



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2024

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 9 juillet 2024 à Poitiers
par **LIENHART Camille**

Réalisation et appropriation du BITS-test par les médecins généralistes de la Vienne dans le dépistage des problématiques auto-agressives et suicidaires chez les adolescents âgés de 13 à 18 ans : étude MUBITS 86.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur GICQUEL Ludovic

Membres :

Monsieur le Professeur FRECHE Bernard

Madame le Docteur ANDRIEUX Marine

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur BINDER Philippe

LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2023 – 2024

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIoT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.A.S et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation – **assesseur 1^{er} cycle stages hospitaliers**
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BRUNET Kevin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVRARD Camille, cancérologie
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 2 ans à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (*absente jusqu'au 29/12/2023*)
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie – **assesseur 1^{er} cycle stages hospitaliers**
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- MASSON REGNAULT Marie, dermato-vénéréologie
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique

- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Professeur associé des universités des disciplines odontologiques

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaële
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2026)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (08/2026)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)

- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCC Guy, radiologie et imagerie médicale

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle – **réfèrent relations internationales**
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- PAIN Stéphanie, toxicologie
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique – **encadrement stages hospitaliers**
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement – **encadrement stages hospitaliers**

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in – référente égalité-diversité**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)

- ARANZANA-CLIMENT Vincent, pharmacologie
- KAOUAH Zahyra, bactériologie
- MOLINA PENA Rodolfo, pharmacie galénique

Professeur émérite

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- BARTHES Danièle, chimie analytique (directrice honoraire)
- BAUDRY Michel, physiologie (directeur honoraire)
- BOURIANNES Joëlle, physiologie
- BRISSON Anne-Marie, chimie thérapeutique-pharmacocinétique
- COURTOIS Philippe, pharmacie clinique-pharmacodynamie (directeur honoraire)
- DE SCHEEMAEKER Henri, botanique et cryptogamie
- FOURTILLAN Jean-Bernard, pharmacologie et pharmacocinétique
- GIRAUD Jean-Jacques, chimie analytique
- GUERIN René, biophysique
- HERISSE Jacques, biologie moléculaire
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique
- JANVIER Blandine, bactériologie, virologie et parasitologie
- JOUANNETAUD Marie-Paule, chimie thérapeutique (directrice honoraire)
- LEVESQUE Joël, pharmacognosie
- MAISSIAT Renée, biologie cellulaire et moléculaire
- METTEY Yvette, chimie organique
- PARIAT Claudine, pharmacodynamie
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SEGUIN François, biophysique, biomathématiques (directeur honoraire)
- VANTELON Nadine, biochimie
- VIOSSAT Bernard, chimie générale et minérale

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

Remerciements :

Au président du jury, Monsieur le professeur GICQUEL,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury et de l'intérêt que vous portez à ce travail. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Professeur BINDER Philippe,

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ma thèse et de m'avoir permis de participer à ce projet qui, je l'espère, permettra une meilleure prise en charge de la santé mentale des adolescents. Merci pour votre disponibilité durant ce travail.

A Monsieur le Professeur FRECHE Bernard,

Je te remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury et de porter ton attention sur ce travail. Je te remercie de m'avoir accompagné durant mon SASPAS et de m'avoir permis d'être plus réflexive dans ma pratique, ainsi que de m'avoir apporté tout ce que l'on ne trouve pas dans les livres.

A Madame le Docteur ANDRIEUX Marine,

Je te remercie d'être présente aujourd'hui, c'est pour moi une évidence de te compter parmi les membres de mon jury. Je te remercie pour ta bienveillance et ta pédagogie durant mon SASPAS. Merci de m'avoir notamment accompagnée dans la réalisation de mon mémoire.

A l'ensemble de mes maîtres de stages,

Je vous remercie de m'avoir transmis votre savoir et votre passion pour la médecine. Je remercie particulièrement le Docteur MASSIAS-GOUGEON Séverine de m'avoir accordé sa confiance. Je te remercie pour ce que tu m'as apporté, tant sur le plan humain que professionnel. Tu as su me donner un peu plus confiance en moi dans mes prises en charge.

A l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale du service de Pédiatrie du CH de Saintes,

Je vous remercie de m'avoir intégrée parmi vous et de me permettre de m'épanouir chaque jour dans une discipline que j'affectionne, la pédiatrie. C'est un plaisir de travailler à vos côtés.

A ma famille,

Papou, je ne pourrai jamais assez te remercier pour tout ce que tu as fait pour moi durant ces dernières années. Depuis le début de ce « marathon » comme tu as pu si souvent le dire, tu m'as toujours soutenue, que ce soit dans l'échec ou dans la réussite. Aujourd'hui je n'en serais pas là sans ta présence à mes côtés. Tu as su me transmettre le goût du travail et de la persévérance à travers une passion commune, le sport, que nous avons pu partager pendant de nombreuses années, ce qui m'a inculqué de magnifiques valeurs. Je suis toujours autant émue de voir la fierté que tu me portes et je ferai tout mon possible pour que tu le reste éternellement. Je t'aime.

Mes frères et sœurs : Manon, Mathys et Simon

Merci d'avoir été une parenthèse de bonheur durant ces longues années de travail. Vous avez toujours su me faire rire lorsque j'en avais besoin. Vous avez toujours répondu présent aux occasions pour faire la fête, boire un coup, déconnecter de la médecine. Vous avez eu le courage d'être mes premiers cobayes lors de mes débuts en médecine et pour cela chapeau ! Je suis si fière de ce que vous êtes devenus et je compte sur le petit dernier pour continuer cela ;) ! Je serai toujours là pour prendre soin de vous. Et même si ce n'est pas quelque chose que l'on se dit souvent, je vous aime du plus profond de moi.

Cécile, merci à toi d'être présente depuis le début. Tu as toujours été là pour m'encourager et me soutenir (en me permettant même de prendre de longues pauses sur Zelda). Je suis fière de ce que tu as réussi à accomplir professionnellement et personnellement. Pourtant, il n'y a encore pas si longtemps certains professeurs de lycée « ne misaient pas un sous » sur nous. Et puis pour clôturer toutes ces belles années, me voilà maintenant à travailler à tes côtés. Je te remercie d'avoir également mis sur ma route **Romain, Marie et Emeric**, vous avez toujours été là lorsque j'en avais besoin, surtout pour boire des coups ou m'emmener voir des spectacles de gladiateurs, je vous remercie. Et maintenant que tout cela est terminé je vais avoir beaucoup plus de temps pour un projet bien plus sympa : apprendre tout plein de bêtises à **Nino** ;)

Margaux, parce qu'il fallait évidemment terminer par le meilleur. Je te remercie de m'avoir accompagné durant ces dernières années d'internat et d'avoir cru en moi. Tu as dû supporter mon stress et mes sautes d'humeur, et tu l'as fait à merveille. Je sais que ce n'est pas toujours évident pour toi d'être immergée dans ce monde de « médecins » qui ne parlent que de choses qui t'obligent à passer ton temps à chercher la signification des mots sur Google, et pourtant tu t'es si vite adaptée à mes copains et à mon environnement. Maintenant, place à tous nos projets futurs que j'ai hâte de partager avec toi. Merci, je t'aime infiniment.

A mes amis,

Mes ultra bons, Marie, Moumoune, Mathieu, Chloé, Charrit, Pierre, Amélie, Claire, Florian et Mélanie cette aventure sans vous n'aurait clairement pas eu le même goût. Si je devais un jour recommencer médecine, j'y retournerai les yeux fermés rien que pour vous rencontrer à nouveau. Vous avez clairement été un moteur et une force durant ces années pas toujours faciles. Révisions, stress, concours, confinement mais également beaucoup de rires, de danses, de chants, de week-ends insolites, d'olympiades, de ski, de voyages et j'en passe. Que ce soit les bons ou les moins bons moments, ça a toujours été ensemble. Nous avons réussi à tisser un lien infailible et malgré la distance avec certains, on arrive toujours à trouver du temps pour continuer à partager de nouvelles choses ensemble. Vous êtes devenus bien plus qu'un simple groupe de copains de Fac, vous êtes ma deuxième famille. J'ai hâte de continuer à partager beaucoup de choses toutes aussi improbables qu'incroyables avec vous. Je vous aime.

Gwen, mon coloc si attachant, ce fût un plaisir de partager mon quotidien avec toi durant une année. Nos rituels Pineau à la débauche, nos soirées jeu de société, nos moments confidences sur le fauteuil à bascule, si moche mais si confortable, m'ont rendu le quotidien plus facile. J'ai finalement pris goût à tes jeux de mots et tes blagues, parfois drôles. Je te remercie pour tout cela et te souhaite tout le bonheur possible avec Julie.

Les Saintais : Clémence, Salomé, Clotilde, Claire-lou, Gwen, vous avez adouci ce début d'internat que j'appréhendais tant. Je n'oublierai jamais ces batailles de peintures, ces danses endiablées sur anti-social, nos apéros sur le toit de l'internat, nos escapades surf et couchés de soleil, nos repas d'après marché du samedi midi, nos dortoirs dans le salon de la 216. Je vous remercie pour tous ces moments partagés ensemble.

Table des matières :

I. INTRODUCTION	10
1. L'ADOLESCENCE : UNE PERIODE DE FRAGILITE	10
2. LE SUICIDE DES ADOLESCENTS : UN ENJEU MAJEUR DE SANTE PUBLIQUE	10
3. DEPISTAGE DU RISQUE SUICIDAIRE ET RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES	10
4. LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LE DEPISTAGE DU RISQUE SUICIDAIRE	11
5. LE BITS TEST : UN OUTIL DE DEPISTAGE VALIDE	12
II. MATERIEL ET METHODE	13
1. RECRUTEMENT DE LA POPULATION	13
2. PROTOCOLE DE L'ETUDE	14
3. ANALYSES STATISTIQUES	14
4. DECLARATION ETHIQUE	14
III. RESULTATS	15
1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION D'ETUDE	16
2. RESULTATS DU CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL	17
3. RESULTATS DES CRITERES DE JUGEMENT SECONDAIRES	17
a) Acceptation du principe du BITS test	17
b) Appropriation du BITS test	18
c) Abord des problématiques auto-agressives et/ou suicidaires	19
d) Découverte d'une problématique auto-agressive ou suicidaire	20
e) Suites données aux problématiques auto-agressives ou suicidaires découvertes	21
4. ANALYSES BI-VARIEES	21
a) Freins potentiels à la réalisation du BITS test en consultation	21
b) Freins potentiels à l'abord des questionnements sur l'auto-agressivité ou les idées suicidaires	22
c) Relation entre la découverte de problématiques auto-agressives ou suicidaires et l'appropriation du BITS test	23
5. RESULTATS ANNEXES	23
a) Caractéristiques des adolescents	23
IV. DISCUSSION	24
1. SYNTHESE DES PRINCIPAUX RESULTATS	24
2. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	24
a) Forces de l'étude	24
b) Limites de l'étude	24
3. DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS ET PROBLEMATIQUES SOULEVEES	25
a) Un faible taux de réalisation du BITS test malgré une bonne acceptation de son principe	25
b) Une volonté d'intégrer le BITS test dans sa pratique courante accentuée par son utilisation	26
c) Le BITS test : une ouverture pour parler du suicide	27
4. PERSPECTIVES DE REFLEXION	28
V. CONCLUSION	29

Table des illustrations :

Figure 1 : Questionnaire du BITS test	12
Figure 2 : Diagramme de flux du déroulement de l'étude MUBITS 86	15
Figure 3: Taux d'acceptation du principe du BITS test selon le mode de recrutement	18
Figure 4: Appropriation du BITS test dans le temps par les médecins généralistes utilisant le BITS	19
Figure 5: Abord d'une problématique auto-agressive ou suicidaire en fonction du score BITS	20
Figure 6: Les suites données aux découvertes de problématiques auto-agressives et suicidaires	21
Tableau 1: Caractéristiques de la population ayant participé à l'étude MUBITS 86	16
Tableau 2: Recensement des MUBITS par nombre d'adolescents dépistés par le BITS test	17
Tableau 3: Poursuite de l'utilisation du BITS test après 3 mois d'étude	18
Tableau 4: Calcul des VPP et VPN	20
Tableau 5: Lien entre la réalisation du BITS test en consultation et différentes variables	22
Tableau 6 : Lien entre l'abord des problématiques auto-agressives et/ou suicidaires et différentes variables	22
Tableau 7: relation entre la découverte d'une problématique auto-agressive et/ou suicidaire et la poursuite de l'utilisation du BITS test dans la pratique courante	23
• Bibliographie	30
• Annexes	35
• Résumé et mots clés	44
• Serment d'Hippocrate	45

Liste des abréviations :

OMS : organisation mondiale de la santé

HAS : haute autorité de santé

ASQ : Ask Suicide-screening Questions

TSTS-CAFARD : Traumatologie Sommeil Tabac Stress Cauchemars Agression Fumeur Absentéisme Ressenti Désagréable

BITS: Bullying Insomnia Tobacco Stress

C-SSRS: Columbia Suicide Severity Rating Scale

MUBITS : médecins généralistes utilisant le BITS

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie

CPP : comité de protection des personnes

CNIL : commission nationale de l'informatique et des libertés

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

MG : médecin généraliste

AA : auto-agressivité

IS : idée suicidaire

Q° : questionnaire

RDV : rendez-vous

VPP : valeur prédictive positive

VPN : valeur prédictive négative

I. INTRODUCTION

1. L'ADOLESCENCE : UNE PERIODE DE FRAGILITE

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'adolescence est définie par la période située entre l'enfance et l'âge adulte et s'étend de 10 et 19 ans. Il s'agit d'une période primordiale du développement humain et un moment crucial pour poser les fondations d'une bonne santé (1). L'adolescence se caractérise par des changements importants tant sur le plan physique, avec l'apparition de la puberté, que psychique, par le changement dans le fonctionnement du cerveau, ou socio-environnemental (2). Toutes ces modifications sont sources de fragilité chez les adolescents, avec un risque accru de troubles psychologiques et de conduites à risque (3).

