

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2021

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
07 octobre 2021 à Poitiers
par **Thomas Biasse**

Rémanence du BITS-test à 2 ans chez les médecins ayant participé à l'étude de validation en médecine générale

COMPOSITION DU JURY

Président :

P. Ingrand

Membres :

B. Freche

R. Audier

Directeur de thèse :

P. Binder

Remerciements

A M. Le Professeur Ingrand, pour l'intérêt qu'il a porté à ma thèse, l'aide apportée à l'élaboration du questionnaire, les vérifications des statistiques et l'honneur de présider ce jury.

A M. Le Professeur Freche, pour avoir accepté d'évaluer ce travail.

A M. le Docteur Audier, pour m'avoir tant appris au cours de mes stages puis soutenu par la suite.

A M. le Professeur Binder, pour m'avoir confié la responsabilité d'apporter une brique à l'édifice qu'il construit depuis tant d'années et fait approfondir un sujet si essentiel. Merci pour tout le temps et l'énergie consacrés à me diriger.

Aux docteurs Haller-Hester de Genève , Dr Heintz et Vanderkam de Poitiers pour l'aide apportée à l'élaboration du questionnaire

A M. le Docteur Bajon pour avoir accepté de répondre à mes questions sur la médecine scolaire et sur l'intérêt que pourrait avoir le BITS-test dans ce contexte.

A tous les médecins qui ont bien voulu me répondre.

A Alexis Dandurand pour l'aide apportée au travail statistique.

A Florent Gaillard, Aline Biasse et Marie Fleur Mégard pour les relectures.

A tous les soignants qui ont pu participer et qui continueront à participer à ma formation, et plus particulièrement aux Drs Dumas-Ream, Boisseau, Pintos, Romen et Perrotin qui, en tant que maîtres de stage m'ont montré une partie de la variété des pratiques en médecine générale.

A mes parents, pour le soutien indéfectible dont ils ont fait preuve pendant toutes mes études.

A mon frère Damien et sa compagne Audrey qui ont toujours été là pour moi.

A Marie Fleur, Alexandre, Simon, Olivier, Léonore, Marine, Aaël, Laurent, Mélanie, Lucie, les différents membres de MEDSI et tous ceux qui m'ont permis de persévérer dans cette discipline aussi dure que riche qu'est la médecine.

Aux membres du collectif Ekinox, pour m'avoir aidé à voir l'envers de la fête et m'avoir apporté une expérience qui enrichit ma pratique.

Aux membres de l'association Mamagabe et à tous les jongleurs que j'ai pu croiser qui m'avez appris que l'important n'est pas de ne jamais tomber mais de toujours savoir se relever.

Aux marins et navigateurs de tous horizons avec qui j'ai pu et je continuerai à braver les éléments.

Un remerciement spécial pour Morgan. Sache, d'où tu es, que tu n'es pas pour rien dans ma vocation.

Résumé :

OBJECTIF : En 2017, le BITS-Test, destiné à dépister de façon simple les idées suicidaires chez les adolescents en consultation de médecine générale, a montré qu'il était efficace. L'objectif de cette étude était de savoir, 2 ans plus tard, si et comment les médecins ayant participé à l'étude initiale l'utilisaient, quelles conséquences il a pu avoir pour leurs patients ainsi que leur ressenti.

METHODE : Les 100 médecins ayant participé à l'étude originale ont été contactés de juin 2019 à octobre 2020. Ils ont été invités à répondre par téléphone à un questionnaire élaboré par les membres de l'équipe de recherche initiale.

RESULTATS : Soixante-sept médecins ont pu fournir un questionnaire. Deux ans après l'étude initiale, la moitié des médecins utilisent un test de dépistage, BITS-test ou TSTS-cafard. Vingt pourcent a complètement intégré le BITS-test et 28% disent l'utiliser systématiquement ou souvent, tel qu'il est recommandé. L'autre moitié des praticiens préfère utiliser une approche personnelle, surtout basée sur le ressenti ainsi que la connaissance qu'ils pensent avoir- de leurs patients adolescents. Les utilisateurs du BITS-test découvrent significativement plus souvent une problématique suicidaire non connue que ceux se limitant à une approche personnelle. 78% des médecins l'ayant expérimenté le trouvent utile et intéressant et 70% en ont déjà parlé autour d'eux

CONCLUSIONS : Le test de dépistage des problématiques suicidaires des adolescents est bien accepté et utilisé par les médecins généralistes . Certains en restent à l'utilisation du TSTS-cafard. Quarante pourcent de ceux qui ont expérimenté le BITS-test continuent de l'utiliser deux ans plus tard

Introduction :

Le suicide des jeunes est un enjeu de santé publique. C'est la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans en 2018. En France, il est responsable de 16,2% des décès pour cette classe d'âge.(1)

Les tentatives sont nombreuses puisque, selon l'enquête ESPAD, en 2015, près d'un lycéen sur dix (9,5 %) a déclaré avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de sa vie, 3 % plusieurs(1). Seulement 22,3% déclarent avoir été hospitalisé par la suite.

