à la recherche ?

Vous êtes totalement libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude sans avoir à vous justifier, et sans que cela n'entraîne de conséquences pour vous.

Vous disposez du temps que vous estimez nécessaire pour prendre votre décision.

Si vous ne désirez pas être recontacté pour répondre au questionnaire, vous pouvez nous l'indiquer par mail.

En cas d'acceptation, vous pourrez à tout moment revenir sur votre décision, sans nous en préciser la raison, par simple courriel adressé à irene.coulon@etu.u-paris.fr.

6) Cette étude implique-t-elle un traitement de vos données à caractère personnel ?

Votre participation implique le traitement des données à caractère personnel suivantes : nom, prénom et adresse mail. Ces données directement identifiantes seront supprimées dans un délai maximal de deux ans à compter de la collecte.

Nous vous remercions, Madame, Monsieur, de votre participation.

FICHE RÉCAPITULATIVE

Thèse d'Irène Coulon - DMG de l'Université Paris Cité

Evaluation de l'utilisation du BITS test dans le cadre du dépistage du risque suicidaire des adolescents en médecine générale

But de l'étude

Évaluer l'utilisation effective et déterminer les avantages et les inconvénients d'un outil de dépistage du risque suicidaire chez les adolescents : le BITS test.

Le BITS-test

- Outil validé d'aide au repérage d'un mal-être chez les adolescents
- Utilisation possible quelque soit le motif de consultation en prévention primaire
- **4 questions** avec score total sur **8 points** : *cf tableau 1*
- Si score obtenu de **3 points ou plus** : interroger sur des idées ou actes suicidaires, si besoin à l'aide de l'ASQ (Ask Suicide-Screening Questions) : *cf tableau 2*

Déroulement de l'étude

Suite à la sensibilisation au BITS-test, les médecins généralistes vont utiliser cet outil en consultation avec les adolescents de 13 à 18 ans. Au bout de 3 mois d'utilisation, un questionnaire sur l'utilisation pratique de cet outil sera à remplir en ligne.

Tableau 1 : BITS test

Thème	Question	Réponse	Cotation
Insomnie	As-tu souvent des insomnies, des troubles du sommeil ? Des cauchemars ?	Insomnies, troubles du sommeil	1 point
		Cauchemars	2 points
Stress	Te sens-tu stressé par le travail scolaire ou bien par l'ambiance familiale ? Par les deux ?	Stress dû au travail scolaire ou à l'ambiance familiale	1 point
		Stress dû au travail scolaire et à l'ambiance familiale	2 points
Brimades	As-tu été récemment brimé ou maltraité à l'école, ou par téléphone ou internet ? Et en dehors de l'école ?	Brimades ou maltraitements à l'école, par téléphone ou internet	1 point
		Brimades ou maltraitements en dehors de l'école	2 points
Tabac	Fumes-tu parfois du tabac ? Tous les jours ?	Tabagisme infra-quotidien	1 point
		Tabagisme quotidien	2 points

Tableau 2 : questionnaire ASQ

1. Au cours des dernières semaines, as-tu souhaité être mort ?
 2. Au cours des dernières semaines, as-tu eu le sentiment qu'il serait préférable, pour toi ou ta famille, que tu sois mort ?
 3. Au cours de la dernière semaine, as-tu eu des pensées suicidaires ?
 4. As-tu déjà essayé de te suicider ?
- Si le patient répond oui à l'une des questions ci-dessus, il est demandé de lui poser la question supplémentaire suivante :
5. As-tu l'intention de te suicider en ce moment ?

Source des tableaux : HAS, Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge. Acteurs de soins de première ligne, 2021.

Annexe 6 : Questionnaire de l'étude

Chère consœur, cher confrère,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette étude sur l'utilisation du BITS test, outil de dépistage du risque suicidaire des adolescents de 13 à 18 ans en médecine générale.

Voici le questionnaire à remplir au terme des 3 mois d'utilisation de ce test en consultation avec vos adolescents.

