

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Marine PLANCHAND

Le 17 Octobre 2024

**État des lieux des pratiques pour le dépistage du risque
suicidaire chez l'adolescent et l'adolescente par les internes en
médecine générale en Midi-Pyrénées**

Directeur de thèse : Pr Jean Christophe POUTRAIN

JURY :

Madame la Professeure Julie DUPOUY

Monsieur le Professeur Jean Christophe POUTRAIN

Madame la Docteure Alix FERNET SCHERER

Président

Assesseur

Assesseur



UNIVERSITÉ
TOULOUSE III
PAUL SABATIER



FACULTÉ DE SANTÉ

FACULTÉ DE SANTÉ

Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

Doyen - Directeur: Pr Thomas GEERAERTS

Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine

2023-2024

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. SERRANO Elie	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAZORTHE Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROUGE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SIZUN Jacques
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		

Professeurs Émérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur LAROCHE Michel	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	Professeur SIZUN Jacques
Professeur CARON Philippe	Professeur LAUQUE Dominique	Professeur PARINI Angelo	Professeur VIRENQUE Christian
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur PERRET Bertrand	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	
Professeur LANG Thierry	Professeur MESTHE Pierre	Professeur SERRE Guy	

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MALAVAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. BERRY Antoine (C.E.)	Parasitologie	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique cardiovascul
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BUREAU Christophe (C.E.)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MINVILLE Vincent (C.E.)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAUFOUR Xavier (C.E.)	Chirurgie Vasculaire	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	Mme RAUZY Odile (C.E.)	Médecine Interne
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. ROUX Franck-Emmanuel (C.E.)	Neurochirurgie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme HANAIRE Héléne (C.E)	Endocrinologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme TREMOLLIERS Florence (C.E.)	Biologie du développement
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H. 2ème classe	Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HOUZE-CERFON	Médecine d'urgence
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. ROUMIGUIE Mathieu	Urologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie
	Professeurs Associés de Médecine Générale
	M. ABITTEBOUL Yves
	M. BIREBENT Jordan
	M. BOYER Pierre
	Mme FREYENS Anne
	Mme IRI-DELAHAYE Motoko
	Mme LATROUS Leila
	M. POUTRAIN Jean-Christophe
	M. STILLMUNKES André
	Professeurs Associés Honoraires
	Mme MALAUDAUD Sandra
	Mme PAVY LE TRAON Anne
	M. SIBAUD Vincent
	Mme WOISARD Virginie

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	M. GASQ David	Physiologie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Médecine légale et droit de la santé
Mme BENEVENT Justine	Pharmacologie fondamentale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOST Chloé	Immunologie	M. HOSTALRICH Aurélien	Chirurgie vasculaire
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. KARSENTY Clément	Cardiologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	M. LAPEBIE François-Xavier	Médecine vasculaire
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAULAT Charlotte	Chirurgie digestive
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FABBRI Margherita	Neurologie	Mme TRAMUNT Blandine	Endocrinologie, diabète
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOULAA Bruno
M. ESCOURROU Emile
Mme GIMENEZ Laetitia

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
Mme FRANZIN Emilie
M. GACHIES Hervé
M. PEREZ Denis
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle
M. SAVIGNAC Florian

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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

REMERCIEMENTS

A Madame la Professeure, Julie DUPOUY

Je vous remercie d'avoir accepté sans hésiter de présider cette thèse, votre réactivité et votre temps précieux, et d'avoir posé votre regard sur mon travail.

C'est un honneur pour moi d'avoir pu présenter devant vous, j'en suis très reconnaissante.

A Monsieur le Professeur, Jean Christophe POUTRAIN

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir empêchée de rendre le triple de pages attendues. Tu as su toujours être très présent et disponible malgré tout, grâce à toi j'ai pu faire ce travail dans la sérénité. Ta présence, ta bienveillance et tes conseils ont été des boussoles pour mon parcours d'interne et le seront désormais pour celui de Docteur.