Les idées suicidaires, sont, de fait, encore plus nombreuses et rarement connues. En effet, en 2014, chez les adolescents de 17 ans, 7,5 % des garçons et 13,3 % des filles reconnaissent avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois.(1)

Aujourd'hui, on admet que le suicide constitue l'extrême du continuum des conduites suicidaires. Le premier niveau du spectre étant constitué, à l'opposé, par les idées suicidaires. Ces comportements résultent d'interactions complexes entre les facteurs biologiques, cognitifs, psychopathologiques et environnementaux. Il existe aussi un rôle prépondérant des troubles mentaux. En effet, plus de 90 % des adolescents décédés par suicide ont un trouble mental selon le DSM-IV (2). Ces troubles mentaux entraînant une morbi-mortalité parallèle et indépendante.

Le médecin généraliste, en tant que praticien de premier recours, est un des piliers sur lequel l'action contre ces actes s'appuie. La prévention, le dépistage et la prise en charge des idées suicidaires font partie de ses missions. Si les adolescents représentent 13% de la population, seules 8% des consultations médicales sont faites pour eux.(3)

Cependant ils consultent quand même régulièrement puisqu'ils sont 68,7% à avoir consulté un médecin dans les 30 jours avant l'enquête et 94,7% dans l'année.(4)

Cependant une partie importante des généralistes se sent peu à l'aise avec cette partie de sa pratique.(5)(6)

Intervenir précocement réduit le risque de passage à l'acte(2). C'est pourquoi des outils de dépistage du risque suicidaire ont été créés, comme le BITS-Test en 2016.(7)(8)

Ce test a ensuite été validé en médecine générale dans une étude en pratique courante(9)

En 2018, une étude(10) réalisée par le biais d'un questionnaire adressé aux médecins généralistes d'Ile-de-France a évalué leur utilisation du TSTS-cafard et du BITS-test. Elle conclue qu'ils ne sont utilisés qu'en cas de suspicion de mal-être. Les principaux freins évoqués à l'utilisation du TSTS-cafard étaient le manque de communication à propos de l'outils, la présence parentale, ainsi que la longueur et la difficulté du test .

Le BITS-test permet une diminution de ce dernier frein, étant considéré comme plus simple et plus rapide.

Les médecins généralistes utilisent-ils le BITS-test tel qu'il est recommandé en consultation ? S'ils l'utilisent, de quelle manière ? S'ils ne l'utilisent pas, quelle méthode préfèrent-ils et quelles sont les raisons qu'ils invoquent ?

Matériel et méthode :

Nous avons recontacté les médecins ayant participé à l'étude validant le BITS-test en pratique courante(9) 2 à 3 ans après (de juin 2019 à octobre 2020) afin de recueillir leur usage effectif, les conséquences qu'il a eu pour leurs patients ainsi que leur ressenti.

Les médecins ayant participé à l'étude de validation du BITS-test ont été recontactés par téléphone via leur secrétariat. Un message leur était laissé si leur secrétariat avait pour consigne de filtrer ce genre d'appel. Pour augmenter le taux de réponse, les appels ont été répétés à plusieurs reprises (minimum deux fois par médecin) et un mail a été envoyé aux derniers non répondants. La consigne était de ne pas mentionner le BITS-test avant de passer le questionnaire qu'on peut retrouver en annexe 2. Les conversations audio ont été enregistrées puis retranscrites sur un fichier Excel.