2. LE SUICIDE DES ADOLESCENTS : UN ENJEU MAJEUR DE SANTE PUBLIQUE

Cette période de fragilité chez les adolescents peut conduire à des actes auto-agressifs et suicidaires. Chaque année, le suicide est responsable de la mort de près de 400 adolescents en France, ce qui en fait la deuxième cause de mortalité chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, juste derrière les accidents de la voie publique (4,5). En 2017, 4,3 % des filles et 1,5 % des garçons français de 17 ans déclaraient avoir fait au moins une tentative de suicide ayant entraîné une hospitalisation au cours de leur vie (6). Les idées suicidaires ne concernent pas plus d'un tiers des adolescents, mais leur récurrence impacte le développement (7). Par ailleurs, les comportements auto-agressifs, qui consistent à blesser intentionnellement ses propres tissus sans intention suicidaire, concernent 14 à 30 % des adolescents dans le monde (8). Paradoxalement, être une fille augmente le risque de tentative de suicide (sexe ratio fille/garçon des passages à l'acte suicidaire entre 1.5 et 2.1) alors qu'être un garçon augmente le risque de décès par suicide (sexe ratio garçon/fille des décès par suicide à 3.5). Le taux de tentative de suicide augmente avec l'âge chez les filles (4% avant 13 ans et 12% après 18 ans) alors qu'il est stable chez les garçons (9). Plus récemment, des études ont montré que ces données ont tendance à s'aggraver par le contexte de pandémie de COVID-19, majoritairement au décours d'un confinement (10–12). Toutes ces données nous montrent que le suicide des adolescents est un enjeu majeur de santé publique.

3. DEPISTAGE DU RISQUE SUICIDAIRE ET RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES

Les adolescents en souffrance psychique présentent une symptomatologie divergente de celle des adultes, et suivant le genre (13) : les filles manifestent davantage des plaintes algiques ou des atteintes à l'intégrité (14), tandis que les garçons se tournent plutôt vers des conduites violentes, à risques ou déviantes (15–17). Durant cette période, les principaux facteurs de risques des idées suicidaires sont les suivants : isolement affectif, ruptures sentimentales, échec scolaire ou d'ordre personnel, événements de vie stressants, harcèlement, relations conflictuelles ou confrontation avec l'autorité (15,18). Bien que certains signes de mal-être, tels que les fugues, le décrochage scolaire et le repli sur soi, peuvent évoquer une souffrance psychique, la plupart des adolescents ne manifestent pas de symptôme annonciateur de détresse psychologique (15,19). C'est dans ce dernier cas que le dépistage a toute son importance. On sait que si l'on arrive à dépister des comportements suicidaires, cela augmente la probabilité de recevoir un traitement (20) et semble réduire la morbidité et la mortalité ultérieure chez les jeunes (3,21,22).

Un test de dépistage doit être simple, rapide à utiliser, peu coûteux, et avoir une bonne sensibilité afin de pouvoir repérer et prendre en charge les individus atteints, mais également une bonne spécificité pour éviter de dépister à tort des individus qui ne présentent pas de trouble (23,24).

Dans le cadre de son programme « Psychiatrie et santé mentale », la HAS a publié en 2021 des recommandations de bonnes pratiques pour les professionnels de santé afin de les aider à repérer, évaluer et orienter les enfants et les adolescents pouvant présenter un risque suicidaire à court, moyen ou long terme (4). Ces recommandations de bonnes pratiques préconisent l'utilisation de trois scores pour la prévention du risque de suicide :

- **L'Ask suicide-screening questions (ASQ)** lors de consultations pour des difficultés en lien avec la santé mentale.
- **Le Bullying Insomnia Tobacco Stress (BITS)** pour toutes les autres consultations d'enfants et d'adolescents, qui a récemment remplacé le TSTS-Cafard.
- **La Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)** qui peut aider pour un état des lieux des idées suicidaires et du risque potentiel de passage à l'acte à court, moyen ou long terme.

4. LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LE DEPISTAGE DU RISQUE SUICIDAIRE

Le médecin généraliste possède un rôle primordial dans le dépistage des risques auto-agressifs ou suicidaires chez les adolescents. En effet, environ 80 % des adolescents consultent au moins une fois par an leur médecin généraliste, ou du moins se rendent dans des centres de soins primaires (25,26). Cependant, ces consultations relèvent principalement de motifs somatiques ou administratifs, et les plaintes d'ordre psychologique sont très peu abordées (6 à 7% des consultations) (27–29). Ceci pourrait s'expliquer par la méconnaissance de la part des patients de l'étendue du champ d'action du médecin généraliste qui n'est pas restreinte à ces motifs somatiques ou administratifs (30), et par une difficulté du médecin généraliste à aborder les problématiques psychologiques (31). De nombreuses études pointent certains obstacles au dépistage des problèmes psychologiques : contrainte de temps, services d'orientations inadéquats, manque de formation, inconfort à discuter du suicide (32–34). Cependant, en 2002, Luoma and al, ont montré que 23 % des patients de moins de 35 ans ont consulté un médecin de soins primaires le mois avant leur suicide, et 62 % durant l'année précédente (35).

Généralement, les adolescents n'abordent pas les idées suicidaires spontanément (24,36). Le rôle du médecin généraliste serait donc de les questionner à ce sujet. Il a été démontré que l'abord de la question du suicide avec un adolescent ne majore pas le risque d'idées suicidaires chez ce dernier et n'est pas un facteur précipitant le passage à l'acte (4,37).

Récemment, un nouveau calendrier des examens de suivi de l'enfant et de l'adolescent est entré en vigueur. Au sein de ce nouveau calendrier figure une consultation pour un examen de suivi médical entre 15 et 16 ans. L'objectif principal de cette consultation est de permettre un suivi médico-psychologique de l'adolescent et de favoriser la prévention (38).

Actuellement, les médecins généralistes disposent donc d'une consultation dédiée à la prévention pour cette tranche d'âge ainsi qu'un test de dépistage (BITS test) bref et facilement intégrable en consultation dans l'optique de repérer les problématiques auto-agressives et suicidaires chez les adolescents.

5. LE BITS TEST : UN OUTIL DE DEPISTAGE VALIDE

Le BITS test est un outil de dépistage permettant de repérer une problématique auto-agressive et/ou suicidaire chez les adolescents âgés de 13 à 18 ans. Depuis 2016, il a remplacé le TSTS-Cafard créé en 1999, avant l'essor d'internet et du téléphone portable, nécessitant donc une actualisation et une simplification (39). Contrairement à l'ASQ - qui cible les adolescents consultants pour des difficultés en lien avec la santé mentale - et au C-SSRS - long et laborieux - le BITS test est un questionnaire bref comportant des questions simples et routinières, facilement intégrable en consultation de médecine générale, pour les adolescents tout venant, qu'importe le motif de consultation. Il se compose de quatre questions avec, pour chacune des questions, 2 niveaux de gravité associés. Les items présents dans chaque question sont corrélés à la suicidalité dans la littérature (40–43). Le score varie donc de 0 à 8 points. Un score supérieur ou égal à 3 doit alerter le médecin généraliste sur un risque auto-agressif ou suicidaire et le pousser à interroger l'adolescent en ce sens. Un score de 0 est rassurant.

Brimade : As-tu récemment été brimé ou harcelé à l'école ?

- Non brimé, ni harcelé (0 point)
- Brimé, harcelé, ou maltraité à l'école (1 point)
- et/ou en dehors de l'école, et/ou sur internet (2 points)

Insomnie : As-tu souvent des insomnies, troubles du sommeil ?

- Pas de trouble du sommeil (0 point)
- Souvent des insomnies ou des troubles du sommeil (1 point)
- Fréquents cauchemars (2 points)

Tabac : Fumes-tu du tabac ?

- Ne fume pas de tabac (0 point)
- Fume occasionnellement (1 point)
- Fume au quotidien (2 points)

Stress : Te sens-tu stressé ?

- Non stressé (0 point)
- Stressé par le travail scolaire ou par l'ambiance familiale (1 point)
- Stressé par le travail scolaire et par l'ambiance familiale (2 points)

Figure 1 : Questionnaire du BITS test

Il a été validé lors de deux études : une étude en population générale chez les adolescents âgés de 15 ans scolarisés (39) et une étude internationale menée en 2019 chez les adolescents âgés de 13 à 18 ans dans les cabinets de médecines générales (44). Cette dernière étude a été réalisée sur un échantillon de 693 adolescents. Elle a permis de mettre en évidence qu'un score supérieur ou égal à 3 permettait de dépister des tendances à la pensée suicidaire, à la tentative de suicide ou au suicide avec une sensibilité de 66% et une spécificité de 83 %. La prévalence de la suicidalité dans cette étude était de 13 % dont 11.4 % non connue du généraliste. Le BITS test ressort également de cette étude comme un moyen de faciliter l'approche psychologique des médecins généralistes auprès des adolescents dans 24% des consultations (44).

Ce test a prouvé son efficacité dans le dépistage d'une éventuelle problématique suicidaire chez l'adolescent, et pourrait facilement s'intégrer dans la pratique courante des médecins généralistes du fait de sa simplicité d'utilisation. Cependant, cette étude a été réalisée dans le cadre d'un protocole, auprès de médecins généralistes volontaires et rémunérés.

Par conséquent, il serait pertinent de vérifier l'intérêt porté à un tel dépistage au sein d'une population de médecins généralistes tirés au sort, non rémunérés, et donc plus représentative des conditions réelles d'exercice.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer quantitativement le taux de réalisation du BITS test par les médecins généralistes de la Vienne, en pratique courante, lors des consultations avec des adolescents âgés de 13 à 18 ans.

Les objectifs secondaires de cette étude sont de définir :

- Le taux d'acceptation du principe du BITS test parmi les médecins tirés au sort.
- Le taux d'appropriation du BITS test chez les médecins l'ayant utilisé, défini comme la volonté de poursuivre le BITS test dans leur pratique au décours du 3^{ème} mois de l'étude.
- La proportion de médecins généralistes ayant abordé les questionnements concernant l'auto-agressivité ou les idées suicidaires si le BITS test s'avère positif.
- La proportion de médecins généralistes ayant découvert une problématique auto-agressive ou suicidaire grâce au BITS test.
- Les suites données aux découvertes d'auto-agressivité ou d'idées suicidaires.
- Les freins à l'utilisation du BITS test et à l'abord des questions concernant les idées suicidaires ou auto-agressives en consultation.

II. MATERIEL ET METHODE

Ce travail s'intègre dans une étude multicentrique nationale nommée MUBITS (Médecins Généralistes Utilisant le BITS). Il s'agit d'une étude descriptive, prospective et quantitative de type audit clinique réalisée dans le département de la Vienne d'avril 2022 à septembre 2023.

1. RECRUTEMENT DE LA POPULATION

L'étude a été réalisée dans le département de la Vienne où 667 médecins généralistes ont été référencés à travers l'annuaire de l'ordre des médecins et le site Améli-santé en avril 2022 (45,46). Après exclusion des médecins hospitaliers et des médecins pratiquant une activité différente de la médecine générale, 366 médecins généralistes ont été répertoriés. Parmi eux, 70 praticiens ont été randomisés initialement à l'aide d'un logiciel de tirage au sort en ligne (47). Devant le manque de réponse aux sollicitations, 30 autres médecins généralistes ont été randomisés secondairement.

L'objectif était d'obtenir au moins 33 médecins généralistes acceptant de participer à l'étude. L'inclusion était actée si le praticien répondait au critère d'inclusion et avait donné son accord pour participer à l'étude.

Le recrutement a été réalisé sur la période d'avril 2022 à septembre 2023. Les médecins randomisés ont été contactés par téléphone, mail ou ont été sollicités directement à leur cabinet afin de leur proposer de participer à l'étude. Le critère d'inclusion était d'exercer la médecine générale dans le département de la Vienne. Les critères d'exclusion comprenaient un mode d'exercice particulier ou le fait d'être retraité.

2. PROTOCOLE DE L'ETUDE

Tous les médecins généralistes ayant accepté de participer à l'étude ont reçu un mail leur présentant le BITS test et leur rôle dans l'étude (*annexe 1*). Les médecins généralistes participants avaient pour consigne d'intégrer les quatre questions du BITS test lors de toutes les consultations avec des adolescents âgés de 13 à 18 ans sur une période de 14 à 28 jours, avec un minimum de 5 adolescents et un maximum de 14 par médecin. En cas de score au BITS test supérieur ou égal à 3, les généralistes avaient pour consigne de questionner l'adolescent sur une éventuelle problématique auto agressive et/ou suicidaire.