Il vous prendra moins de 10 minutes. Les données collectées sont entièrement anonymes. Pensez bien à aller jusqu'au bout du questionnaire pour le valider.

Je vous remercie d'avance pour votre participation.

Irène COULON irene.coulon@etu.u-paris.fr

Partie A: Données sociodémographiques

A1. Pour continuer, veuillez d'abord accepter la politique de confidentialité de notre questionnaire.

J'accepte que les informations anonymes transmises via ce formulaire soient collectées, traitées et conservées dans le cadre de cette étude.

A2. Vous êtes :

Un homme

Une femme

A3. Quel âge avez-vous ?

Moins de 30 ans

Entre 30 et 40 ans

Entre 40 et 50 ans

Entre 50 et 60 ans

Plus de 60 ans

A4. Êtes-vous thésé ?

Oui, je suis thésé

Non, je n'ai pas encore soutenu ma thèse

A5. Êtes-vous médecin remplaçant ou installé ?

Médecin remplaçant

Médecin installé

A15. Durant ces 3 mois, avez-vous utilisé le BITS test au moins une fois en consultation ?

Oui

Non

Partie B: BITS test utilisé

B1. Dans quelle proportion de vos consultations avec les adolescents de 13 à 18 ans avez-vous utilisé le BITS test ?

Moins de 25% des consultations

Entre 25 et 50% des consultations

Entre 50 et 75% des consultations

Entre 75 et 100% des consultations

100% des consultations

B2. Combien de temps environ avez-vous mis pour faire le BITS test en consultation ?

Moins de 2 minutes

Entre 2 et 5 minutes

Entre 5 et 10 minutes

Plus de 10 minutes

A8. Dans quel secteur d'activité êtes-vous installé ?

Secteur 1

B3. Que pensez-vous de la facilité d'utilisation du BITS test ?

Très simple

Simple

Difficile

Très difficile

B4. En général, combien de questions du BITS test avez-vous posé à chaque adolescent ?

1 question

2 questions

3 questions

4 questions

B5. Concernant les "Brimades" : avez-vous pu dépister des brimades ou maltraitances (à l'école, par téléphone ou internet) grâce à ce test ?

Oui, dans environ 25% des cas

Oui, dans environ 50% des cas

Oui, dans environ 75% des cas

Oui, dans 100% des cas

Non, jamais

B6. Concernant le "Insomnies" : avez-vous pu dépister des troubles du sommeil, insomnies ou cauchemars grâce à ce test ?

Oui, dans environ 25% des cas

Oui, dans environ 50% des cas

Oui, dans environ 75% des cas

Oui, dans 100% des cas

Non, jamais

B7. Concernant le "Tabac" : avez-vous pu dépister un tabagisme (occasionnel ou quotidien) grâce à ce test ?

Oui, dans environ 25% des cas

Oui, dans environ 50% des cas

Oui, dans environ 75% des cas

Oui, dans 100% des cas

Non, jamais

B8. Concernant le "Stress" : avez-vous pu dépister du stress (scolaire ou familial) grâce à ce test ?

Oui, dans environ 25% des cas

Oui, dans environ 50% des cas

Oui, dans environ 75% des cas

Oui, dans 100% des cas

Non, jamais

B9. En cas de score supérieur ou égal à 3 au BITS test, avez-vous pu dépister des idées ou conduites suicidaires ?

Oui, dans environ 25% des cas

Oui, dans environ 50% des cas

Oui, dans environ 75% des cas

Oui, dans environ 100% des cas

Non, jamais

Je n'ai jamais obtenu un score supérieur ou égal à 3 points

B10. Quels sont les apports du BITS test selon vous (une ou plusieurs réponses possibles) ?

Aide à structurer la consultation

Permet d'ouvrir la discussion sur le mal-être

Aide à être plus alerte et sensibilisé sur la problématique suicidaire

Aide au dépistage d'autres troubles

Améliore la relation avec l'adolescent

Aide à la compréhension par l'adolescent que son médecin est un interlocuteur en cas de problème

Autre apport

Aucun apport

B11. Quels sont les obstacles à l'utilisation du BITS test selon vous (une ou plusieurs réponses possibles) ?