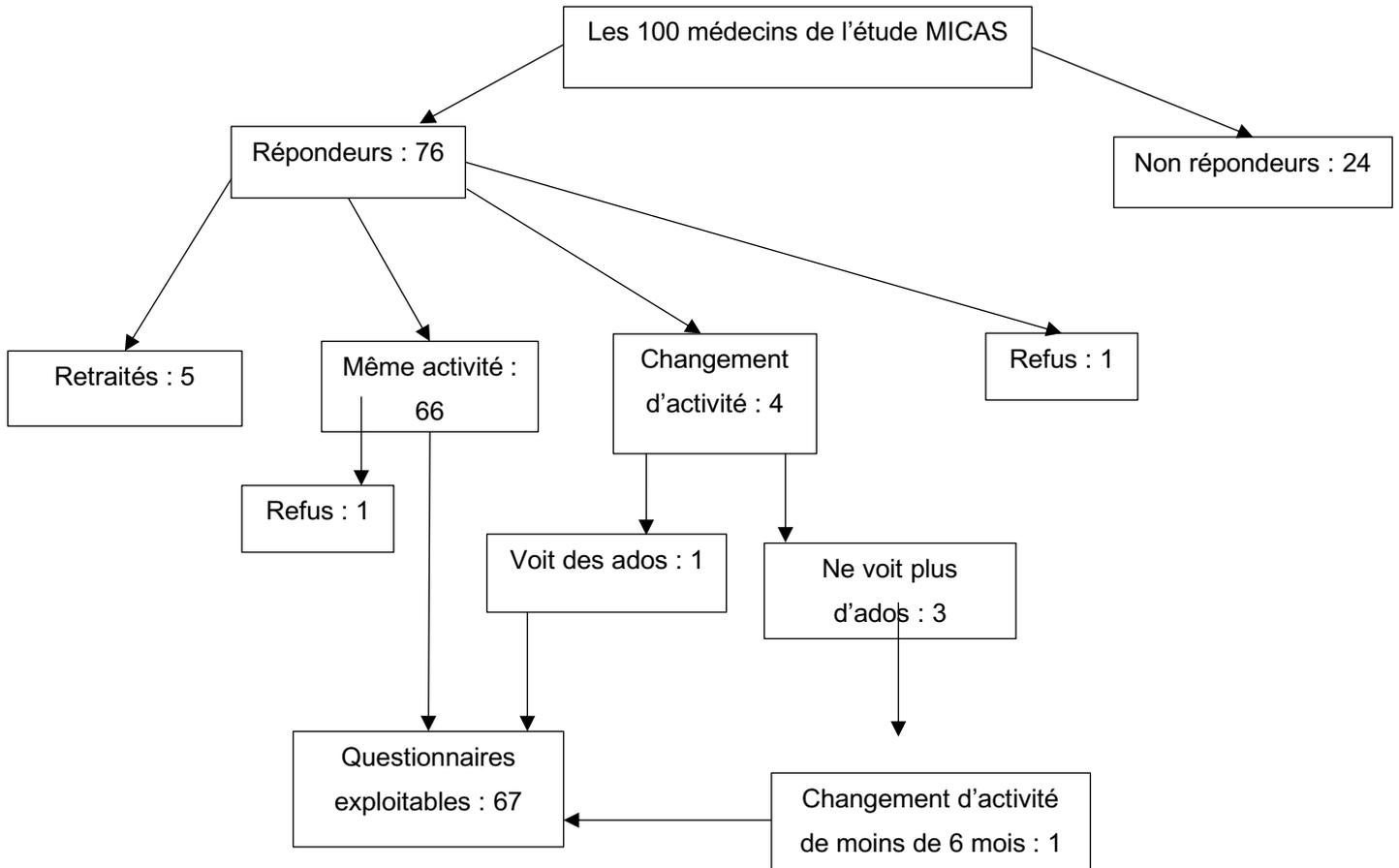
L'analyse des données a été effectuée via Excel.

Les tests de significativité ont été menés via le logiciel GraphPadPrism en utilisant un test exact de Fischer.

Résultats :

Au total sur 100 médecins contactés, 67 ont fourni un questionnaire exploitable. La figure 1 montre la répartition et les raisons des exclusions.

Figure 1 : diagramme d'inclusion



94% des médecins généralistes voient plus d'un ado par semaine.

Dans cet échantillon, 1 médecin sur 5 (20%) a mémorisé complètement le test quand 2 sur 5 (43%) ne s'en rappellent pas.

Plus d'un sur 3 (36%) connaît chacun des premiers items.

La moitié utilise un test de dépistage (BITS-test OU TSTS-cafard) et 40% souvent ou systématiquement.

Pour le BITS-test spécifiquement plus d'un sur 3 (35%) l'utilise encore et 28% souvent ou systématiquement.

La moitié (48%) dit avoir découvert des conduites ou idées suicidaires ignorées.

1/4 (27%) dit avoir découvert des problématiques de scarifications ignorées.

Plus des $\frac{3}{4}$ des MG le trouvent très utile et intéressant (note 4 ou 5 /5).

70% en ont parlé à leurs collègues ou étudiants.

40% pensent que certains ou la plupart l'ont essayé.

Tableau 1 : Rémanence du BITS-test chez les médecins ayant participé à sa validation 3 ans auparavant.

Question posée	Réponses proposées	Nombre(%)	
Nombre de Médecins répondeurs	<i>a répondu</i>	76 (76)	
	<i>n'a pas répondu</i>	24 (24)	
Activité des médecins	<i>même activité</i>	66 (87)	
	<i>retraités</i>	5 (7)	
	<i>changement d'activité sans ado</i>	3 (4)	
	<i>changement d'activité avec ado</i>	1 (1)	
	<i>autre</i>	1 (1)	
Contact	<i>oui</i>	62 (91)	
	1-« Vous souvenez vous de l'étude... ? »	<i>non</i>	4 (6)
		<i>n'a pas participé</i>	2 (3)
	3-« Acceptez-vous de répondre à quelques questions ?»	<i>oui</i>	67 (99)
	4-« A quelle fréquence rencontrez-vous les 13-18 ans en consultation ?	<i><1/semaine</i>	4 (6)
	<i>1-4/semaine</i>	32 (48)	
	<i>>4/semaine</i>	31 (46)	
5-« Ce test s'appelle BITS, vous souvenez-vous des 4 mots que ces lettres suggèrent ? Pouvez-vous me les dire ? »	<i>oui</i>	13 (20)	
	<i>partiellement</i>	15 (22)	
	<i>non</i>	39 (58)	
6-« Et les 8 questions qui en découlent ? Pouvez-vous me les dire ? »	<i>oui</i>	13 (20)	
	<i>partiellement</i>	25 (37)	
	<i>non</i>	29 (43)	
Utilisation	7-Brimade	<i>oui</i>	24 (36)
	8-Insomnie	<i>oui</i>	25 (37)
	9-Tabac	<i>oui</i>	25 (37)
	10-Stress	<i>oui</i>	25 (37)
	11-Brimades hors école ou internet	<i>oui</i>	15 (22)
	12-Cauchemars	<i>oui</i>	15 (22)
	13-Tabac quotidien	<i>oui</i>	12 (18)
	14-Famille ou/et scolaire	<i>oui</i>	15 (22)
	15-«Utilisez-vous toujours le un test chez les ados ? »	<i>systématiquement</i>	10 (15)
		<i>souvent</i>	17 (25)
<i>parfois</i>		7 (11)	
<i>jamais</i>		33 (49)	