Les participants devaient par la suite remplir une fiche questionnaire pour chaque adolescent, comportant 24 questions fermées (*annexe 2*), qui récapitulait le contexte de la consultation ainsi que l'abord des questions du BITS test, la découverte éventuelle d'une problématique auto-agressive et/ou suicidaire, et les suites données. A la fin de la période des 28 jours, les praticiens devaient remplir une fiche questionnaire les concernant qui comportait 9 questions fermées (*annexe 3*). Enfin, les médecins généralistes participants étaient contactés par mail ou par téléphone 3 mois après le début de leur recueil afin d'évaluer la poursuite ou non de l'usage du BITS via une dernière fiche questionnaire de 3 questions fermées (*annexe 4*). En cas d'absence de réponse après 3 relances par mail et/ou par téléphone à 1 mois d'intervalle, les médecins étaient considérés comme perdus de vue.

3. ANALYSES STATISTIQUES

Les questionnaires complétés ont été retournés par mail et les données ont été extraites sous le format d'un fichier Excel. La saisie des données a été faite par un seul opérateur.

Une partie analyse descriptive a ensuite été réalisée, en décrivant les variables quantitatives en nombres et en pourcentages. Dans un second temps, des analyses bi-variées ont été réalisées en utilisant un test de Chi2 ou un test de Fisher via le logiciel BioStatgv (48). Le risque d'erreur de première espèce α était fixé à 0,05 et le degré de signification du test était fixé à $p < 0,05$.

4. DECLARATION ETHIQUE

Cette étude étant une évaluation des pratiques professionnelles, elle ne relève pas d'une décision de CPP, selon l'article 1121-1 du code de la santé publique (Loi Jardé). Une déclaration de conformité de la CNIL a été faite le 17-01-2022 : MR-4 Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé, sous le numéro 2224889. Tous les résultats de l'étude ont été rendus anonymes et les adolescents n'étaient pas informés de l'étude en cours.

III. RESULTATS

Sur l'ensemble des médecins généralistes randomisés, trente-six d'entre eux ont accepté de participer à l'étude et seize ont envoyé leurs questionnaires. Parmi les seize médecins ayant envoyé leurs questionnaires, seulement douze d'entre eux ont pu être recontactés à 3 mois de l'étude.

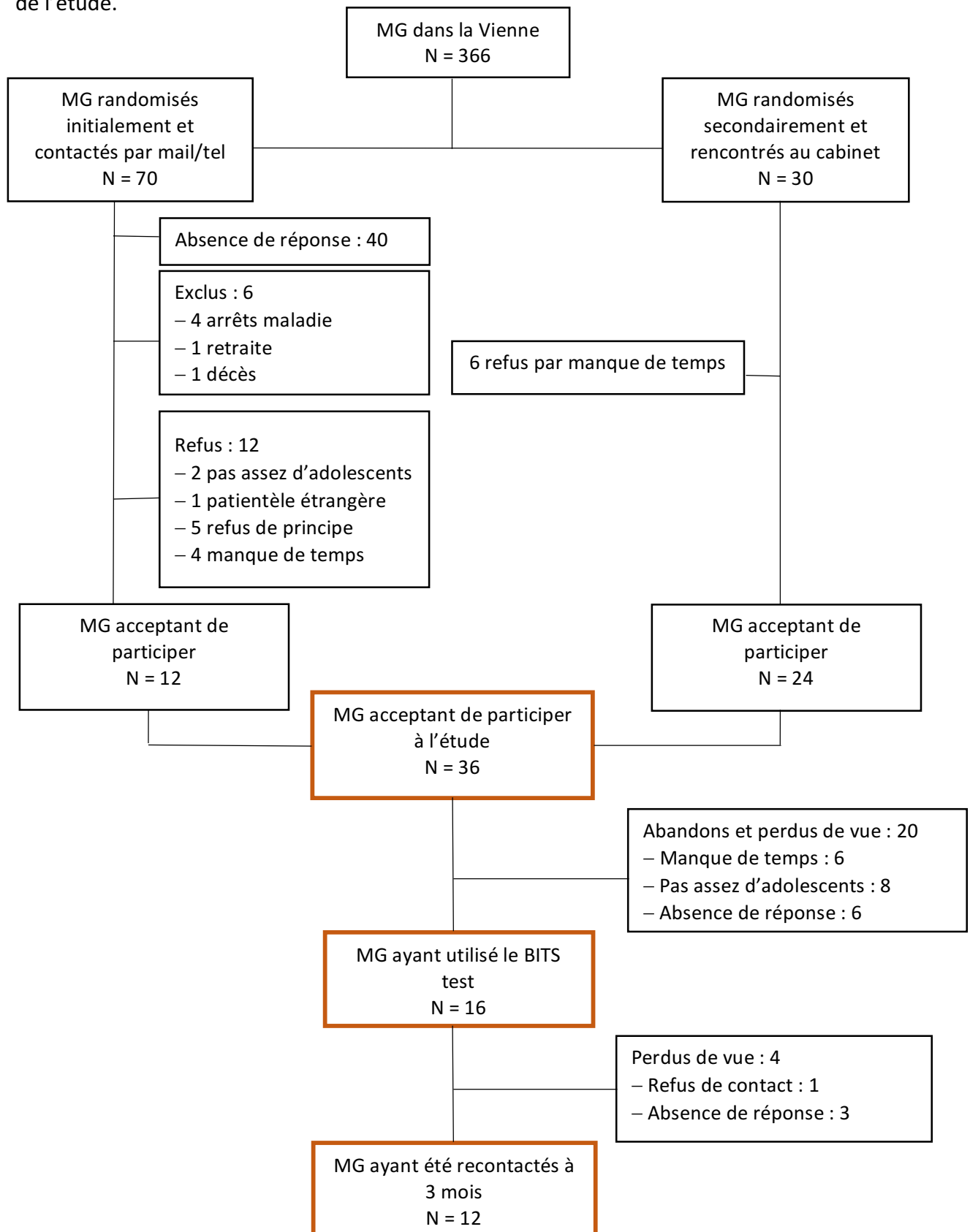


Figure 2 : Diagramme de flux du déroulement de l'étude MUBITS 86

Les analyses ont donc été réalisées sur les 16 médecins généralistes ayant utilisé le BITS test et envoyé leurs questionnaires. Ils nous ont permis de recueillir 102 questionnaires adolescents, dont 31 étaient seulement débutés pour la première partie (relative aux données sur les caractéristiques des adolescents), mais sans avoir pu recourir aux questions du BITS lors de la consultation.

L'ensemble des réponses aux questionnaires médecins est détaillé en *annexe 5*.

1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION D'ETUDE

Notre population de médecins généralistes était composée en majorité de femmes (56.3%). Ils avaient principalement une activité libérale exclusive (81.3%) au sein de cabinets de groupe (75%). Ils étaient majoritairement âgés de moins de 55 ans. La moitié (50%) des médecins généralistes étaient maîtres de stage universitaire.

Caractéristiques de la population	Nombre (N=16)	Pourcentage (%)
Sexe		
Homme	7	43.7%
Femme	9	56.3%
Age		
< 40 ans	7	43.7%
40-55 ans	7	43.7%
> 55 ans	2	12.5%
Mode d'exercice		
Seul	0	0%
Groupe non MSP	12	75%
Groupe MSP	4	25%
Mode d'exercice		
Libéral exclusif	13	81.3%
Salariat exclusif	0	0%
Mixte	3	18.7%
Lieu d'exercice		
< 2000 habitants	2	12.5%
2 et 10 000	9	56.3%
10 000 et 50 000	3	18.7%
50 000 et 100 000	2	12.5%
>100 000	0	0%
Maître de stage universitaire		
Oui	8	50%
Non	8	50%

Tableau 1: Caractéristiques de la population ayant participé à l'étude MUBITS 86

2. RESULTATS DU CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL

Sur les 36 médecins généralistes ayant accepté de participer à l'étude, 16 ont réalisé le BITS test avec au moins un adolescent durant leur consultation et ont envoyé leur résultat, soit **un taux de réalisation de 44.4%**. Sur les 16 médecins généralistes ayant réalisé le BITS test, 4 avaient été démarchés par mail/téléphone et 12 avaient été rencontrés directement à leur cabinet.

Parmi ces 16 praticiens, 43.8% (N=7) sont parvenus à utiliser le BITS test avec au moins 5 adolescents comme cela était attendu dans le protocole de l'étude. En effet, certains médecins généralistes ayant envoyé leurs questionnaires n'ont pas posé les questions du BITS test pour chaque adolescent rencontré en consultation.

	1 seul adolescent	2 à 4 adolescents	≥ 5 adolescents
Nombre de médecins généralistes ayant utilisé le BITS (N=16)	0	9	7
Pourcentage	0%	56.2%	43.8%

Tableau 2: Recensement des MUBITS par nombre d'adolescents dépistés par le BITS test

On note que parmi les 102 adolescents rencontrés en consultation, environ 2 adolescents sur 3 (n=71) ont été questionnés par le BITS test. Pour les 31 adolescents restants, les questions du BITS test n'ont pas été abordées pour les raisons suivantes : 5.9% à cause d'un problème pratique durant la consultation, 5.8% par réticence psychologique du médecin généraliste et 18.6% pour une autre cause (9 par manque de temps, 8 par oubli, 2 qui ont jugé cela non pertinent).

Tous les résultats sont détaillés en *annexes 7 et 8*.

3. RESULTATS DES CRITERES DE JUGEMENT SECONDAIRES

a) Acceptation du principe du BITS test

Durant la période d'avril 2022 à septembre 2023, les médecins généralistes randomisés et répondant aux critères d'inclusion ont été sollicités de deux manières. Initialement par téléphone ou par mail : 40 médecins généralistes n'ont pas donné de réponse aux sollicitations et 6 ont été exclus car ne répondant plus aux critères d'inclusion (arrêt maladie, retraite et décès). Sur les 24 médecins ayant répondu aux sollicitations, 12 ont accepté de participer à l'étude (4 par téléphone et 8 par mail) et 12 n'ont pas souhaité participer (5 refus de principe, 2 ne voyant pas d'adolescents en consultation, 1 car patientèle de type étrangère avec barrière de la langue et 4 praticiens considérés comme refusant de participer selon leur secrétaire, par manque de temps). Dans un deuxième temps, devant les difficultés à obtenir des réponses par mail ou téléphone, 30 autres médecins généralistes ont été randomisés et rencontrés à leur cabinet et 24 d'entre eux ont accepté de participer à l'étude. Les 6 ayant refusé se sont justifiés par un manque de temps.

Parmi les 30 médecins généralistes rencontrés à leur cabinet et les 24 médecins généralistes ayant répondu aux sollicitations par mail ou par téléphone, **66.6% (n= 36) ont accepté de participer à l'étude et d'utiliser le BITS test.**

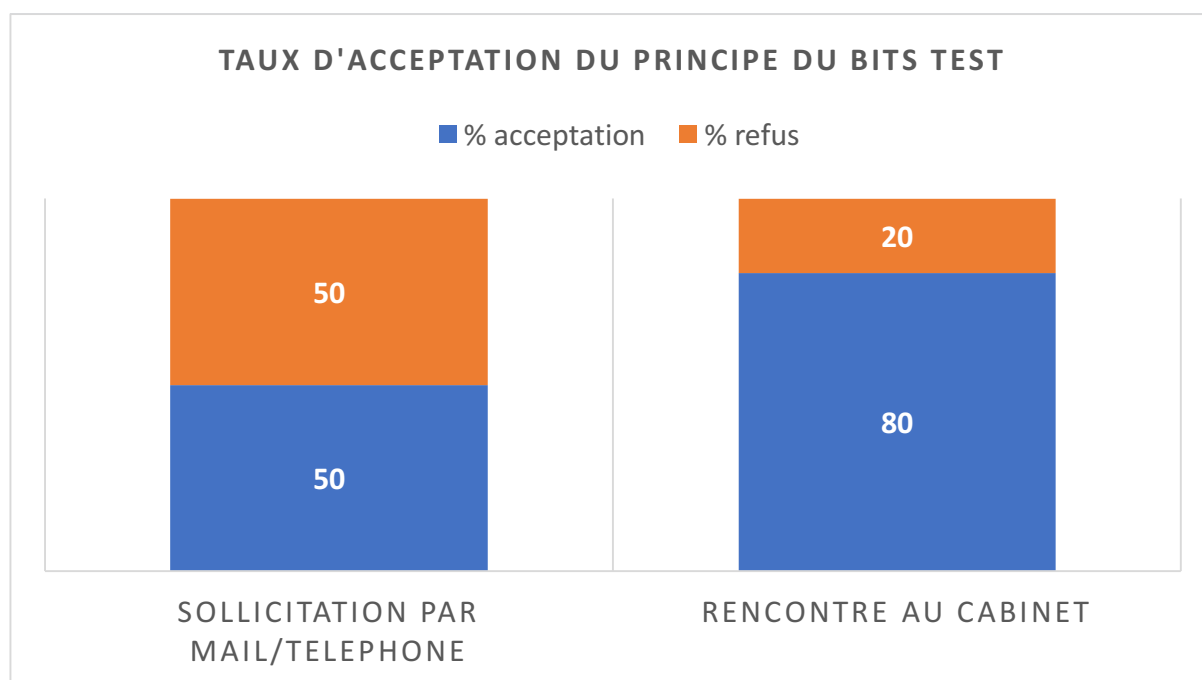


Figure 3: Taux d'acceptation du principe du BITS test selon le mode de recrutement

b) Appropriation du BITS test

L'appropriation du BITS test est défini comme la volonté de poursuivre le test dans sa pratique courante.