Présence parentale

Manque de temps

Refus de l'adolescent

Autre obstacle

Aucun obstacle

B12. Le BITS test vous semble-t-il globalement bien accepté par les adolescents ?

Oui, bien accepté

Non, mal accepté

Je ne sais pas

B13. Pensez-vous continuer à utiliser le BITS test dans vos futures consultations avec les adolescents ?

Oui

Peut-être

Non

B14. Pensez-vous que l'utilisation du BITS test a modifié votre comportement vis-à-vis de la problématique suicidaire ?

Oui, un peu

Oui, beaucoup

Non

B15. Quelle est votre satisfaction générale concernant l'utilisation du BITS test en pratique ?

Très satisfait

Satisfait

Insatisfait

Très insatisfait

Partie C: BITS test non utilisé

C1. Pour quelles raisons n'avez-vous pas utilisé le BITS test en consultation (une ou plusieurs réponses possibles) ?

Je n'ai pas vu d'adolescent de 13 à 18 ans en consultation pendant ces 3 mois

Présence parentale

Manque de temps

J'utilise un autre moyen de dépistage du risque suicidaire

Ce test ne me paraît pas utile

Autre raison

Merci beaucoup d'avoir rempli ce questionnaire.

Si vous êtes intéressé et que vous souhaitez recevoir les résultats de l'étude, vous pouvez me contacter par mail.

Merci encore pour votre participation à cette étude et à bientôt,

Irène COULON irene.coulon@etu.u-paris.fr



CER U-Paris
(Comité d'Éthique de la Recherche)

Présidente : Jacqueline Fagard

N° 2021-132-
COULON-BECEL

PROTOCOLE : Le dépistage du risque suicidaire des adolescents par les médecins généralistes.

Noms du/des chercheur(s) : Irène Coulon ; Emmanuelle Becel

Email pour la correspondance : irene.coulon@etu.u-paris.fr

Labo / service : Interne en médecine générale; Université de Paris

Évalué à la séance du 08/02/2022

AVIS : Favorable

Par cet avis favorable, le CER U-Paris ne se prononce pas sur le respect des mesures barrières contre le Covid-19. Afin de protéger les participants et les personnes impliquées dans la recherche, les responsables de la recherche doivent impérativement se mettre en conformité avec les mesures préconisées pour toutes recherches sur site et hors site par les tutelles hébergeant les unités de recherche concernées, via le DU et responsable hygiène et sécurité.

L'avis favorable du CER U-Paris n'exonère pas des formalités réglementaires. A cet égard, il vous appartient notamment, si vous traitez des données se rapportant à un individu directement ou indirectement identifiable, de vous conformer au règlement européen sur la protection des données (RGPD) en vigueur depuis 2018. Pour cela, vous pouvez solliciter les conseils du Correspondant informatique et libertés (CIL) ou du service juridique de votre université ou de votre organisme de recherche.

Les investigateurs faisant appel aux services du CER U-Paris s'engagent à lui signaler tout événement non anticipé survenant en cours d'étude. Ces éléments seront utilisés aux fins d'amélioration des futurs services et conseils que le CER U-Paris pourrait donner.