Question posée	Réponses proposées	Nombre(%)
17-«L'usage d'un test a-t-il révélé des conduites ou idées suicidaires que vous ignoriez ?	<i>plus de 3 fois</i>	11 (16)
	<i>2-3 fois</i>	16 (24)
	<i>1 fois</i>	5 (8)
	<i>jamais</i>	35 (52)
Conséquences 19-« L'usage d'un test a-t-il révélé des conduites auto agressives ou des scarifications que vous ignorez ? »	<i>plus de 3 fois</i>	5 (8)
	<i>2-3 fois</i>	4 (6)
	<i>1 fois</i>	9 (13)
	<i>jamais</i>	34 (51)
	<i>données manquantes</i>	15 (22)
24- « Pouvez-vous noter le niveau de votre intérêt pour ce test sur une échelle de 0 à 5 ? »	5	28 (42)
	4	24 (36)
	3	7 (10,5)
	2	5 (7)
	1	1 (1,5)
	0	1 (1,5)
	<i>données manquantes</i>	1 (1,5)
26-« En avez-vous parlé à des confrères, collaborateurs ou étudiants ? »	<i>oui</i>	47 (70)
	<i>non</i>	17 (25)
	<i>pas de réponse</i>	3 (5)
27-« Si oui, savez-vous s'ils l'ont essayé ? »	<i>oui. La plupart</i>	11 (16)
	<i>oui. Certains</i>	16 (24)
	<i>non. Pas à ma connaissance</i>	9 (14)
	<i>je ne sais pas</i>	31 (46)
Ressenti		

Près d'1/4 (24%) du total soit plus des 2/3 (67%) des utilisateurs du BITS-test disent avoir découvert des problématiques suicidaires ignorées en utilisant le BITS contre 56% pour ceux qui sont restés au TSTS-cafard (différence non significative).

A l'opposé, 27% des utilisateurs d'une approche personnelle n'utilisant pas le repérage par BITS-test ou TSTS-cafard (incluant l'absence totale de dépistage) ont découvert des problématiques suicidaires ignorées ($p=0,0063$).

Tableau 2 : Parmi les 67 médecins généralistes interrogés, comparons 3 types d'approche sur les ISTS

Nombre ISTS dépistées	BITS (%)	TS-TS (%)	Via approche perso (%)	<i>p</i>
N=67	24	9	34	
données manquantes	0 (0)	0 (0)	1 (3)	
plus de 3 fois	7 (29)	2(22)	2 (6)	
2-3 fois	6 (25)	2 (22)	7 (21)	
1 fois	3 (13)	1 (11)	0 (0)	
total > 0 fois	16 (67)	5 (56)	9 (27)	<i>0,011</i>
jamais	8 (33)	4 (45)	24 (70)	

En ce qui concerne les scarifications, 16% du total soit plus de la moitié (52%) des utilisateurs du BITS-test disent avoir découvert des scarifications ignorées en utilisant le BITS-test contre 37,5% pour ceux qui sont restés au TSTS-cafard (différence non significative).

A l'opposé, 17% des utilisateurs d'une approche personnelle n'utilisant pas le repérage par BITS-test ou TSTS-cafard (incluant l'absence totale de dépistage) ont découvert des problématiques de scarification ignorées ($p=0,025$).

Tableau 3 : Parmi les 67 médecins généralistes interrogés, comparons 3 types d'approche sur les scarifications.

Nombre scarifications dépistées	BITS (%)	TS-TS (%)	Approche perso (%)	<i>p</i>
N=67	24	9	34	
données manquantes	3 (4,5)	1 (1,5)	11 (16)	
plus de 3 fois	3 (14)	0 (0)	2 (9)	
2-3 fois	2 (9,5)	1 (12,5)	1 (4)	
1 fois	6 (28,5)	2 (25)	1 (4)	
total > 0 fois	11 (52)	3 (37,5)	4 (17)	<i>0,054</i>
jamais	10 (48)	5 (62,5)	19 (83)	

Dans le tableau 4 nous pouvons voir que près de la moitié des médecins (45%) n'utilise pas le BITS-test en tant que test de dépistage mais plutôt comme outil diagnostique en cas de signe d'alerte clinique ou d'intuition au préalable.