Parmi les 16 médecins généralistes ayant utilisé le BITS test, 4 n'ont pas pu être recontactés à 3 mois (1 refus de sollicitation et 3 absences de réponse aux sollicitations). Ils ont été considérés comme ne souhaitant pas poursuivre l'utilisation du BITS test. 3 médecins généralistes ont notifié le souhait de ne pas poursuivre l'utilisation du BITS test dans leur pratique courante. **Le taux d'appropriation du BITS test parmi les médecins l'ayant utilisé est de 56.3% (n=9).**

Utilisation du BITS test en pratique courante	Effectif (N=16)	Pourcentage
Avec tous les adolescents	5	31.3%
Avec certains adolescents	4	25%
Ne souhaitent pas poursuivre l'utilisation du BITS test et perdus de vue	7	43.7%

Tableau 3: Poursuite de l'utilisation du BITS test après 3 mois d'étude

On note cependant une décroissance du taux d'appropriation dans le temps. En effet, les médecins généralistes avaient une plus grande volonté de poursuivre l'utilisation du BITS test au décours immédiat de sa période d'utilisation (87.5%) qu'à 3 mois après la fin de l'étude (56.3%).

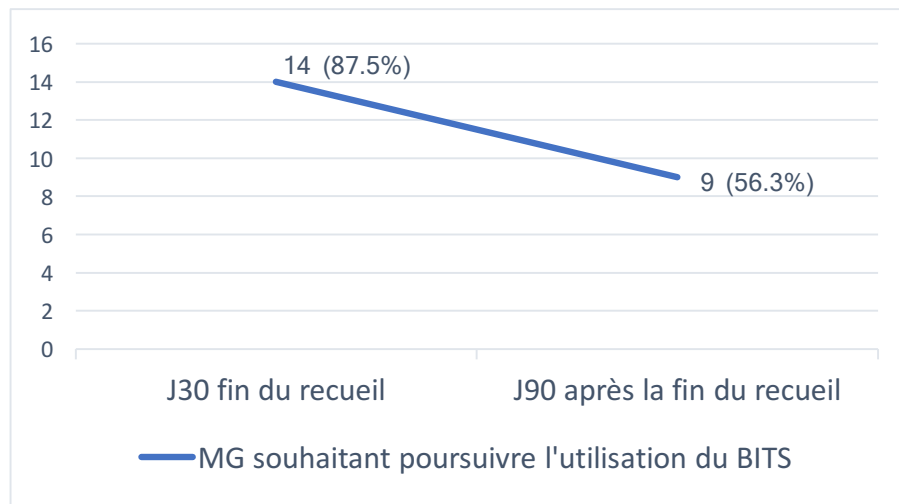


Figure 4: Appropriation du BITS test dans le temps par les médecins généralistes utilisant le BITS

Tous les résultats sont détaillés en *annexe 6*.

c) Abord des problématiques auto-agressives et/ou suicidaires

Si le BITS test était positif (score ≥ 3) les médecins généralistes devaient questionner les adolescents sur la présence d'une problématique auto-agressive ou suicidaire.

Parmi les 102 adolescents inclus dans l'étude, 71 ont eu à répondre aux questions du BITS test. Sur les 71 adolescents questionnés par le BITS test, 45% (N=32) présentaient un score BITS ≥ 3 et devaient donc être interrogés sur une éventuelle problématique auto-agressive et/ou suicidaire selon le protocole de l'étude.

Parmi les 71 adolescents questionnés par le BITS test, tous résultats confondus, **34 adolescents, soit 47.9%, ont été interrogés sur une éventuelle problématique auto agressive et 27 adolescents, soit 38%, ont été interrogés sur une problématique suicidaire.**

- Parmi les 32 adolescents présentant un score BITS ≥ 3 , un seul n'a pas été interrogé sur une problématique auto-agressive et 7 n'ont pas été interrogés sur une problématique suicidaire.
- Parmi les adolescents présentant un score BITS < 3 (N=39), 3 ont été interrogés sur une problématique auto-agressive dont 2 ont été interrogés secondairement sur une problématique suicidaire.

Tous les adolescents n'ayant pas été questionnés par le BITS test n'ont pas été interrogés sur une problématiques auto-agressive ou suicidaire.

Les résultats sont détaillés en *annexe 9*.

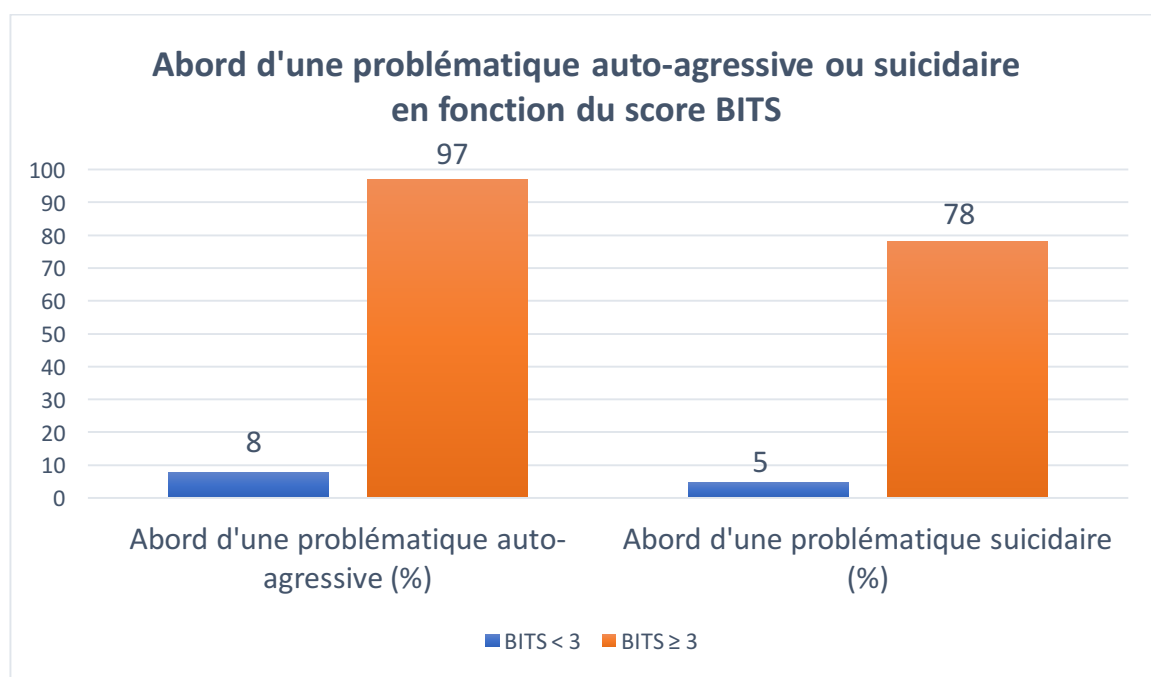


Figure 5: Abord d'une problématique auto-agressive ou suicidaire en fonction du score BITS

d) Découverte d'une problématique auto-agressive ou suicidaire

Parmi les 34 adolescents interrogés sur une problématique auto-agressive ou suicidaire, 61.7% (N= 21) ont déclaré une problématique, dont le détail est le suivant :

- 19 adolescents ont déclaré une problématique auto-agressive, dont 11 qui n'étaient pas connues du médecin généraliste.
- 5 adolescents ont déclaré une problématique suicidaire non connue du médecin généraliste, dont 3 déclaraient également une problématique auto-agressive.

Donc, grâce à l'utilisation du BITS test, **une problématique auto agressive ou suicidaire non connue du médecin généraliste a pu être découverte dans 47% (n=16) des cas.**

Parmi les adolescents interrogés sur une problématique auto-agressive ou suicidaire (N=34), lorsque le BITS test était supérieur ou égal à 3, soit chez 31 adolescents, une problématique auto-agressive ou suicidaire était retrouvée chez 20 adolescents soit une valeur prédictive positive (VPP) de **64.5%**. Inversement, lorsque le score BITS était inférieur à 3, seulement 1 adolescent présentait des comportements auto-agressifs ou suicidaires, soit une valeur prédictive négative (VPN) de **66.7%**.

	BITS < 3 (n=3)	BITS ≥ 3 (n=31)
AA ou IS présentes (n=21)	1 (33.3%)	20 (64.5%)
AA ou IS absentes (n=13)	2 (66.7%)	11 (35.5%)

Tableau 4: Calcul des VPP et VPN

e) Suites données aux problématiques auto-agressives ou suicidaires découvertes

Les graphiques suivant détaillent les orientations proposées au décours de la consultation lorsqu'une problématique auto-agressive ou suicidaire a été déclarée.

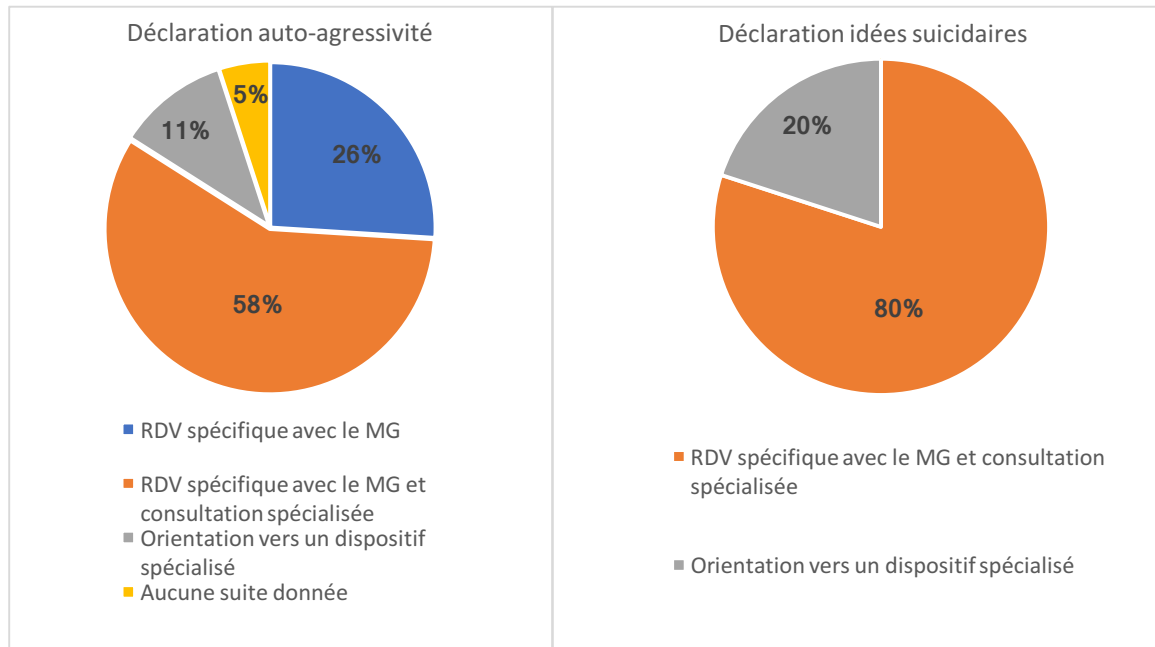


Figure 6: Les suites données aux découvertes de problématiques auto-agressives et suicidaires

Tous les résultats sont détaillés en *annexe 9*.

4. ANALYSES BI-VARIEES

a) Freins potentiels à la réalisation du BITS test en consultation

Parmi les 102 adolescents rencontrés par les médecins généralistes dans l'étude, seulement 71 ont été soumis aux questions du BITS test lors de la consultation. Nous avons tenté d'identifier les freins potentiels à sa réalisation.

Nous pouvons constater qu'il n'y a pas de lien significatif entre la réalisation du BITS test en consultation et le sexe de l'adolescent ($p=0.14$) ou la présence d'un accompagnant ($p=0.13$).

Il y a une relation significative entre la réalisation du BITS test en consultation et le motif initial de consultation avec un $p=0.01$. En effet, les médecins généralistes avaient plus souvent recours à l'utilisation du BITS test lors de consultation pour un motif psychologique.

	BITS test +	BITS test -	Total	p
Sexe				
Homme	30	18	48	
Femme	41	13	54	
				0.14
Motif de consultation				
Somatique	35	21	56	
Psychologique	21	1	22	
Administratif	15	9	24	
				0.01
Accompagnant				
Oui	45	25	70	
Non	26	6	32	
				0.13

Tableau 5: Lien entre la réalisation du BITS test en consultation et différentes variables

b) Freins potentiels à l'abord des questionnements sur l'auto-agressivité ou les idées suicidaires

Un BITS supérieur ou égal à 3 est lié significativement à l'abord des questions sur l'auto-agressivité ou les idées suicidaires avec un **p=0.034**. Cependant, nous avons pu constater que lorsque le BITS test était supérieur ou égal à 3, les adolescents n'étaient pas forcément interrogés sur une problématique auto-agressive ou suicidaire. Nous avons donc cherché une corrélation entre l'abord des questionnements sur l'auto-agressivité/les idées suicidaires et différentes variables. Les questions sur d'éventuelles problématiques auto-agressives ou suicidaires semblent d'avantage abordées lorsqu'il s'agit initialement d'un motif psychologique (**p=0.016**) et que l'adolescent n'est pas accompagné pour la consultation (**p=0.01**).

	Q° AA/IS +	Q° AA/IS -	Total	p
Score BITS				
< 3	3	67	70	
≥ 3	31	1	32	
				0,034
Sexe				
Homme	13	35	48	
Femme	21	33	54	
				0.2
Motif de consultation				
Somatique	11	45	56	
Psychologique	21	1	22	
Administratif	2	22	24	
				0.016
Accompagnant				
Oui	18	52	70	
Non	16	16	32	
				0.01

Tableau 6 : Lien entre l'abord des problématiques auto-agressives et/ou suicidaires et différentes variables

c) Relation entre la découverte de problématiques auto-agressives ou suicidaires et l'appropriation du BITS test

Nous nous sommes interrogés sur la possible corrélation entre la découverte de problématiques auto-agressives ou suicidaires auprès des adolescents et la volonté de poursuivre le BITS test dans la pratique courante au long cours.