N° IRB : 00012021-132

Jacqueline Fagard

Annexe 8 : Columbia Suicide Severity Rating Scale

IDÉATION SUICIDAIRE		
<p><i>Posez les questions 1 et 2. Si les deux réponses sont négatives, passez à la section « Comportement suicidaire ». Si la réponse à la question 2 est « oui », posez les questions 3, 4 et 5. Si la réponse à la question 1 et/ou 2 est « oui », complétez la section « Intensité de l'idéation » ci-dessous.</i></p>	Depuis la naissance : moment où il/elle s'est senti(e) le plus suicidaire	Au cours des derniers mois
<p>1. Désir d'être mort(e) Le sujet souscrit à des pensées concernant le désir de mourir ou de ne plus être en vie, ou le désir de s'endormir et de ne pas se réveiller. <i>Avez-vous souhaité être mort(e) ou vous endormir et ne jamais vous réveiller ?</i> Si oui, décrivez :</p>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>2. Pensées suicidaires actives non spécifiques Pensées d'ordre général non spécifiques autour de la volonté de mettre fin à ses jours/se suicider (par ex. « J'ai pensé à me suicider »), non associées à des pensées sur les manières permettant de se suicider, c'est-à-dire ni aux moyens, ni à une intention ou à un scénario, au cours de la période d'évaluation. <i>Avez-vous réellement pensé à vous suicider ?</i> Si oui, décrivez :</p>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>3. Idéation suicidaire active avec définition de moyens (sans scénario), sans intention de passage à l'acte Le sujet pense au suicide et a envisagé au moins un moyen pour y parvenir au cours de la période d'évaluation. Il ne s'agit pas ici de l'élaboration d'un scénario spécifique comprenant le moment, le lieu ou le moyen (par ex. le sujet a pensé à un moyen pour se suicider, mais ne dispose pas d'un scénario précis). Il s'agit par exemple d'une personne déclarant : « J'ai pensé à avaler des médicaments, mais je n'ai pas de scénario précis sur le moment, le lieu ou la manière dont je le ferais... et je n'irais jamais jusque là ». <i>Avez-vous pensé à la manière dont vous vous y prendriez ?</i> Si oui, décrivez :</p>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>4. Idéation suicidaire active avec intention de passage à l'acte, sans scénario précis Pensées suicidaires actives, le sujet exprime <u>une intention plus ou moins forte de passer à l'acte</u> et ne se contente pas de déclarer : « J'ai des pensées suicidaires, mais je ne ferai jamais rien pour les mettre en œuvre ». <i>Avez-vous eu des pensées de ce genre et l'intention de passer à l'acte ?</i> Si oui, décrivez :</p>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>5. Idéation suicidaire active avec scénario précis et intention de passage à l'acte Pensées suicidaires associées à l'élaboration complète ou partielle d'un scénario détaillé ; le sujet exprime une intention plus ou moins forte de mettre ce scénario à exécution. <i>Avez-vous commencé ou fini d'élaborer un scénario détaillé sur la manière dont vous voulez vous suicider ? Avez-vous l'intention de mettre ce scénario à exécution ?</i> Si oui, décrivez :</p>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
INTENSITÉ DE L'IDÉATION		
<p><i>Les aspects suivants doivent être évalués en fonction du type d'idéation le plus grave (c.-à-d. idéations 1 à 5 ci-dessus, 1 étant la moins grave et 5 la plus grave). La question portera sur le moment où il/elle s'est senti(e) le plus suicidaire.</i></p> <p>Depuis la naissance - Idéation la plus grave :</p> <p style="margin-left: 20px;">N° du type (1 à 5) _____ Description de l'idéation _____</p> <p>Au cours des derniers mois - Idéation la plus grave :</p> <p style="margin-left: 20px;">N° du type (1 à 5) _____ Description de l'idéation _____</p>	Idéation la plus grave	Idéation la plus grave
<p>Fréquence Combien de fois avez-vous eu ces pensées ? (1) Moins d'une fois par semaine (2) Une fois par semaine (3) 2 à 5 fois par semaine (4) Tous les jours ou presque (5) Plusieurs fois par jour</p>	_____	_____
<p>Durée Lorsque vous avez ces pensées, combien de temps durent-elles ? (1) Quelques instants : quelques secondes ou quelques minutes (4) 4 à 8 heures/une grande partie de la journée (2) Moins d'une heure/un certain temps (5) Plus de 8 heures/en permanence ou tout le temps (3) 1 à 4 heures/longtemps</p>	_____	_____
<p>Maîtrise des pensées suicidaires Pourriez-vous/pouvez-vous arrêter de penser au suicide ou à votre envie de mourir si vous le voul(iez) ? (1) Maîtrise facilement ses pensées. (4) Capable de maîtriser ses pensées avec de grandes difficultés. (2) Capable de maîtriser ses pensées avec de légères difficultés. (5) Incapable de maîtriser ses pensées. (3) Capable de maîtriser ses pensées avec quelques difficultés. (0) N'essaie pas de maîtriser ses pensées.</p>	_____	_____
<p>Éléments dissuasifs Y a-t-il quelque chose ou quelqu'un (par ex. votre famille, votre religion ou la douleur au moment de la mort) qui vous a dissuadé(e) de vouloir mourir ou de mettre à exécution vos pensées suicidaires ? (1) Des éléments dissuasifs vous ont véritablement empêché(e) de tenter de vous suicider. (4) Vous n'avez très probablement été arrêté(e) par aucun élément dissuasif. (2) Des éléments dissuasifs vous ont probablement arrêté(e). (5) Les éléments dissuasifs ne vous ont pas du tout arrêté(e). (3) Vous ne savez pas si des éléments dissuasifs vous ont arrêté(e). (0) Sans objet</p>	_____	_____
<p>Causes de l'idéation Quelles sont les raisons pour lesquelles vous avez souhaité mourir ou vous suicider ? Était-ce pour faire cesser la douleur ou bien pour ne plus ressentir votre mal-être (en d'autres termes, vous ne pouviez pas continuer à vivre avec cette douleur ou ce mal-être), ou bien pour attirer l'attention, vous venger ou faire réagir les autres ? Ou tout cela à la fois ? (1) Uniquement pour attirer l'attention, vous venger ou faire réagir les autres. (4) Principalement pour faire cesser la douleur (vous ne pouviez pas continuer à vivre avec cette douleur ou ce mal-être). (2) Principalement pour attirer l'attention, vous venger ou faire réagir les autres. (5) Uniquement pour faire cesser la douleur (vous ne pouviez pas continuer à vivre avec cette douleur ou ce mal-être). (3) Autant pour attirer l'attention, vous venger ou faire réagir les autres que pour faire cesser la douleur. (0) Sans objet</p>	_____	_____