Alors merci Jean Christophe, tu as coloré mon parcours universitaire mais pas que, je te souhaite de prendre soin de toi comme tu prends soin des autres.

A Madame la Docteure, Alix FERNET SCHERER

Tu m'as fait l'honneur d'accepter ce premier jury de thèse pour toi, et quelle fierté d'ouvrir le bal ! Ton engagement dans tout ce que tu entreprends me pousse à l'admiration, c'est grâce à des gens comme toi que le monde est un peu meilleur chaque jour. Maintenant tu vas pouvoir mettre ta touche dans le monde universitaire, et tu deviendras un modèle pour beaucoup d'internes j'en suis certaine. Alors merci d'avoir amené ta lumière sur ce travail.

Je remercie aussi Claire MARTIN et Sophie PLANCHAND qui m'ont aidée à voir plus clair dans le monde sombre des statistiques.

Je tiens à remercier aussi particulièrement la Docteure Marie FRERE et l'équipe de la Consult'ado : ton aide a été précieuse et mon passage chez vous tellement enrichissant.

Je remercie aussi le Professeur Laurent SCHMITT de m'avoir accueillie dans son service quand j'étais au lycée, et donné cette vision de soin et l'envie d'en faire mon métier.

A mes parents,

Merci de m'avoir toujours encouragée et d'avoir su rester des parents malgré tout. J'ai une chance incroyable d'avoir grandi avec deux exemples et de faire toujours famille avec vous. Il est facile de prendre le chemin de la vie quand on sait qu'en cas de chute, vous serez là pour me relever. J'ai pu faire mes propres choix (*enfin presque tous, tant pis l'équitation...*) même si celui de faire 10 ans d'études post bac n'était pas le plus évident vu mon amour pour le travail scolaire. Mais vous m'avez éveillée à être curieuse du monde et des autres, alors au final la médecine générale c'était une évidence ! Merci d'avoir été des soutiens infaillibles pendant mes longues études, sans vous je n'aurais jamais réussi.

Maman, merci pour ta douceur et ta bienveillance. Tu m'as appris à aborder l'autre avec un regard tendre et sans jugement (*et à lui faire dire ce que je veux savoir aussi, petite chipie*) : tu fais une partie de la Docteure que je suis.

Papa, merci pour ton humour et ton pragmatisme. Tu m'as appris à m'exprimer sans peur, à être rigoureuse et garder la tête froide quand c'est nécessaire (*et la mauvaise foi aussi, que je maîtrise bien grâce à toi...*) : tu fais une partie de la Docteure que je suis.

A ma sœur,

Au final, tu es la plus belle chose que papa et maman aient fait pour moi. Tu es essentielle à ma vie et mon équilibre, et je sais que tu seras toujours là. Je t'admire pour pleins de choses, tu es rêveuse, la tête dans les étoiles mais les pieds bien sur Terre. C'est pas facile d'être aussi grande avec une tête bien pleine et lourde, l'équilibre n'est pas évident à garder, mais on est beaucoup à te soutenir quoi que tu fasses donc tu peux continuer d'avancer à ton rythme. Merci de m'avoir soutenu dans mes études et pour cette thèse, de toujours rire à mes blagues, et de m'avoir chaque fois réveillée pour les dessins animés ou petits secrets entre voisins. Je suis très fière de toi, fière d'être ta sœur, et même si tu étais une loutre aveugle avec une maladie contagieuse je t'aimerais tout aussi fort <3

Merci Romain de prendre soin de ma sœur comme elle le mérite.

A mes grands-parents,

Grand-père, tu n'es plus là, mais forcément j'ai une pensée émue ce jour. Tu étais le premier médecin généraliste de la famille, je suis la deuxième, et j'espère que tu es fier là-haut.

Grand-mère, merci pour l'humour que tu as, tous ces souvenirs d'enfance et ces moments à cuisiner ou tricoter. Merci de faire vivre grand-père dans tes souvenirs pour qu'on le connaisse avec Sophie. Même si j'appelle pas beaucoup, je pense souvent à toi, et je t'aime.