- Sur 5 MG ayant découvert une problématique auto-agressive et/ou suicidaire sur au moins un adolescent, 4 d'entre eux ont déclaré souhaiter poursuivre le BITS test dans leur pratique courante **(80%)**.
- Sur 7 MG n'ayant pas découvert de problématique auto-agressive et/ou suicidaire, 5 d'entre eux ont déclaré souhaiter poursuivre le BITS test au long cours **(71%)**.

	Poursuivre l'utilisation du BITS test dans la pratique courante	Ne pas poursuivre l'utilisation du BITS test dans la pratique courante
Découverte AA ou IS	4	1
Pas de découverte AA ou IS	5	2

Tableau 7: relation entre la découverte d'une problématique auto-agressive et/ou suicidaire et la poursuite de l'utilisation du BITS test dans la pratique courante

Bien que ces résultats laissent présager une appropriation du test plus marquée chez ceux ayant mis à jour des conduites à risques, l'analyse statistique via un test exact de Fisher retrouve un p-value à 1 et un Odds Ratio à 1.5398. L'intervalle de confiance à 95% est compris entre [0.058 ; 117.5518]. Il ne nous est donc pas possible de conclure significativement à une association entre la découverte d'idées suicidaires par le BITS et son appropriation par les MUBITS.

5. RESULTATS ANNEXES

a) Caractéristiques des adolescents

Au total, 102 adolescents ont été inclus dans l'étude et 71 ont répondu aux questions du BITS test soit environ deux sur trois **(69.6%)**. On retrouve en moyenne 6 fiches adolescents par médecin. Les médecins généralistes ont posé les questions du BITS test en moyenne à 4.5 adolescents durant leur consultation. Parmi les adolescents inclus, **47%** étaient des filles et **53%** des garçons. L'âge moyen était de **15.5 ans**. En consultation, **31.4%** des adolescents étaient seuls et **68.6%** étaient accompagnés. Ils consultaient pour un motif somatique dans **54.9%** des cas, psychologique dans **21.5%** des cas et administratif dans **23.6%** des cas. Les médecins généralistes connaissaient les adolescents dans **95%** des cas.

Concernant les déclarations d'auto-agressivité ou d'idées suicidaires :

- Parmi les adolescents questionnés sur l'auto-agressivité (n=34), **55.8%** (n=19) déclarent une problématique d'auto-agressivité dont **32.3%** (n=11) non connues du médecin généraliste.
- Parmi les adolescents ayant vraiment eu à répondre à une question directe sur le suicide (n=27), **18.5%** (n=5) déclarent des d'idées suicidaires.

L'ensemble des caractéristiques de cette population est présenté dans les tableaux des annexes 7 à 9.

IV. DISCUSSION

1. SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RESULTATS

Parmi les médecins généralistes pris au hasard et ayant répondu aux sollicitations, 36 ont accepté de participer à l'étude soit un taux d'acceptation du principe du BITS test de 66.6%. Parmi eux, 44.4% ont réalisé le BITS test. Cela nous a permis de recueillir les questionnaires de 102 adolescents, dont 71, soit environ 2 adolescents sur 3, ont été questionnés par le BITS test. L'appropriation du BITS test est de 56.3% parmi les médecins l'ayant utilisé. Un peu moins de la moitié des adolescents (47.9%) ayant eu à répondre aux questions du BITS test ont été interrogés sur une éventuelle problématique auto-agressive ou suicidaire. Le BITS test a permis de découvrir une problématique auto-agressive ou suicidaire chez 61.7% des adolescents interrogés dont 47% étaient non connues du médecin généraliste. Concernant les suites données aux consultations, 58% des adolescents ayant déclaré une problématique auto-agressive et 80% des adolescents ayant déclaré une problématique suicidaire ont été orientés vers un dispositif spécialisé avec un suivi conjoint du médecin généraliste.

2. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

a) Forces de l'étude

Dans une volonté de se rapprocher au maximum de la pratique courante, tous les médecins participants à l'étude ont été randomisés, ce qui permet de limiter le biais de sélection. De plus, aucun médecin n'a été rémunéré pour participer à l'étude, ce qui renforce la validité interne de l'étude, en limitant les biais de recrutement.

Les caractéristiques de notre population de médecins généralistes sont celles de la population générale avec une proportion quasiment équivalente d'hommes et de femmes. Les MUBITS exercent dans l'ensemble de la Vienne, tant dans des milieux urbains que semi-ruraux, ce qui permet une bonne représentativité de l'ensemble des médecins généralistes du département.

Les caractéristiques des adolescents inclus dans l'étude sont comparables à la population générale et aux données de la littérature par leur âge, le motif de consultation et la présence ou non d'un accompagnant (29,30,49).

b) Limites de l'étude

La principale limite de cette étude est le nombre de perdus de vue au cours de l'étude. Malgré un effectif initial de 36 médecins généralistes acceptant de participer à l'étude, 24 soit 66.6% n'ont pas initié ou terminé l'étude.

Les médecins participants ont envoyé leurs fiches pour tous les adolescents rencontrés en consultation, même si les questions du BITS test n'avaient pas été abordées. Par conséquent, nous avons un grand nombre d'adolescents inclus dans l'étude, mais environ un tiers n'ont pas été soumis aux questions du BITS test.

Parmi les médecins généralistes ayant abandonné l'étude ou n'ayant pas utilisé le BITS test, 30% rapportent que c'est par manque de temps, avec une impression générale d'un questionnaire trop long à remplir.

En effet, certains médecins ont déclaré avoir pensé à utiliser le BITS test lors de leur consultation mais n'avaient cependant pas le temps de compléter les 24 items du questionnaire. Ceci s'intègre dans le contexte actuel des difficultés perçues par les médecins généralistes de traiter plusieurs problématiques en consultation, en un temps très limité (environ 16 minutes par consultation) (50). La rigueur du recueil des questionnaires dans le cadre de cette étude s'éloigne de la pratique courante du BITS, qui se veut être court et concis dans son utilisation. En effet, le BITS test a été conçu pour permettre aux médecins généralistes de disposer d'un outil de dépistage court, simple et facilement intégrable en consultation afin de leur permettre de dépister de manière routinière un plus grand nombre d'adolescent sans que cela rallonge leur temps de consultation. Le relevé descriptif attendu dans notre étude était donc trop rigoureux et a sans doute modifié l'exercice quotidien des médecins généralistes.

De plus, la période de recueil des données était limitée à 14 jours minimum et 28 jours maximum, ce qui a paru être un délai trop court pour de nombreux médecins généralistes. En effet, plusieurs médecins ont rapporté ne pas avoir régulièrement d'adolescents en consultation pour pouvoir en inclure suffisamment sur une période de temps restreint (30).

3. DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS ET PROBLEMATIQUES SOULEVEES

a) Un faible taux de réalisation du BITS test malgré une bonne acceptation de son principe

Parmi les 36 médecins généralistes ayant accepté de participer à l'étude, moins de la moitié (44.4%) ont utilisé le BITS test en consultation avec au moins un adolescent. Paradoxalement, le BITS test semblait pourtant bien accepté par les médecins généralistes de la Vienne qui avait été sollicités, avec un taux d'acceptation du principe du BITS test de 66.6%.

On souligne une disparité selon le mode de recrutement, puisque deux tiers des médecins ayant accepté de participer à l'étude étaient issus des médecins généralistes rencontrés à leur cabinet, contre seulement un tiers de participation pour les médecins sollicités par mail/téléphone. Ceci se confirme également dans la thèse du Dr LESERGENT Camille qui effectuait l'étude MUBITS 79 au sein des Deux-Sèvres, et qui a eu un taux d'acceptation de 90% parmi les médecins généralistes sollicités au cabinet contre 28% pour les médecins généralistes sollicités par mail et/ou téléphone (64).

Cette différence se retrouve également sur l'utilisation du BITS test, puisque la moitié (50%) des médecins généralistes rencontrés au cabinet ont utilisé le BITS test contre un tiers (33%) des médecins contactés par téléphone et/ou par mail.

Ce contraste peut s'expliquer d'une part, par la différence de présentation de l'étude selon le mode de sollicitation. En effet, la rencontre au cabinet permettait de fournir des explications plus détaillées sur l'intérêt du BITS-test et les modalités de l'étude. D'autre part, le contact direct est privilégié en médecine générale car il permet une meilleure communication. A l'inverse, l'échange par téléphone ou par mail est plus impersonnel et peut créer une distance entre les deux interlocuteurs, favorisant le refus.

Ces résultats laissent donc présager non pas d'un manque de volonté des médecins généralistes à utiliser le BITS test mais plutôt de freins inhérents à son intégration en consultation à l'intérieur d'un questionnaire. En effet, les médecins semblent concernés par le dépistage car une grande majorité a accepté de participer à l'étude, cependant la mise en pratique semble plus complexe.

Cela peut s'expliquer notamment par le manque de temps en consultation dédié au dépistage. Nous avons pu constater ces dernières années une augmentation des déserts médicaux, avec des médecins généralistes restreints en nombre et donc de plus en plus sollicités. Par conséquent, le temps consacré aux activités de dépistage s'en trouve amputé, alors qu'il a été démontré qu'une durée plus longue des consultations permettait une meilleure détection des idées suicidaires (51). Ceci se confirme dans nos résultats puisque 30% des médecins ayant abandonné l'étude l'ont justifié par un manque de temps.

De nombreuses études mettent également l'accent sur le manque de formation concernant l'évaluation et la gestion du risque suicidaire ainsi que les difficultés d'accès au service de santé mentale comme principaux obstacles au dépistage et à l'abord des questions concernant le suicide. (31,52,53,57). Les médecins seraient donc moins enclins à rechercher un risque suicidaire ou auto-agressif, n'étant pas à l'aise avec la prise en charge ou n'ayant pas de services adaptés pour cela à l'échelle locale en cas de dépistage positif.

Les médecins ont également fait part du manque d'adolescent rencontré en consultation. En effet, 40% des médecins généralistes ayant abandonné l'étude malgré une acceptation initiale se sont justifiés par le faible nombre d'adolescents rencontrés en consultation. Selon les données de l'INSEE de 2020, le département de la Vienne comptabilise 81 915 adolescents âgés de 15 à 19 ans, ce qui représente 18.6% de la population du département (55). De plus, bien qu'environ 75 % de la population des 15-19 ans consulte au moins une fois par an un médecin généraliste (56), les adolescents consultent peu avec une moyenne de 2.1 consultations par an pour les garçons et 2.5 consultations pour les filles (30), soit environ 8% de l'ensemble des consultations des généralistes (49).

Enfin, contrairement à l'étude internationale de 2019 (44), l'absence de rémunération des médecins généralistes peut également expliquer le faible taux de réalisation du BITS test. En effet, plusieurs études mettent en évidence l'absence de rémunération ou de cotation spécifique comme un frein à la réalisation des tests de dépistage du fait du temps consacré à leur réalisation et des conséquences qui en découlent (52,57,58).

b) Une volonté d'intégrer le BITS test dans sa pratique courante accentuée par son utilisation

Concernant l'appropriation du BITS test, on note que plus de la moitié (56.3 %) des médecins généralistes ayant utilisé le BITS test indiquent qu'ils souhaitent continuer à l'utiliser dans leur pratique courante. Ce chiffre est superposable aux résultats de la Thèse du Dr CHOURY Morgane, qui a réalisé l'étude MUBITS dans le département de Charente-Maritime et qui retrouve un taux d'appropriation de 56%. Cela illustre bien la volonté des médecins généralistes de Nouvelle-Aquitaine d'introduire le BITS test dans leur pratique courante. (65) Cependant, ces résultats sont à nuancer. En effet, si l'on regarde le taux d'appropriation du BITS test parmi l'ensemble des médecins ayant accepté de participer à l'étude (n=36), alors celui-ci n'est que de 25%.

Nous pouvons donc voir une grande différence en termes d'appropriation entre les médecins généralistes ayant reçu simplement une information détaillée sur le BITS test et ceux en ayant fait l'usage en pratique courante.

Certains médecins généralistes ont évoqué souhaiter poursuivre l'utilisation du BITS test mais seulement avec certains adolescents. En effet, ils rapportent une réticence ou un manque de pertinence à poser les questions du BITS test lorsque le motif initial ne s'y prêtait pas notamment pour des motifs somatiques ou administratifs, ce qui représente une part non négligeable des consultations d'adolescents. Cet argument est conforté par une étude de 2008 ayant évalué qualitativement le point de vue des patients et des médecins généralistes sur le dépistage des troubles suicidaires. Les médecins ont en effet déclaré qu'ils dépistaient sélectivement les patients atteints de dépression (59).

c) Le BITS test : une ouverture pour parler du suicide

Un tiers (n=34) des adolescents rencontrés en consultation ont été questionnés sur la présence d'une problématique auto-agressive ou suicidaire. Parmi ceux interrogés sur l'auto-agressivité ou le suicide, la majorité (91%) présentait un score BITS ≥ 3 . Nos analyses statistiques retrouvent un lien significatif entre l'abord des problématiques auto-agressives ou suicidaires et un score BITS ≥ 3 .