Quant à ceux qui ne l'utilisent pas systématiquement en dépistage, 70% invoquent une approche personnelle dont 12% du total est resté au TSTS-cafard. Environ 16% se désintéressent de la question quand 8% sont gênés par les circonstances qu'il s'agisse du tiers présent, de l'aspect chronophage ou du fait qu'ils voient peu d'adolescents.

Tableau 4 : justifications de l'utilisation ou non du BITS-test

Questions	Réponses possibles	Nombre (%)	% parmi utilisateurs non systématiques
usage BITS	systématiquement	10 (15)	
	souvent	9 (13)	
	parfois	5 (7)	
	jamais	43 (64)	
oui si	alerte clinique préalable	26 (39)	46
	dépistage tout venant	31 (46)	54
non car	désintérêt	9 (13)	16
	Autre approche (personnelle ou TS-TS)	40 (60)	70
	circonstances défavorables	5 (7)	9
	chronophage	3 (4)	5
	gêné par un tiers	3 (4)	5
	peu d'ados	2 (3)	4

En ce qui concerne les prises en charge, 13% disent ne pas voir d'adolescents à risque. Parmi le reste, 64% se sentent à l'aise pour proposer le suivi, que cela soit seul ou conjoint avec un suivi spécialisé. Les institutions, qu'il s'agisse de CMP, maisons des ados, associations,... sont sollicitées en premier lieu ; 84% des médecins y adressent leurs adolescents à risque. Les correspondants libéraux (psychiatre ou psychologue) ont, quant à eux, la faveur de 40% des généralistes.

En répondant à la question sur les motivations de leur choix, les praticiens se positionnent d'abord en fonction de la gravité et du degré d'urgence des idées suicidaires de l'adolescent, puis, en l'absence d'urgence, en fonction du lien avec l'adolescent et des disponibilités des différents correspondants.

Enfin, 14%, ont critiqué les délais d'attente pour les CMPEA.

Quand on demande aux médecins interrogés de développer ce qu'ils pensent de l'utilité du test (question 25), plusieurs schémas reviennent. En premier lieu, 8 critiquent la formalisation par un test d'une forme d'interrogatoire ciblé. Pour 4 c'est une critique négative, qui semble utilisée comme justification de leur manque d'intérêt pour le test (9 notes \leq à 2). Pour 4, c'est une critique positive, la formalisation permettant un aspect pédagogique et une meilleure mémorisation des questions à poser, même si, avec la pratique, la majorité s'en détache pour poser les questions tout au long de la consultation, c'est d'ailleurs l'objectif à atteindre. Ensuite, 2 soulignent l'intérêt du test pour ouvrir la consultation vers l'aspect psychologique, rarement évoqué d'emblée par les adolescents eux-mêmes. Enfin, 3 ont souligné la pertinence du test en commentant leur note par des appréciations la valorisant (exemple : «pour pas dire 5 »).

Les remarques des médecins sur la problématique du suicide chez les adolescents et leur dépistage (question 28 : « avez-vous des remarques à ajouter ? ») mettent en avant plusieurs suggestions :

- l'intégration au logiciel métier ou à un support (électronique ou non) adapté à la pratique de chacun,
- l'utilisation par les infirmières scolaires et la nécessité de travailler en réseau avec les médecins scolaires et les CMP,
- l'intérêt d'une consultation de prévention dédiée aux adolescents plutôt que des consultations pour les licences de sport,
- la nécessité d'aborder le sujet et d'être sollicité régulièrement,
- l'importance de poser les questions avec liberté et bienveillance,
- prévoir une consultation spécifique quand le test est positif.

Cette question a aussi permis à 10 médecins généralistes d'exprimer leurs difficultés :

- en lien avec le public adolescents (impulsivité, problématique du tiers, faible fréquence de consultation, formation initiale avec ce public insuffisante),
- en lien avec le temps à prendre (pour la formation continue, à cause de problématique de démographie médicale).

Plusieurs médecins ont intégré le test à une « consultation type » pour les adolescents, comprenant aussi des questions sur la sexualité et les addictions

Un des médecins interrogés a eu un adolescent suicidé dans l'année précédente, avec un nombre de consultation pour des problèmes somatiques important. Il a exprimé son regret de ne pas avoir utilisé le test et su dépister la souffrance avant le passage à l'acte.

Enfin un des médecins interrogés trouve qu'il serait intéressant de comprendre pourquoi les généralistes acceptent mal les « règles » formelles.