Manou, merci de m'avoir appris à voir au-delà du cadre. Non, pas quand tu m'as suggéré de tricher au bac d'histoire géo, mais quand tu m'as appris à questionner les règles et le monde qui m'entoure. Merci pour les férias chez toi, pour les tirages de Tarot et ces voyages.

Philippe, tu n'es plus là, mais je sais que tu aurais été heureux. Merci de m'avoir appris que la force de l'esprit permettait d'accomplir de grandes choses.

Yantet, merci pour ton amour, ton écoute (*moins en fin de repas parfois...*), et de partager ta vision du monde et de ce qui t'animes (*le trail, les Gordon, l'Ossau Iraty et le vin rouge*).

Marie, merci pour l'accueil et l'amour que tu donnes, inconditionnellement. Tu m'as appris qu'un cœur n'avait pas de limite quand on aime, merci d'être une grand-mère pour moi.

Anna et Dédé, vous avez une place spéciale dans mon cœur. Merci d'avoir été plus qu'une nounou, de m'avoir appris à plier des draps, que mon estomac était extensible, et de m'abreuver de pâté chaque année.

A ma famille,

Michel et Dany, merci pour tous ces moments précieux et ces merveilleux Noël.

Lou et Guillaume merci pour tous ces moments à Paris et ce lien malgré la distance.

Cyril et Hélène, merci d'avoir été des COUSINS avec qui j'ai pu grandir et m'épanouir. Amandine et Arthur, bienvenue !

Mes tontons, merci de m'avoir appris à faire des blagues (...) et d'avoir été des vrais tontons. Stéphane attention à la mouette, Franck tu es le « je » des maux... Elena, quel courage.

A mes beaux-parents, cette famille est beaucoup trop grande mais il faut bien que les divorces offrent leurs lots de joies ! **Isa** merci de rendre papa heureux et pour ta patience,

Benoit merci de rendre maman et les poules heureuses, et mon appartement plus beau.

Amandine merci d'être une super semi-sœur, comme si on se connaissait depuis toujours ;)

A la famille choisie, celle des amis avec qui j'ai grandi.

Cathy ma marraine qui a toujours été comme une fée bienveillante, merci pour ton regard.

Olivier, mon parrain, merci de me permettre de voir (*tout court*) et d'être resté un enfant blagueur.

Aux autres : Pierre et Marie, Anne, Hervé, Jérôme et Tia, Cathy, Isa, Jérôme, Nelly et Christophe, et Thierry à qui je pense aussi. Merci de m'avoir fait grandir dans la fête et de m'avoir montré l'importance qu'ont les amis. Merci de m'avoir permis de respirer un autre air au ski avant le concours de l'internat.

Aux cousins et cousines que j'ai gagné : Manon et Clémence, Charlotte, Marine et Romain, Martin et Alice, Antoine et Romain, Héloïse, Raphaël. Merci pour toutes ces bêtises quand on était gamins (*on l'est toujours non ?*)

A MES AMIES ET AMIS, trop nombreux mais que voulez-vous, j'ai toujours su bien m'entourer ma maman m'a dit... Sachez que je serai toujours là pour chacune et chacun de vous, je le pense sincèrement, c'est grâce à vous que j'ai tenu bon pendant mes études.

C'est parti et c'est par ordre chronologique, je vous aime tout pareil <3

A celles et ceux de Gimont, merci d'avoir grandi avec moi et de m'avoir attendue malgré tous ces rendez-vous manqués à cause de ces études « chronophages ».