Lorsque le BITS test était supérieur ou égal à 3, 20 adolescents parmi ceux interrogés ont déclaré présenter des problématiques auto-agressives ou suicidaires soit une valeur prédictive positive de 64.5% dans notre étude. Il est important de souligner que lorsque l'on a un score de 0 à un BITS, nous pouvons être pleinement rassuré. En effet, lors d'une précédente étude de 2019 sur le BITS test la sensibilité du test était de 66% et la spécificité de 82.5% (44). Cela peut permettre au médecin généraliste d'éliminer rapidement, avec 4 questions banales un doute sur un risque suicidaire.

Nos analyses statistiques ont permis d'établir un lien significatif entre l'abord des questionnements sur l'auto-agressivité et/ou les idées suicidaires et le motif initial de consultation ainsi que la présence d'un accompagnant. En effet, les questions sur d'éventuelles problématiques auto-agressives ou suicidaires semblent davantage abordées lorsqu'il s'agit initialement d'un motif psychologique et que l'adolescent n'est pas accompagné pour la consultation.

Dans certaines études, il est mis en avant la présence parentale comme un frein à l'expression de problématiques d'ordre psychologique par les adolescents. Cependant ces derniers préfèrent en majorité être accompagné lors des consultations car ils considèrent la présence parentale comme source de confiance et de réassurance (54). La présence parentale pourrait être mise en avant auprès des médecins généralistes comme une « sécurité » ressentie par l'adolescent et non comme un frein. En effet, le médecin pourrait plus facilement aborder les problématiques auto-agressives ou suicidaires en sachant l'adolescent accompagné dans l'hypothèse qu'une problématique serait mise à jour.

Enfin, nous pouvons constater qu'aucun médecin n'a abordé les questions sur l'auto-agressivité ou le suicide sans avoir utilisé le BITS test au préalable. Ceci nous montre donc l'intérêt du BITS test si l'on veut tendre à des consultations qui abordent davantage la problématique suicidaire auprès des adolescents.

4. PERSPECTIVES DE REFLEXION

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer si le BITS test pouvait être intégré de manière routinière en consultation chez tous les adolescents âgés de 13 à 18 ans. Il en ressort que les médecins généralistes rencontrent des difficultés à intégrer le test dans leur consultation puisque moins de la moitié (44.4%) des médecins ayant accepté de participer à l'étude ont pu le mettre en pratique, bien que la majorité souhaitent poursuivre son utilisation dans leur pratique courante.

Le manque de temps apparaît comme le principal frein évoqué à la réalisation du BITS test en consultation et intervient dans un contexte d'épuisement des médecins généralistes (60,61). On pourrait ainsi se questionner sur la mise en place d'une cotation spécifique de ces consultations de dépistage, qui pourrait valoriser l'utilisation du BITS test et la gestion potentielle de problématiques mises à jour. En effet, cela existe déjà pour l'échelle Hamilton dans le dépistage de la dépression chez l'adulte. Mais cela irait à l'encontre du principe du BITS qui a été créé pour être intégré de manière routinière dans la consultation de médecine générale et non pour l'allonger. Cependant, si ces consultations étaient revalorisées, les médecins généralistes pourraient proposer des consultations plus longues leur permettant de gérer les situations de souffrance mise à jour par le BITS test.

Lors des dernières discussions du ministère de la santé concernant l'offre de soins des médecins généralistes, il a été abordé la mise en place d'une consultation de prévention d'une durée de 45 minutes à un tarif de 30 euros à partir de 18 ans. Cela pourrait être une piste de travail afin de se demander si un format similaire pourrait s'adapter chez les adolescents (62). Toutefois, cette problématique semble d'actualité, puisqu'actuellement une campagne de sensibilisation est réalisée par l'Assurance Maladie auprès des médecins généralistes afin d'étendre l'usage du BITS sur le territoire national (63).

De plus, la présentation et l'accès du BITS test auprès des médecins généralistes pourraient être améliorés afin que son utilisation s'intègre comme un automatisme en consultation. Nous pourrions penser que son intégration au carnet de santé sur une page spécifique ou bien la création de supports physiques et faciles d'utilisation (plaquettes etc.) à distribuer aux médecins généralistes résumant les items du BITS test et l'interprétation de son résultat pourrait faciliter son utilisation. Ainsi, une étude complémentaire qualitative pour évaluer les freins à l'utilisation du BITS test en consultation pourrait être pertinente.

De plus, malgré un abord des questions suicidaires ou auto-agressives facilité par cet outil, certains adolescents ayant un score au BITS supérieur ou égal à 3 n'ont pas été questionnés sur ces problématiques. De même, lorsque des idées suicidaires ou des automutilations ont été évoquées, il n'y a pas eu systématiquement de suites données, ce qui laisse entendre que les médecins généralistes rencontrent des difficultés à gérer ces problématiques. Cependant, on peut constater que lorsqu'ils posent la question sur une éventuelle problématique auto-agressive ou suicidaire, ils en découvrent un tiers, ce qui n'est pas négligeable. On pourrait donc s'interroger sur les difficultés rencontrées par les médecins généralistes face à la découverte des problématiques suicidaires, ce qui pourrait être un frein à sa recherche.

Nous pourrions également nous questionner sur l'intérêt à mettre en place des réseaux de soins locaux ou des parcours de soins définis, en lien avec les structures médico-sociales pour faciliter la prise en charge et l'orientation des adolescents ayant mis à jour une problématique. Une étude qualitative sur les freins à l'abord et à la gestion de ces problématiques pourrait être intéressante à mener.

Enfin, au vu des difficultés rencontrées lors du recueil des données, en lien avec un questionnaire jugé trop long, il serait pertinent de s'interroger sur la réalisation d'une étude se rapprochant au plus près de la pratique et de la réelle utilisation du BITS test avec un relevé très concis comportant des questions fermées, telles que :

- Utilisation du BITS test : oui/non
- Une problématique auto-agressive ou suicidaire a-t-elle été mise en évidence : oui/non
- Si oui, était-elle connue du médecin : oui/ non

V. CONCLUSION

Le dépistage du risque de suicide chez les adolescents est un enjeu majeur de santé publique et les médecins généralistes en sont les acteurs principaux. Le BITS test, reconnu depuis 2021 par la HAS comme l'outil principal dédié à ce dépistage, permet de faciliter le repérage des problématiques auto-agressives et suicidaires par le biais de questions simples et routinières. Malgré une volonté des médecins généralistes de la Vienne à intégrer ce test lors de leurs consultations, ils semblent rencontrer des difficultés à l'appliquer auprès des adolescents notamment du fait d'un manque de temps et de moyen face à la découverte d'auto-agressivité ou d'idée suicidaire. En effet, cela semble être l'un des freins majeurs à son utilisation. Il serait donc pertinent de mener des études complémentaires, à plus grande échelle, afin d'évaluer les principaux freins à la généralisation du BITS test et notamment de s'interroger sur la mise en place d'une cotation spécifique du BITS test afin de valoriser son utilisation en consultation, ainsi que faciliter l'accompagnement des médecins généralistes face à la découverte d'auto-agressivité ou d'idées suicidaires.

BIBLIOGRAPHIE :

1. OMS. Santé des adolescents [en ligne]. [cité 13 oct 2023]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health>
2. Patel PK, Leathem LD, Currin DL, Karlsgodt KH. Adolescent Neurodevelopment and Vulnerability to Psychosis. *Biol Psychiatry*. 2021;89(2):184-93.
3. Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*. 2012 ;379(9834) :2373-82.
4. Haute Autorité de Santé. Idées suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : repérer, évaluer et orienter la prise en charge. [en ligne]. [cité 5 juin 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3289297/fr/idees-suicidaires-chez-l-enfant-et-l-adolescent-reperer-evaluer-et-orienter-la-prise-en-charge
5. Santé mentale des adolescents : Santé publique France rediffuse et renforce sa campagne #JenParleA [Internet]. [cité 23 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/sante-mentale-des-adolescents-sante-publique-france-rediffuse-et-renforce-sa-campagne-jenparlea>
6. Janssen E. Tentatives de suicides, pensées suicidaires et usages de substances psychoactives chez les adolescents français de 17 ans. Premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2017 et évolution depuis 2011. *BEH*. 2019;3(4):74
7. Suicidaires et suicidants [en ligne]. [cité 13 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.medecin-ado.org/le-mal-etre-de-l-adolescent/suicidaires-et-suicidants>
8. Grossberg A, Rice T. Depression and Suicidal Behavior in Adolescents. *Med Clin North Am*. 2023 ;107(1):169-82.
9. Périsset D, Cohen D. Suicide des jeunes : un point sur les facteurs de risque. *Carnet PSY*. 2003;85(8):29-31.
10. Chadi N, Ryan NC, Geoffroy MC. COVID-19 and the impacts on youth mental health: emerging evidence from longitudinal studies. *Can J Public Health Rev Can Santé Publique*. 2022;113(1):44-52.
11. 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)
12. Mille C, Boudailliez B, Garny de La Rivière S. Covid-19 et adolescence : constats cliniques et réflexions psychopathologiques à propos de quelques incidences immédiates ou différées. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2023 ;71(4):201-8.
13. Balt E, Mérelle S, van Bergen D, Gilissen R, van der Post P, Looijmans M, et al. Gender differences in suicide-related communication of young suicide victims. *PLoS ONE*. 2021;16(5)
14. Les troubles de l'alimentation chez les adolescents : Les principes de diagnostic et de traitement. *Paediatr Child Health*. 1998 ;3(3) :193-6.
15. Crise suicidaire : agir avant la tentative de suicide [en ligne]. [cité 12 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/urgence/pathologies/crise-suicidaire-tentative-suicide>

16. Morken IS, Dahlgren A, Lunde I, Toven S. The effects of interventions preventing self-harm and suicide in children and adolescents: an overview of systematic reviews. *F1000Research*.2020;8:890.
17. Binder P. Tabac, cannabis et investissements relationnels. *Rev Prat*. 2003;tome 17(606):8.
18. Carballo JJ, Llorente C, Kehrmann L, Flamarique I, Zuddas A, Purper-Ouakil D, et al. Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020 ;29 (6):759-76.
19. Comment qualifier le mal-être ? [en ligne]. [cité 12 mai 2023]. Disponible sur: <https://medecin-ado.org/le-mal-etre-de-l-adolescent/comment-qualifier-le-mal-etre>
20. Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M, Thomas JG, Mostkoff K, Cote J, et al. Evaluating Iatrogenic Risk of Youth Suicide Screening ProgramsA Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2005;293(13):1635-43.
21. Asarnow JR, Jaycox LH, Duan N, LaBorde AP, Rea MM, Murray P, et al. Effectiveness of a Quality Improvement Intervention for Adolescent Depression in Primary Care ClinicsA Randomized Controlled Trial. *JAMA*.2005 ;293(3):311-9.
22. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide Prevention StrategiesA Systematic Review. *JAMA*.2005;294(16):2064-74.
23. Horowitz LM, Ballard ED, Pao M. Suicide screening in schools, primary care and emergency departments. *Curr Opin Pediatr*.2009;21(5):620-7.
24. Milliman CC, Dwyer PA, Vessey JA. Pediatric Suicide Screening: A Review of the Evidence. *J Pediatr Nurs Nurs Care Child Fam*.2021 ;59:1-9.
25. Binder P, Heintz AL, Servant C, Ingrand P. Alerte sur l'augmentation des tentatives de suicides des filles de 15 ans en France. *Le concours médical [en ligne]*.2014 [cité 30 oct 2016] ;(136(1) :24). Disponible à : http://www.leconcoursmedical.fr/sites/default/files/cm_2014_1_23.pdf.
26. Tylee A, Haller DM, Graham T, Churchill R, Sanci LA. Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? *Lancet Lond Engl*. 2007;369(9572):1565-73.
27. Tudrej BV, Heintz AL, Ingrand P, Gicquel L, Binder P. What do troubled adolescents expect from their GPs? *Eur J Gen Pract*.2016;22(4):247-54.
28. Tudrej BV, Heintz AL, Rehman MB, Marcelli D, Ingrand P, Binder P. Even if they are not aware of it, general practitioners improve well-being in their adolescent patients. *Eur J Gen Pract*. 2017 ;23(1):182-9.
29. Binder P, Jouhet V, Valette T, Goasdoué E, Marcelli D, Ingrand P. Interactions adolescent- médecin généraliste en consultation. *Rev Prat*.2009; volume 59:5
30. Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale? *Rev Prat*. 2005; volume 55:1073
31. Feldman MD, Franks P, Duberstein PR, Vannoy S, Epstein R, Kravitz RL. Let's Not Talk About It: Suicide Inquiry in Primary Care. *Ann Fam Med*.2007;5(5):412-8.
32. Implementing Suicide Risk Screening in a Pediatric Primary Care Setting: From Research to Practice - PMC [en ligne]. [cité 23oct 2023]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8908796/>