COMPORTEMENT SUICIDAIRE (Cochez toutes les cases correspondant à des événements distincts ; le sujet devra être interrogé sur tous les types de comportements)		Depuis la naissance		Au cours des 3 derniers mois	
<p>Tentative avérée : Acte potentiellement auto-agressif commis avec l'intention plus ou moins forte de mourir <i>suite à cet acte</i>. Ce comportement a été en partie envisagé comme moyen de se suicider. L'intention suicidaire n'est pas nécessairement de 100 %. Si une intention/volonté quelconque de mourir est associée à l'acte, celui-ci pourra être qualifié de tentative de suicide avérée. La présence de blessures ou de lésions n'est pas obligatoire, mais seulement potentielle. Si la personne appuie sur la gâchette d'une arme à feu placée dans sa bouche, mais que cette arme ne fonctionne pas et qu'aucune blessure n'est engendrée, cet acte sera considéré comme une tentative. Intention présumée : même si la personne nie son intention/sa volonté de mourir, on peut supposer d'un point de vue clinique l'existence de cette intention/volonté d'après le comportement ou les circonstances. Par exemple, un acte pouvant entraîner une mort certaine et ne relevant clairement pas d'un accident, de sorte qu'il ne peut être assimilé qu'à une tentative de suicide (par ex. balle tirée dans la tête, défenestration d'un étage élevé). On peut également présumer une intention de mourir lorsqu'une personne nie son intention de mourir, tout en indiquant qu'elle pensait que ce qu'elle faisait pouvait être mortel.</p> <p>Avez-vous fait une tentative de suicide ? Avez-vous cherché à vous faire du mal ? Avez-vous fait quelque chose de dangereux qui aurait pu entraîner votre mort ? Qu'avez-vous fait ? Avez-vous _____ dans le but de mettre fin à vos jours ? Voulez-vous mourir (même un peu) quand vous _____ ? Avez-vous tenté de mettre fin à vos jours quand vous _____ ? Ou avez-vous pensé que vous pouviez mourir en _____ ? Ou l'avez-vous fait uniquement pour d'autres raisons/sans AUCUNE intention de vous suicider (par exemple pour être moins stressé(e), vous sentir mieux, obtenir de la compassion ou pour que quelque chose d'autre arrive) ? (Comportement auto-agressif sans intention de suicide) Si oui, décrivez :</p>		<p>Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nombre total de tentatives _____</p> <p>Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		<p>Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nombre total de tentatives _____</p> <p>Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>Le sujet a-t-il eu un comportement auto-agressif non suicidaire ?</p> <p>Tentative interrompue : Interruption (par des facteurs extérieurs) de la mise en œuvre par la personne d'un acte potentiellement auto-agressif (<i>sinon, une tentative avérée aurait eu lieu</i>).</p> <p>Surdosage : la personne a des comprimés dans la main, mais quelqu'un l'empêche de les avaler. Si elle ingère un ou plusieurs comprimés, il s'agit d'une tentative avérée plutôt que d'une tentative interrompue. Arme à feu : la personne pointe une arme vers elle, mais l'arme lui est reprise par quelqu'un, ou quelque chose l'empêche d'appuyer sur la gâchette. Si elle appuie sur la gâchette et même si le coup ne part pas, il s'agit d'une tentative avérée. Saut dans le vide : la personne s'apprête à sauter, mais quelqu'un la retient et l'éloigne du bord. Pendaison : la personne a une corde autour du cou mais ne s'est pas encore pendue car quelqu'un l'en empêche.</p> <p>Vous est-il arrivé de commencer à faire quelque chose pour tenter de mettre fin à vos jours, mais d'en être empêché(e) par quelqu'un ou quelque chose avant de véritablement passer à l'acte ? Si oui, décrivez :</p>		<p>Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nombre total de tentatives interrompues _____</p> <p>Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		<p>Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nombre total de tentatives interrompues _____</p> <p>Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>Tentative avortée : La personne se prépare à se suicider, mais s'interrompt d'elle-même avant d'avoir réellement eu un comportement autodestructeur. Les exemples sont similaires à ceux illustrant une tentative interrompue, si ce n'est qu'ici la personne interrompt d'elle-même sa tentative au lieu d'être interrompue par un facteur extérieur.