Marie merci pour ces moments avec **Clément** à faire des Chatroulette chez vous, merci à tes parents d'avoir aidé mon père à gérer le blues du dimanche, ça nous a permis de faire n'importe quoi je crois. **Vincent** merci de prendre soin de Bichou et d'avoir mis ton ami sur mon chemin ; faites une piscine et invitez moi plus tard svp. **Thomas** merci d'être un de mes meilleur ami aussi exceptionnel que farfelu et éparpillé : apprend à dire non mais continue de dire oui à tes idées folles. **Maxime** et **Vincent**, merci d'être là depuis l'école primaire, pardon Max pour le compas dans la main et pardon Vincent pour la claque devant le cours de techno. **Alexia** merci d'avoir dit oui à Escorneboeuf. **Lise et Coralie**, de petites pestes à grandes chipies, merci pour ces cours de solfège, chorale et groupe d'ensemble : je ne sais pas lire une portée. **Bastien et Guillaume** : accrochez-vous ça vaut le coup. **Gaëlle** merci d'être arrivée dans ma vie au collège, de prendre soin de tout chapoter pour dire que tu nous aime. **Paul** merci d'avoir fini la maison avant ma thèse et d'avoir une mère exceptionnelle. **Alexandre** big up même si tu ne le liras sûrement jamais. **Arthur** bon courage autour de tous ces adultes un peu bizarre.

A mes amis Bikoteurs, Qualimucheurs et festivaliers : Clément, Fanny, Loïc, Maxime, Tim, Hugo, Ben, William, Kaki encore, Milhes, Guitou, Mathé, le B, Jean, Victoria, Camille, Lise, Luana... Trop de gens pour tout énumérer. Merci d'avoir été souvent une parenthèse hors du temps pendant mes études, de m'avoir permis de souffler en tapant du pied et en rigolant, d'avoir eu des idées folles et de les suivre toujours, d'avoir fait des trucs stupides sans jamais vous blesser (*sauf le tibia péronnée de Totoche, le reste ça compte pas*).

A celles du lycée, pas merci à Brigitte mais merci à Mr Pomies grâce à qui j'ai cru que j'étais solide en maths (*non*).

Emma, ma première coloc, merci d'avoir été là ces trois années, d'avoir cru en moi (*surtout quand je te disais des conneries*) et d'avoir grandi avec moi. Alors ne change pas surtout, continu de me faire rire, je sais que je pourrai toujours compter sur toi.

Claire, merci d'être restée dans ma vie malgré Lille, merci d'avoir toujours suivi tes envies et pour ta confiance, merci encore pour p-value... mais c'est toi ma plus-value hehe.

A la team PACES, ce camion m'aura permis 3 choses : payer un MacBook, faire (*encore*) pleurer Léa, et redoubler avec vous. Merci l'Escala, merci la pré rentrée, pas merci les vigiles, merci mon appart de 20m2 pour nous avoir fait dormir à 8 au sol, merci aux tkt qui sentent le pain, merci Tonton et le SDS, mais surtout merci les bancs de l'amphi fragiles.

Laure merci d'avoir été mon binôme dans cette jungle P1 et nos discussions-chaussons, **Agathe** d'avoir traversé tout avec moi jusqu'à la thèse : vous n'êtes plus du lycée, vous avez grandi. **Lisa** merci d'avoir été là dans la dèche, dans la boude, mais surtout dans les bons moments : je sais que je peux compter sur toi et ton délicieux lait de poule. **Léa** merci pour les mouchoirs, le e-café pourri, les casquettes Pirelli, et ce souvenir mémorable chez Tonton quand tu t'es fait sortir par le videur. **Camille** merci pour ces grands écarts, pour la grenadine, la régurgitation, l'écoute, et le yoga à Paris. **Anaëlle**, ma maman loukoum, merci pour les rires entre champignons et ananas, les discussions sur le monde et les marseillais en confinement. **Les filles** je vous aime, on se refait l'intégrale de High School Musical Hall quand vous voulez, ma porte sera toujours ouverte.