33. Frankenfield DL, Keyl PM, Gielen A, Wissow LS, Werthamer L, Baker SP. Adolescent Patients—Healthy or Hurting? Missed Opportunities to Screen for Suicide Risk in the Primary Care Setting. *Arch Pediatr Adolesc Med.*2000 ;154(2):162-8.
34. Binder P, Heintz AL, Haller DM, Favre AS, Ingrand P, Vanderkam P. Détection des problématiques suicidaires en soins premiers. Une étude internationale du BITS-Test (Brimade-Insomnie-Tabac-Stress). *Early Intervention in Psychiatry.* 2019;1–7
35. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact With Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence. *Am J Psychiatry.*2002;159(6):909-16.
36. Primary and Secondary Prevention of Youth Suicide | Pediatrics | American Academy of Pediatrics [en ligne]. [cité 23 oct 2023]. Disponible sur: https://publications.aap.org/pediatrics/article/145/Supplement_2/S195/34394/Primary-and-Secondary-Prevention-of-Youth-Suicide?autologincheck=redirected
37. Varghese P, Gray BP. Suicide Assessment of Adolescents in the Primary Care Setting. *J Nurse Pract.*2011 ;7(3) :186-92.
38. Clauss A. Évaluation de la page prévention du carnet de santé par des adolescents de 15-16 ans: étude du contenu et de la pertinence de la page, méthode qualitative par entretiens collectifs [thèse].Bordeaux : université de Bordeaux;2021.69 p:15-16
39. Binder P, Heintz AL, Servant C, Roux MT, 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 Interv Psychiatry.* 2018;12(4):637.
40. Van Geel M, Vedder P, Tanilon J. Relationship Between Peer Victimization, Cyberbullying, and Suicide in Children and Adolescents: A Meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2014;168(5):435-42.
41. McCall WV, Batson N, Webster M, Case LD, Joshi I, Derreberry T, et al. Nightmares and Dysfunctional Beliefs about Sleep Mediate the Effect of Insomnia Symptoms on Suicidal Ideation. *J Clin Sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med.*2013;9(2):135-40.
42. Riala K, Taanila A, Hakko H, Räsänen P. Longitudinal Smoking Habits As Risk Factors for Early-Onset and Repetitive Suicide Attempts: The Northern Finland 1966 Birth Cohort Study. *Ann Epidemiol.*2009;19(5):329-35.
43. Stanley IH, Snyder D, Westen S, Ballard ED, Teach SJ, Kapetanovic S, et al. Self-Reported Recent Life Stressors and Risk of Suicide in Pediatric Emergency Department Patients. *Clin Pediatr Emerg Med.*2013;14(1):35-40.
44. Binder P, Heintz AL, Haller DM, Favre AS, 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 Interv Psychiatry.* 2020;14(1):80-6.
45. Annuaire santé d'amel.fr [en ligne]. [cité 23 oct 2023]. Disponible sur: http://annuaire.sante.ameli.fr/professionnels-de-sante/recherche/liste-resultats-page-1-par_page-20-tri-aleatoire.html
46. Conseil National de l'Ordre des Médecins [en ligne]. [cité 23 oct 2023]. Résultats de recherche. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/annuaire/resultats>

- 47.** Tirage au Sort - Générateur de Hasard (Nombre/Choix) en Ligne [en ligne]. [cité 23 oct 2023]. Disponible sur : <https://www.dcode.fr/tirage-au-sort>
- 48.** BiostaTGV - Statistiques en ligne [en ligne]. [cité 23 oct 2023]. Disponible sur: <http://biostatgv.sentiweb.fr/>
- 49.** Auvray L, LE FUR P. Adolescents : état de santé et recours aux soins. CREDES [en ligne]. 2002 [cité le 21 février 2024];510(1372):18. Disponible sur : <https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2002/rap1372.pdf>
- 50.** La durée des séances des médecins généralistes.pdf. DRESS.2006 [en ligne]. [cité 21 févr 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er481.pdf>
- 51.** Verger P, Brabis PA, Kovess V, Lovell A, Sebbah R, Villani P, et al. Determinants of early identification of suicidal ideation in patients treated with antidepressants or anxiolytics in general practice: a multilevel analysis. *J Affect Disord.*2007;99(1-3):253-7.
- 52.** Christensen LeCloux M, Aguinaldo LD, Lanzillo EC, Horowitz LM. Provider opinions of the acceptability of Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) Tool and the ASQ Brief Suicide Safety Assessment (BSSA) for universal suicide risk screening in community healthcare: Potential barriers and necessary elements for future implementation. *J Behav Health Serv Res.*2022;49(3):346-63.
- 53.** Michail M, Tait L. Exploring general practitioners' views and experiences on suicide risk assessment and management of young people in primary care: a qualitative study in the UK. *BMJ Open.*2016;6(1)
- 54.** Renée V. Point de vue des adolescents sur la place de leur parent en consultation de médecine générale [thèse]. Rouen : université de Rouen; 2014. 93p:79
- 55.** Département de la Vienne (86) | Insee [en ligne]. [cité 21 févr 2024]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-86#tableau-POP_G2
- 56.** Beck F, Richard JB. Les comportements de santé des jeunes: analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis: INPES éd; 2013. (Baromètres santé).
- 57.** Guy S. Diamond, Alana O'Malley, Matthew B. Wintersteen, Sherry Peters, Suzanne Yunghans, Virginia Biddle, Connell O'Brien, Susan Schrand - Attitudes, Practices, and Barriers to Adolescent Suicide and Mental Health Screening: A Survey of Pennsylvania Primary Care Providers - *Sage Journals.* 2012;3(1):29-35
- 58.** Verger P. Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention : les enseignements d'un panel de médecins généralistes en Provence-Alpes-Côte. *Prat Organ Soins.*2007 [cité 21 févr 2024];(38)4:266-267. Disponible sur : https://www.researchgate.net/publication/230777208_Pratique_des_medecins_generalistes_en_matiere_de_prevention_Les_enseignements_d'un_panel_de_medecins_generalistes_en_Provence-Alpes-Cote_d'Azur
- 59.** Bajaj P, Borreani E, Ghosh P, Methuen C, Patel M, Joseph M. Screening for suicidal thoughts in primary care: the views of patients and general practitioners. *Ment Health Fam Med.* 2008 ;5(4):229-35.
- 60.** Egora – « C'est la dernière chance de sauver notre métier » [en ligne]. Les Généralistes-CSMF. [cité 21 févr 2024]. Disponible sur: <https://lesgeneralistes-csmf.fr/2023/01/06/egora-cest-la-derniere-chance-de-sauver-notre-metier-les-medecins-generalistes-dans-la-rue-pour-crier-leur-souffrance/>

- 61.** Burnout des médecins français : enquête 2020. Medscape [en ligne]. [cité 21 févr 2024]. Disponible sur: <https://francais.medscape.com/diaporama/33000229>
- 62.** Mon bilan prévention [en ligne]. [cité 21 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/bilan-prevention-ages-cles>
- 63.** Accueil de l'adolescent en médecine générale [en ligne]. [cité 21 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/accueil-adolescent-medecine-generale>
- 64.** LESERGENT C. Réalisation et appropriation du BITS test par les médecins généralistes des Deux-Sèvres dans le dépistage des problématiques auto-agressives et suicidaires chez les adolescents âgés de 13 à 18 ans : étude MUBITS 79. [Thèse]. Poitiers : Université de Poitiers ; 2023. 40p
- 65.** CHOURY M. Réalisation et appropriation du BITS test par les médecins généralistes de Charente-Maritime dans le dépistage des problématiques auto-agressives et suicidaires chez les adolescents âgés de 13 à 18 ans : étude MUBITS17. [Thèse]. Poitiers : Université de Poitiers ; 2023. 67p

Annexe 1 : mail présentant l'étude MUBITS et le BITS test aux médecins randomisés
Bonjour,

Je me permets de vous solliciter dans le cadre de ma thèse de médecine générale.
Je poursuis une étude nationale qui consiste à évaluer le niveau d'utilisation et d'approbation du score BITS (score de prévention du risque suicidaire chez les adolescents) par les médecins généralistes de la Vienne.
Vous avez accepté de participer à mon étude et je vous en remercie.

- *Le BITS test, c'est quoi ?*

Ce test permet de repérer un mal-être chez les adolescents au moyen de 4 questions routinières concernant : le tabac, le sommeil, le stress et le harcèlement. En cas de test positif c'est-à-dire supérieur ou égal à 3, il amène le praticien à questionner l'adolescent sur une éventuelle problématique auto-agressive ou suicidaire.

Pour plus d'informations, je vous transmets ce lien : <https://www.medecin-ado.org/bits-test>

- *Votre rôle dans l'étude ?*

1^{ère} étape : la réalisation du BITS test en consultation

Comment : poser oralement les 4 questions du BITS test pour tous les adolescents âgés de **13 à 18 ans** vus en consultation, peu importe le motif de la consultation.

Combien de temps : Sur une période de 14 à 28 jours consécutifs.

Combien d'adolescent : idéalement il faudrait que chaque médecin puisse inclure au moins 5 adolescents. Toutefois, je vous invite à me retourner vos questionnaires même si vous n'avez pas pu inclure au moins 5 adolescents.

2^{ème} étape : remplir les questionnaires

Voici ci-joint, un questionnaire adolescent à remplir pour chaque adolescent rencontré en consultation. A la fin du recueil, il vous faudra également remplir un questionnaire médecin ci-joint également.

Je vous invite à me retourner les questionnaires par mail à la fin de la période de recueil de 28 jours.

3^{ème} étape : l'appropriation du BITS test :

Si vous l'acceptez je vous recontacterai 3 mois après (par le moyen qui vous convient le mieux) afin de vous demander si vous utilisez toujours le score BITS dans votre pratique courante.

En vous remerciant par avance de la contribution que vous pourriez apporter à mon travail

Bien confraternellement,
LIENHART Camille

Annexe 2 : Questionnaire adolescent

Questionnaire ADO (Q-MubitsAdo)

(version du 12 juillet 2021)

Annexe 3 : Questionnaire

médecin

N° fiche Ado : .. / _ / _ / _

A remplir par le médecin, **pour tout adolescent vu au cabinet ou à domicile.**

Le contexte de l'adolescent

1- sexe :	☐ M	☐ F	
2- âge :	_ _ ans (entre 13 et 18 ans inclus)		
3- est venu :	☐ seul	☐ Accompagné d'un parent ou éducateur	☐ Accompagné d'un(e) ami(e)
4- est déjà connu du médecin :	☐ Oui	☐ Non	
<u>MOTIF DE CONSULTATION :</u>			
cocher le ou les types motifs annoncés en début de consultation (et non ceux apparaissant en cours de consultation)			
6- ☐ somatique	7- ☐ administratif	8- ☐ psychologique	

Les questions abordées

9-Les questions du "BITS" ont pu être **abordées** au cours de cette consultation ? (Une seule réponse principale)
☐ Oui ☐ Non à cause d'un problème pratique ☐ Non à cause d'une réticence psychologique ☐ Non, autre cause :
en clair.....

Une seule réponse par ligne:

10- ☐ pas de trouble de **sommeil** (0pt). ☐ souvent des Insomnies ou troubles du sommeil (1pt) ☐ - fréquents cauchemars(2pt)

11- ☐ ne fume pas du **tabac** (0 pt) ☐ fume occasionnellement (1pt) ☐ - fume du Tabac au quotidien (2pt)

12- ☐ non **stressé** (0 pt) ☐ Stressé par le travail scolaire ou bien l'ambiance familiale (1pt) ☐ par les deux (2pt)

13- ☐ non **brimé** ni harcelé (0 pt) ☐ Brimé, harcelé ou maltraité à l'école (1pt) ☐ ou/et en **dehors** l'école ou/et sur internet (2pt)

14-somme des points => **Score total BITS** |_|_|

Ce test a permis au médecin de questionner l'ado sur...

15-Une problématique **autoagressive** dans la vie (= des coupures, coups, scarifications volontaires...) ☐ Oui ☐ Non

16-Une problématique **suicidaire** ☐ Oui ☐ Non
(= au moins une tentative de suicide dans la vie ou de fréquentes pensées suicidaires dans les 12 derniers mois)

En réponse à ces questions..

17-L'adolescent.e a **déclaré** une problématique **autoagressive** ☐ Oui ☐ Non

18-Cette problématique **autoagressive** est déjà **connue** du médecin ☐ Oui ☐ Non

19-L'adolescent.e a **déclaré** une problématique **suicidaire** ☐ Oui ☐ Non

20-Cette problématique **suicidaire** était déjà **connue** du médecin ☐ Oui ☐ Non

21-Cette consultation a **généré** : (une seule réponse) : ☐ un RDV au cabinet ET une orientation spécialisée
☐ un RDV spécifique avec le MG ☐ une orientation vers le dispositif spécialisé ☐ Pas de suite spécifique

Le **résultat** de consultation (*décision, conclusion, type de proposition...*) a abordé un autre domaine que le motif initial exprimé :

22- ☐ somatique 23- ☐ administratif 24- ☐ psychologique

Annexe 3 : Questionnaire médecin

Fiche médecin : (Q-MubitsMG- ..)

(version du 1^{er} janvier 2022)

A remplir à la fin du recueil des fiches ados

N° fiche du médecin : ..- / _ / _ / _ /

1. **Sexe:**
☐ homme ☐ femme
2. **Age**
☐ Moins de 40 ans/ ☐ entre 40 et 55 ans / ☐ plus de 55 ans
3. **Exercice :**
☐ seul / ☐ en groupe non MSP/ ☐ en groupe+MSP / ☐ autre.
4. **Mode d'exercice :**
☐ libéral exclusif / ☐ mixte salarié-libéral / ☐ salarié exclusif
5. **Lieu d'exercice :**
☐ <2 000 hab/ ☐ 2 000 à 10 000/ ☐ 10 000 à 50 000 / ☐ 50 000 à 100 000 /
☐ >100 000 hab
6. **Fonction :** je suis maitre de stage Universitaire. : ☐ OUI ☐ NON
7. Je pense **continuer** à utiliser ce test dans ma pratique courante :
☐ avec tous les ados ☐ avec certains ados ☐ je ne compte pas l'utiliser après l'étude
8. Pour les 5 derniers ados, j'ai posé les questions
☐ de **mémoire**, sans rappel visuel ☐ avec une fiche faisant rappel ☐ des 2 façons
9. J'accepte d'être **contacté** dans 3 mois pour évaluation de la continuité de mon usage du BITS (limitée à 3 questions):
☐ OUI ☐ NON
10. Date de démarrage de l'enquete : /.....
Date de fin 28j après /.....
Période de rappel prévu 3 mois après /.....