</p> <p>Vous est-il arrivé de commencer à faire quelque chose pour tenter de mettre fin à vos jours, mais de vous arrêter de vous-même avant de véritablement passer à l'acte ? Si oui, décrivez :</p>		<p>Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nombre total de tentatives avortées _____</p> <p>Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		<p>Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nombre total de tentatives avortées _____</p> <p>Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>Préparatifs Actes ou préparatifs en vue d'une tentative de suicide imminente. Il peut s'agir de tout ce qui dépasse le stade de la verbalisation ou de la pensée, comme l'élaboration d'un moyen spécifique (par ex. se procurer des comprimés ou une arme à feu) ou la prise de dispositions en vue de son suicide (par ex. dons d'objets, rédaction d'une lettre d'adieu).</p> <p>Avez-vous pris certaines mesures pour faire une tentative de suicide ou pour préparer votre suicide (par ex. rassembler des comprimés, vous procurer une arme à feu, donner vos objets de valeur ou écrire une lettre d'adieu) ? Si oui, décrivez :</p>		<p>Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nombre total de tentatives avortées _____</p> <p>Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		<p>Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nombre total de tentatives avortées _____</p> <p>Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
		Tentative la plus récente Date :	Tentative la plus létale Date :	Première tentative Date :	
<p>Létalité/lésions médicales observées : 0. Aucune atteinte physique ou atteinte physique très légère (par ex. égratignures). 1. Atteinte physique légère (par ex. élocution ralentie, brûlures au premier degré, légers saignements, entorses). 2. Atteinte physique modérée nécessitant une prise en charge médicale (par ex. personne consciente mais somnolente, altération de la réactivité, brûlures au deuxième degré, saignement d'un vaisseau important). 3. Atteinte physique grave, hospitalisation nécessaire et soins intensifs probablement nécessaires (par ex. état comateux avec réflexes intacts, brûlures au troisième degré sur moins de 20 % de la surface corporelle, hémorragie importante mais sans risque vital, fractures importantes). 4. Atteinte physique très grave, hospitalisation et soins intensifs nécessaires (par ex. état comateux avec absence de réflexes, brûlures au troisième degré sur plus de 20 % de la surface corporelle, hémorragie importante associée à une instabilité des signes vitaux, atteinte majeure d'un organe vital). 5. Décès</p>		Inscrire le code correspondant _____	Inscrire le code correspondant _____	Inscrire le code correspondant _____	
<p>Létalité potentielle : ne répondre que si la létalité observée = 0 Létalité probable d'une tentative avérée en l'absence de lésions médicales (exemples de tentatives n'ayant entraîné aucune lésion médicale, mais pouvant potentiellement présenter un degré très élevé de létalité : la personne place le canon d'une arme à feu dans sa bouche, appuie sur la gâchette, mais le coup ne part pas et aucune lésion médicale n'est engendrée ; la personne s'allonge sur les rails à l'approche d'un train mais est relevée par quelqu'un avant d'être écrasée). 0 = Comportement peu enclin à engendrer des blessures 1 = Comportement susceptible d'engendrer des blessures mais ne pouvant causer la mort 2 = Comportement susceptible de causer la mort malgré des soins médicaux disponibles</p>		Inscrire le code correspondant _____	Inscrire le code correspondant _____	Inscrire le code correspondant _____	