Discussion

Résultats principaux

- Deux ans après avoir utilisé ou expérimenté le BITS-test, la moitié des médecins utilisent un test de dépistage, BITS-test ou TSTS-cafard. 1 sur 5 a complètement intégré le BITS-test et 28% disent l'utiliser systématiquement ou souvent, tel qu'il est recommandé.
- L'autre moitié des praticiens préfère utiliser une approche personnelle, surtout basé sur le ressenti ainsi que la connaissance qu'ils pensent avoir- de leurs patients adolescents.
- Il existe une différence significative entre les utilisateurs du BITS-test et ceux d'une approche personnelle concernant le nombre de médecins ayant découvert une problématique suicidaire. Les médecins utilisant le BITS-test voient plus d'adolescents avec des problématiques suicidaires. Cependant il est difficile de savoir si c'est parce qu'ils en dépistent un meilleur taux ou bien si la prévalence plus forte parmi leur population de patients les a incité à utiliser cet outils. De plus, l'utilisation d'outils de dépistage peut indiquer une meilleure sensibilisation des praticiens à l'approche psychologique des adolescents(6) et donc une meilleure capacité de communication avec eux, ce qui favorise, en dehors même de l'utilisation du test, la possibilité de se confier pour le jeune(11)
- En ce qui concerne le ressenti, une importante majorité le trouve utile et intéressant et 70% en ont déjà parlé autour d'eux.

Forces et limites : validité interne

Cette étude souffre de nombreuses limites

En premier lieu, la population étudiée a été choisie parmi un panel de médecins ayant déjà participé une étude sur le sujet, ce qui explique en partie une utilisation plus importante du test que dans la population générale de médecins. C'en est aussi la force car cela permet d'avoir les premiers résultats à distance de l'utilisation de ce test chez la population qui en a été la première informée.

Tout le recueil des données est déclaratif et est donc influencé par ce mode de recueil. Cela entraîne un biais de désirabilité sociale : les médecins ont pu déclarer non pas ce qu'ils faisaient, mais ce que l'interrogateur souhaitaient entendre. Cela pourrait expliquer la différence entre les 22% qui se souviennent de toutes les questions et les 40% qui déclarent l'utiliser. Cependant, certains ont expliqué cette différence par l'utilisation d'un support pour éviter la mémorisation (site internet, intégration au logiciel, support papier...)

Le recueil des données s'est étalé sur 14 mois. Cependant les premiers questionnaires ont été passés au moins 2 ans après la première étude

Le questionnaire initial a été partiellement modifié, en cours d'étude, pour poursuivre les questions pour les non-utilisateurs du BITS-test, notamment pour les utilisateurs du TSTS-cafard et ceux d'une approche personnelle. Cela a entraîné une absence de données pour certaines questions. La petite taille du groupe TSTS-cafard ne permet pas d'avoir une puissance suffisante pour le comparer significativement avec les autres groupes. Statistiquement, le nombre important de données

manquantes pour les scarifications (22%) entraîne un risque de non-représentativité des données recueillies.

De plus, il s'agit d'un lien statistique ne permettant pas de déterminer de causalité. Cela reste cependant un signal fort supplémentaire amenant à prouver que l'utilisation du BITS-test permet de dépister plus précocement des problématiques suicidaires qu'une approche personnelle.

Validité externe

A notre connaissance, c'est la première étude à évaluer l'utilisation et le ressenti du BITS-test par des médecins généralistes à distance de l'apprentissage de ce test. Cependant, V. Girard a évalué le TSTS-cafard en 2018. Une présentation et un recueil d'avis sur le BITS-test venait compléter son étude(10). Suite à l'étude préalablement citée, 13,7% comptaient l'utiliser souvent ce qui est bien inférieur aux 40% de notre étude. A l'inverse, 65% déclaraient qu'ils pourraient parfois s'en servir alors qu'ils ne sont que 11% dans notre étude. Cette différence peut s'expliquer par la différence de population entre les études ainsi que par le biais déclaratif. De plus il semblerait que la majeure partie des médecins qui intègre une démarche de prévention à leur pratique le fasse ensuite régulièrement. On peut rapprocher cela d'une forme nuancée de « tout ou rien » avec soit l'intégration de la démarche à la pratique régulière soit pas d'intégration du tout. Enfin, les jeunes médecins intègrent mieux la prévention que leurs aînés (12)(10)

Dans notre échantillon, la moitié des médecins utilise un test de dépistage, BITS-test ou TSTS-cafard confondus alors qu'ils sont environ 30% dans un échantillon pris au hasard(10).

L'utilisation fréquente du BITS-test et du TSTS-cafard ensemble est de 40% dans notre échantillon. C'est bien supérieur à celle du baromètre santé 2009 où elle est de 14,1% pour l'utilisation fréquente d'un test de dépistage par questionnaire préétabli (12). Cela peut s'expliquer par les biais précédemment cités mais aussi par une augmentation des pratiques de prévention par les médecins généralistes depuis 2009. Cela avait déjà été le cas entre 2003 et 2009 avec une augmentation de 5,3% à 14,1%(12). Enfin, l'enjeu dramatique de ce test peut aussi expliquer une surutilisation comparativement à d'autres questionnaires.