Annexe 4 : questionnaire médecin à 3 mois

Fiche médecin à 3 mois : (Q-MubitsMG-3mois)

N° du médecin : .. / __ / __ / __ /

1-Je pense **continuer** à utiliser ce test dans ma pratique courante :

☐ avec tous les ados ☐ avec certains ados. ☐ je ne compte pas l'utiliser après l'étude

2-Pour les 5 derniers ados , j'ai posé les questions **de mémoire**, sans rappel visuel.

☐ de mémoire, sans rappel visuel ☐ avec une fiche faisant rappel ☐ des 2 façons

3- Depuis la fin du premier recueil de l'étude, j'ai **découvert** grâce à ce test des problématiques autoagressives ou suicidaires chez des ados (que j'ignorais) : ☐ jamais ☐ une fois ☐ plusieurs

Annexe 5 : Résultats des questionnaires médecin

Caractéristiques de la population	Effectifs N=16	Pourcentages
Sexe		
Homme	7	43.7%
Femme	9	56.3%
Age		
< 40 ans	7	43.7%
40-55 ans	7	43.7%
> 55 ans	2	12.5%
Mode d'exercice		
Seul	0	0%
Groupe non MSP	12	75%
Groupe MSP	4	25%
Mode d'exercice		
Libéral exclusif	13	81.3%
Salariat exclusif	0	0%
Mixte	3	18.7%
Lieu d'exercice		
< 2000 habitants	2	12.5%
2 et 10 000	9	56.3%
10 000 et 50 000	3	18.7%
50 000 et 100 000	2	12.5%
>100 000	0	0%
Maître de stage universitaire		
Oui	8	50%
Non	8	50%
Je pense continuer à utiliser ce test dans ma pratique courante		
Avec tous les adolescents	2	12.5%
Avec certains adolescents	12	75%
Je ne compte pas l'utiliser après l'étude	2	12.5%
Pour les 5 derniers adolescents, j'ai posé les questions		
De mémoire, sans rappel visuel	8	50%
Avec une fiche faisant rappel	6	37.5%
Des 2 façons	2	12.5%
J'accepte d'être recontacté dans 3 mois pour l'évaluation de la continuité de mon usage du BITS		
Oui	15	93.75%
Non	1	6.25%

Annexe 6 : résultats des questionnaires médecin à 3 mois

Utilisation du BITS test à 3 mois	Effectifs N = 12	Pourcentages
Je pense continuer à utiliser ce test dans ma pratique courante		
Avec tous les adolescents	5	41.7%
Avec certains adolescents	4	33.3%
Je ne pense pas l'utiliser après l'étude	3	25%
Pour les 5 derniers adolescents, j'ai posé les questions		
De mémoire, sans rappel visuel	5	41.7%
Avec une fiche faisant rappel	3	25%
Des 2 façons	4	33.3%
Depuis la fin du recueil, j'ai découvert grâce à ce test des problématiques auto-agressives ou suicidaire chez des adolescents, que j'ignorais		
Jamais	7	58.4%
Une fois	4	33.3%
Plusieurs fois	1	8.3%

Annexe 7 : résultats des questionnaires adolescents

Caractéristiques des adolescents	Effectifs N=102	Pourcentage
SEXE		
Homme	48	47%
Femme	54	53%
Âge		
13 ans	20	19.6%
14 ans	13	12.7%
15 ans	18	17.6%
16 ans	18	17.6%
17 ans	17	16.7%
18 ans	16	15.7%
Est venu		
Seul	32	31.4%
Accompagné d'un parent	63	61.7%
Accompagné d'un ami	7	6.9%
Est connu(e) du médecin		
Oui	97	95%
Non	5	5%
Motif initial de consultation		
Somatique	56	54.9%
Administratif	24	23.6%
Psychologique	22	21.5%
Les questions du BITS ont pu être abordées au cours de cette consultation		
Oui	71	69.9%
Non, à cause d'un problème pratique	6	5.9%
Non, à cause d'une réticence psychologique	6	5.9%
Non, autre cause	19	18.6%

Annexe 8 : résultats détaillés du BITS test

Score BITS	Effectifs N=71	Pourcentages
Résultats du BITS		
0	19	26.8%
1	9	12.7%
2	11	15.5%
3	12	17%
4	9	12.6%
5	9	12.6%
6	1	1.4%
7	0	0%
8	1	1.4%
Brimades		
Pas de brimade	51	71.8%
Brimé à l'école	8	11.3%
Brimé en dehors de l'école et/ou sur internet	12	16.9%
Insomnies		
Pas de trouble du sommeil	38	53.5%
Souvent des insomnies	29	40.8%
Fréquents cauchemars	4	5.6%
Tabac		
Ne fume pas de tabac	41	57.7%
Fume occasionnellement	17	23.9%
Fume quotidiennement	13	18.3%
Stress		
Non stressé	28	39.4%
Stressé par le travail scolaire OU l'ambiance familiale	36	50.7%
Stressé par le travail scolaire ET l'ambiance familiale	7	9.8%

Annexe 9 : Questionnement des problématiques auto-agressives et suicidaires et suites données

Problématiques abordées	Effectifs	Pourcentages
Ce test a permis de questionner l'adolescent sur une problématique auto-agressive	N=71	
Oui	34	47.8%
Non	37	52.2%
Ce test a permis de questionner l'adolescent sur une problématique suicidaire	N=71	
Oui	27	38%
Non	44	62%
Déclaration d'une problématique auto-agressive	N=34	
Oui	19	55.8%
Non	15	44.2%
Cette problématique était connue du médecin	N=19	
Oui	8	42.1%
Non	11	57.2%
Déclaration d'une problématique suicidaire	N=27	
Oui	5	18.5%
Non	22	81.5%
Cette problématique était connue du médecin	N=5	
Oui	0	0%
Non	5	100%
Cette consultation a généré	N=102	
Un RDV spécifique avec le médecin	11	10.8%
Une orientation vers un dispositif spécialisé	5	5%
Un RDV avec le médecin et une consultation spécialisée	14	13.7%
Pas de suite spécifique	72	70.5%

RESUME :

Introduction : Le suicide représente la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans ce qui en fait un enjeu majeur de santé publique. L'adolescence est une période de vulnérabilité marquée par de nombreux changements bio-psycho-sociaux, pouvant conduire à des actes auto-agressifs ou suicidaires. Pour limiter ces décès évitables, le dépistage est essentiel et le médecin généraliste y joue un rôle prépondérant. Depuis 2021, la HAS recommande l'utilisation du BITS test auprès des adolescents afin de dépister le risque d'auto-agressivité et de suicide. Ce test a été conçu pour faciliter le dépistage à l'aide de 4 questions simples et routinières. Bien que ce test soit validé, qu'en est-il de son utilisation et de son appropriation par les médecins généralistes en pratique courante ?

Méthode : Cette étude descriptive, quantitative de type audit clinique, réalisée dans le département de la Vienne, a été menée dans le cadre d'une étude nationale multicentrique nommée MUBITS. Elle a été réalisée d'avril 2022 à septembre 2023. L'objectif principal était d'évaluer le taux de réalisation du BITS test par les médecins généraliste de la Vienne. Les médecins généralistes ont été randomisés puis sollicités afin de participer à l'étude. Ils devaient utiliser le BITS test lors de leurs consultations avec au moins 5 adolescents âgés de 13 à 18 ans sur une période de 28 jours. Ils étaient ensuite contactés 3 mois après afin de savoir s'il continuait à utiliser le BITS test dans leur pratique courante.

Résultats : 36 médecins généralistes ont accepté de participer à l'étude, soit un taux d'acceptation de 66.6%. Parmi eux, 16 ont utilisé le BITS test lors de leur consultation soit un taux de réalisation de 44.4%. Cela nous a permis de recueillir 102 questionnaires adolescents qui ont pu être analysés, dont 71 ont été interrogés par le BITS test. 34 adolescents (47.9%) dépistés à travers le BITS test, ont été interrogés sur une éventuelle problématique auto-agressive ou suicidaire. Le BITS test a permis de découvrir une problématique chez 61.7% des adolescents interrogés dont 47% étaient non connues du médecin généraliste. Concernant la découverte de problématiques, 58% des adolescents ayant déclaré une problématique auto-agressive et 80% des adolescents ayant déclaré une problématique suicidaire ont été orientés vers un dispositif spécialisé avec un suivi conjoint du médecin généraliste. Après 3 mois, 9 médecins, parmi ceux ayant utilisé le BITS test, ont déclaré souhaiter poursuivre son utilisation dans leur pratique courante, soit un taux d'appropriation du test de 56.3%.

Discussion : Nos résultats reflètent une bonne acceptation du principe du BITS test par les médecins généralistes mais une difficulté à son utilisation en pratique courante. Les principaux freins mis en évidence sont le manque de temps et la difficulté à gérer des situations de découverte d'auto-agressivité ou d'idées suicidaires. Paradoxalement, on retrouve une bonne appropriation du test par les médecins généralistes puisque la majorité souhaite poursuivre son utilisation en pratique courante. On pourrait s'interroger sur la reconnaissance de ce dépistage par une cotation spécifique pour permettre de valoriser l'utilisation du BITS test, ainsi qu'un accompagnement des médecins généralistes dans la prise en charge de découverte d'auto-agressivité ou d'idées suicidaires. Il serait pertinent de mener des études complémentaires, à plus grande échelle, sur les freins éventuels à la généralisation du BITS test.

Mots clés : Adolescents, Dépistage, Auto-agressivité, Suicide, BITS test

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



RESUME :

Introduction : Le suicide représente la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans ce qui en fait un enjeu majeur de santé publique. L'adolescence est une période de vulnérabilité marquée par de nombreux changements bio-psycho-sociaux, pouvant conduire à des actes auto-agressifs ou suicidaires. Pour limiter ces décès évitables, le dépistage est essentiel et le médecin généraliste y joue un rôle prépondérant. Depuis 2021, la HAS recommande l'utilisation du BITS test auprès des adolescents afin de dépister le risque d'auto-agressivité et de suicide. Ce test a été conçu pour faciliter le dépistage à l'aide de 4 questions simples et routinières. Bien que ce test soit validé, qu'en est-il de son utilisation et de son appropriation par les médecins généralistes en pratique courante ?

Méthode : Cette étude descriptive, quantitative de type audit clinique, réalisée dans le département de la Vienne, a été menée dans le cadre d'une étude nationale multicentrique nommée MUBITS. Elle a été réalisée d'avril 2022 à septembre 2023. L'objectif principal était d'évaluer le taux de réalisation du BITS test par les médecins généraliste de la Vienne. Les médecins généralistes ont été randomisés puis sollicités afin de participer à l'étude. Ils devaient utiliser le BITS test lors de leurs consultations avec au moins 5 adolescents âgés de 13 à 18 ans sur une période de 28 jours. Ils étaient ensuite contactés 3 mois après afin de savoir s'il continuait à utiliser le BITS test dans leur pratique courante.

Résultats : 36 médecins généralistes ont accepté de participer à l'étude, soit un taux d'acceptation de 66.6%. Parmi eux, 16 ont utilisé le BITS test lors de leur consultation soit un taux de réalisation de 44.4%. Cela nous a permis de recueillir 102 questionnaires adolescents qui ont pu être analysés, dont 71 ont été interrogés par le BITS test. 34 adolescents (47.9%) dépistés à travers le BITS test, ont été interrogés sur une éventuelle problématique auto-agressive ou suicidaire. Le BITS test a permis de découvrir une problématique chez 61.7% des adolescents interrogés dont 47% étaient non connues du médecin généraliste. Concernant la découverte de problématiques, 58% des adolescents ayant déclaré une problématique auto-agressive et 80% des adolescents ayant déclaré une problématique suicidaire ont été orientés vers un dispositif spécialisé avec un suivi conjoint du médecin généraliste. Après 3 mois, 9 médecins, parmi ceux ayant utilisé le BITS test, ont déclaré souhaiter poursuivre son utilisation dans leur pratique courante, soit un taux d'appropriation du test de 56.3%.

Discussion : Nos résultats reflètent une bonne acceptation du principe du BITS test par les médecins généralistes mais une difficulté à son utilisation en pratique courante. Les principaux freins mis en évidence sont le manque de temps et la difficulté à gérer des situations de découverte d'auto-agressivité ou d'idées suicidaires. Paradoxalement, on retrouve une bonne appropriation du test par les médecins généralistes puisque la majorité souhaite poursuivre son utilisation en pratique courante. On pourrait s'interroger sur la reconnaissance de ce dépistage par une cotation spécifique pour permettre de valoriser l'utilisation du BITS test, ainsi qu'un accompagnement des médecins généralistes dans la prise en charge de découverte d'auto-agressivité ou d'idées suicidaires. Il serait pertinent de mener des études complémentaires, à plus grande échelle, sur les freins éventuels à la généralisation du BITS test.

Mots clés : Adolescents, Dépistage, Auto-agressivité, Suicide, BITS test