Source : HAS, Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge. Acteurs de soins de première ligne, 2021.

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »



Evaluation de l'utilisation du BITS test dans le cadre du dépistage du risque suicidaire des adolescents en médecine générale

OBJECTIF : Le suicide des adolescents est un enjeu majeur de santé publique, exacerbé depuis la pandémie de Covid-19. Sa prévention nécessite un dépistage précoce du mal-être par le médecin généraliste, praticien le plus consulté par l'adolescent. Le BITS test est un outil d'alerte validé et recommandé dans la détection du risque suicidaire de l'adolescent de 13 à 18 ans en soins primaires. Le ressenti des médecins généralistes d'Ile-de-France sur l'utilisation de ce test est positif, mais il n'a pas été quantifié. Le but de l'étude est d'évaluer l'utilisation du BITS test par les médecins généralistes d'Ile-de-France après sensibilisation.

MÉTHODE : Etude observationnelle descriptive prospective en soins primaires sur l'utilisation pratique du BITS test par les médecins généralistes franciliens chez les adolescents de 13 à 18 ans. Trois étapes : courte formation des médecins généralistes sur le BITS test, puis utilisation de cet outil en consultation pendant trois mois et enfin réponse à un questionnaire concernant cette utilisation.

RÉSULTATS : Entre mars et décembre 2022, 57 médecins généralistes ont été inclus : 56 ont été formés au BITS test et 53 ont répondu au questionnaire après trois mois d'utilisation. Le BITS test a été utilisé par 79,2% des médecins généralistes formés. Ils estiment que cet outil les aide à ouvrir la discussion sur le mal-être et à montrer à l'adolescent qu'ils sont des interlocuteurs privilégiés en cas de besoin. La présence parentale est considérée par les médecins généralistes comme le principal frein à l'utilisation du BITS test en consultation.

CONCLUSION : Le BITS test est un outil simple de dépistage du risque suicidaire des adolescents de 13 à 18 ans, apprécié et utilisé par les médecins généralistes sensibilisés.

Spécialité :

Médecine Générale

Mots clés :

adolescent, santé mentale, suicide, médecine générale, prévention primaire

Forme :

Dissertation universitaire

Thèses et écrits académiques

**Université de Paris
UFR de médecine- Site Bichat
16, rue Henri Huchard 75018 Paris**