Perspectives

Les remarques des médecins ont fourni plusieurs suggestions :

- L'intégration au logiciel métier a pu être faite sur certains logiciels paramétrables par certains médecins. Elle nécessiterait un démarchage auprès de chaque développeur pour être mise en place dans les versions standards de ces logiciels. Cependant, pendant la durée de l'étude, le développeur de l'application gratuite « medicalcul » a pu ajouter le BITS-test à l'application.
- L'intégration d'une consultation de prévention adolescent à la consultation de délivrance d'un certificat sportif.
- Plus spécifiquement, après un entretien avec JB. Bajon, médecin scolaire, le BITS-test mériterait une évaluation en médecine scolaire par les infirmières scolaires afin de développer son utilisation dans ce cadre. Son efficacité pourrait se trouver renforcée par plusieurs

phénomènes : proximité du public visé et consultation plus fréquente des ados, absence des parents, meilleure connaissance du harcèlement scolaire ou du tabagisme du fait des observations parallèles des équipes éducatives...

Par ailleurs,

- Le BITS-test aurait, d'après notre étude, une meilleure capacité de détection des idées suicidaires et des scarifications que les approches personnelles n'utilisant pas de questionnaires préétablis. Cependant, la méthodologie choisie ne permet pas de l'affirmer avec certitude. De plus, il faudrait mettre en évidence que ce dépistage précoce entraîne bien une réduction de la morbi-mortalité psychiatrique. Si les suicides réussis sont des événements trop rares pour qu'une étude puisse détecter leur réduction grâce à un test de dépistage, ce n'est pas le cas des tentatives. On pourrait imaginer une étude comparant le nombre de TS effectives entre les patients des médecins utilisateurs du BITS-test et ceux d'utilisateurs d'autres méthodes n'utilisant pas de questionnaire préétabli.
- L'utilisation du BITS-test pourrait être évaluée et développée dans les services d'urgence, 10% des adolescents y consultant présentant une dépression avérée par le score ADRS(13)
- De nombreuses études ont montré que la promotion d'outils de dépistage du risque suicidaire auprès des médecins généralistes améliorent leur taux d'utilisation. Plusieurs méthodes simples et rapides comme une journée de formation, un entretien oral de 30 minutes, l'envoi de plaquettes informatives ont montré leur efficacité(14),(2),(15)

Conclusion

Le BITS-test est un outil efficace de dépistage des idées suicidaires en médecine générale. Il paraît plus efficace que les approches personnelles des différents praticiens. Il est bien accepté par les médecins généralistes. D'autres études sont nécessaires pour affirmer avec certitude son impact sur la morbidité et la mortalité. Par ailleurs, il reste à définir son intérêt chez les autres acteurs des soins primaires.

Bibliographie

1. observatoire national du suicide. Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence. DREES, santé publique France, fev 2018.
2. Mirkovic B, Belloncle V, Rousseau C, Knafo A, Guilé J-M, Gérardin P. Stratégies de prévention du suicide et des conduites suicidaires à l'adolescence : revue systématique de la littérature. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. janv 2014;62(1):33-46.
3. Auvray L, Le Fur Ph. Adolescents : état de santé et recours aux soins. *Bulletin d'information en économie de la santé*. CREDES. mars 2002;49.
4. Jousset C, Cosquer M, Hassler C. Portraits d'adolescents : enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013. INSERM, mars 2015.
5. Younes N, Chee CC, Turbelin C, Hanslik T, Passerieux C, Melchior M. Particular difficulties faced by GPs with young adults who will attempt suicide: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract*. déc 2013;14(1):68.
6. Cockburn K, Bernard P. Child and Adolescent Mental Health within Primary Care: A Study of General Practitioners Perceptions. *Child Adolesc Ment Health*. Fev 2004; 9(1):21-24.
7. Baux-Cazal L, Gokalsing E, Amadeo S, Messiah A. Prévention des conduites suicidaires de l'enfant de moins de 13 ans : une revue de la littérature. *L'Encéphale*. mai 2017;43(3):273-80.
8. Vic P, Ramé E, Robert-Dehault A, Henry S, Le Moigno L, Hébert J. Repérage des conduites à risque et des symptômes dépressifs chez les adolescents admis en service d'accueil des urgences. *Archives de Pédiatrie*. juin 2015;22(6):580-94.
9. Binder P, Heintz AL, Haller DM, Favre AS, Tudrej B, Ingrand P, Vanderkam P. Detection of adolescent suicidality in primary care: an international utility study of the bullying-insomnia-tobacco-stress test. *Early Interv Psychiatry*. 2020 Feb;14(1):80-86.
10. Girard V. Evaluation de l'utilisation des outils TSTS-CAFARD et BITS TEST dans le cadre du dépistage du risque suicidaire chez l'adolescent en médecine générale [thèse : med]. Paris : Sorbonne; 2018.
11. Lacotte-Marly E. Les jeunes et leur médecin traitant : Pour une Meilleure Prise en Charge des Conduites à Risque. [thèse : med]. Paris : René Descartes; 2004.
12. Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: INPES éd; 2011. (Baromètres santé).
13. Stheneur C, Sznajder M, Guyot C, Martin S, Nathanson S, Kerbourc'h S, et al. Les urgences, un lieu de repérage des adolescents en difficulté. *Archives de Pédiatrie*. juin 2014;21(6):593-600.
14. Bouillot M. Dépistage du mal-être des adolescents en médecine générale intérêt de l'utilisation du TSTS-cafard [thèse : med] Nantes : Faculté de médecine; 2008.
15. Pfaff JJ, Acres JG, McKelvey RS. Training general practitioners to recognise and respond to psychological distress and suicidal ideation in young people. *Medical Journal of Australia*. mars 2001;174(5):222-6.

Annexe 1 : Le BITS-test

Il consiste à poser 4 questions initiales à tous les adolescents consultant en médecine générale. Chaque réponse positive (=1point), est suivie d'une question complémentaire explorant un degré de gravité (=2 points si positif) . Seul le score maximum est conserve à chaque question. Un score total de 3 points alerte le MG sur un risque de suicidalité. La séquence suivante semble être la mieux recommandée en pratique clinique:

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

Annexe 2 : questionnaire téléphonique.

« Le Dr ... a réalisé une enquête il y a 2 ans auprès des adolescents. Cette étude vient d'être publiée et je souhaite m'entretenir avec lui à ce sujet et afin de pouvoir lui adresser l'article »

Avec le/ la MG

Contact :

- 1- « Bonjour, merci de m'accorder quelques minutes. Vous souvenez-vous de l'étude à laquelle vous avez participé en 2017 qui consistait à poser quelques questions aux adolescents de 13-18 ans passant pour n'importe quel motif ?.....oui/non/ je n'ai pas participé-
- 2- Cette étude est enfin terminée et vient d'être publiée dans une revue internationale. C'est long c'est normal. Je vous l'adresserai avec sa traduction française sur votre mail :
- 3- « Mais auparavant, nous sommes curieux de savoir ce que les médecins qui avaient participé à l'étude en ont retiré : seriez-vous d'accord pour répondre à quelques questions très simples concernant votre usage de ce test après votre participation à l'étude ?.....oui/non
- 4- Tout d'abord, à quelle fréquence approximative rencontrez-vous les 13-18 ans en consultations ? :
moins de 1 par semaine / 1-4 par semaine / 5 et plus (soit 1 par jour au moins)

Utilisation :

- 5- ce test s'appelle BITS, vous souvenez-vous des 4 mots que ces lettres suggèrent oui/non/partiellement Pouvez – vous me les dire ?
- 6- et les 8 questions qui en découlent : oui/non/partiellement Pouvez – vous me les dire ?
- 7- Brimades : oui/non
- 8- Insomnie: oui/non
- 9- Tabac : oui/non
- 10- Stress : oui/non
- 11- Brimades hors école ou Internet : oui/non

- 12- cauchemars *oui/non*
- 13- Tabac quotidien *oui/non*
- 14- Familial ou et scolaire *oui/non*
- 15- : utilisez-vous toujours le test chez les ados? *systématiquement /-souvent / -parfois /-jamais /.... Autre expression utilisée par le MG :.....*
- 16- Si vous ne l'utilisez pas systématiquement , pourquoi ?... *expression libre à classer.....*
Une question de temps ? de type d'ado ? de motifs de consultations ? autres...

Conséquences :

- 17- L'usage du test a-t-il révélé des conduites ou idées suicidaires que vous ignoriez ?
jamais, une fois , 2 ou 3 fois ? plus de 3 fois ?
- 18-*expression libre à classer.*
- 19- L'usage du test a-t-il révélé des conduites auto agressives, scarifications que vous ignoriez ?.
jamais, une fois , 2 ou 3 fois ? plus de 3 fois ?
- 20-*expression libre à classer.*
- 21- Dans les cas les plus récents,(maxi 3) Quel a été le type de suivi ou de prise en charge proposée ?...
*expression libre à classer.*
- 22- puis quel en a été le suivi réel ? *expression libre à classer.*
- 23- Qu'est-ce qui dans chaque cas a motivé ce choix ?*expression libre à classer.*

Ressenti :

- 24- Pouvez-vous noter le niveau de votre intérêt pour ce test sur une échelle de 0 à 5,
0 = ni utile ni intéressant 1, 2, 3, 4, à 5 très utile et intéressant
- 25- *Expression libre sur l'utilité*
- 26- En avez-vous parlé à des confrères, collaborateurs ou étudiants ? *oui/non*
- 27- Si oui savez-vous s'il l'ont essayé.
oui, la plupart/ oui, certains/ non, pas à ma connaissance/ je ne sais pas
- 28- Avez-vous des remarques à rajouter ? *expression libre à classer*