Nico merci d'être devenu un de mes meilleur ami mais toujours pas un adulte, pour ces moments passion animation qu'on partage et d'être un livre ouvert pour moi. Merci d'avoir fait rentrer **Margot** dans l'équipe, sans elle je ne sais pas si on aurait de tes nouvelles, vieux poker rat. Merci à vous deux de m'ouvrir votre maison chaque fois. **José** merci pour les carbo, les kodaks, les anniversaires mémorables et le sens de l'accueil que t'as toujours eu. **Pierre** merci pour ces moments de légèreté à la BU même si j'ai parfois eu envie de t'éclater : tu as rendu tout ça moins pénible au final. **Paulo** merci d'être le pilier stable de ce groupe, d'être le mec le plus constant de mon entourage, et d'enlever tes lunettes ce soir.

Big up à **vos amoureux et amoureuses** et à **vos parents** aussi : Édith pour trop de choses, Kate et Mich pour Banga et la piscine, Maganight pour être iconique, Nath pour l'accueil toujours chaleureux, Maryse pour le groupe Fb de tricot, Françou pour les lasagnes évidemment... etc.

A ma bande organisée, qui a été là dans les autres moments sombres de mon existence (*D4 et ECNi, pandémie mondiale COVID, soirées à la Taverne ou Snapper, WEI...*). Merci, grâce à vous j'ai une bonne santé mentale à ce jour, et Dieu sait que ces études nous ont tous bien amochés (HA.), mais il est temps de fermer ce DSMV svp.

Emilie, tu as été un petit havre de paix avec ces moments dessins qui étaient précieux. Merci de me laisser prendre ta main parfois (*moite souvent, mais je t'aime comme ça*) et de t'ouvrir chaque jour. Vincent t'as de la chance. **Lauriane**, merci de ton écoute toujours bienveillante, de nous avoir fait découvrir la Polynésie, d'avoir un sens de l'accueil hérité de Lyly, et la recette secrète. **Marie**, merci de t'être ouverte à moi pendant ce stage d'externat, de me

comprendre souvent, d'être attentive toujours et de ton franc-parler légendaire. Flo je sais pas ce que t'attends... (*si ce n'est un prêt bancaire conséquent*). **Maryne**, ton courage et ta force font partie de toi, même si tu en doutes. Merci d'avoir été là avec la corpo et après, prends confiance. **Erwan**, merci pour ces moments à refaire le monde et les débats animés, pour la tier list qui existera un jour, pour ta présence et tes encouragements. Magali, bravo pour ton choix de carrière dans l'élevage de golden retriever hyper actif : très courageux. **David**, quel honneur tu m'as fait de partager ces 6 mois de colocs avec moi... Merci pour les cocktails, pour Lorenzo, et de prendre soin de moi comme si j'étais un cactus en voie de disparition. **Jeremy**, merci de partager ton humour acerbe et ton envie de brûler le capitalisme avec moi. Tu as toujours su répondre à mes questions d'externe, aussi agaçant qu'admirable, tu recevras tous mes résultats de bilan auto-immun. Mes frères aux intestins fragiles, je vous aime : shantay !

Aux autres qui ont jalonné mon externat,

Laurie, le plaisir de te retrouver à Auch ; Rémi, Julie de vous avoir eu pendant ces 3 années, Stéphane, Gaël, Pauline, Manon, Laura, Camille... merci d'avoir fait les chipies avec moi toutes ces années et ces WE chez Joris.

La team TECT, Léa pour nos dimanche travail / art plastique et les soirées CATAN à supporter Camille et Erwan, et avec Amaury Joris Quentin Gwen que je n'ai pas cité avant : il faut rêver grand pour faire grand ; et tous les piou qui ont fait grandir le bébé : Elise, Lucile, Lyna, Clem... Merci le TECT, grâce à toi j'ai vu que mon monde était plus large que la BU.

La team CORPO avec Léo (*Mr le ministre de la santé*), Clément (*amour de ma vie*), Roxane, Charles, Audrey, Hugo, Constance ma piou et Antoine Louise mes vieux... merci de m'avoir fait découvrir l'associatif, le burn out, et le pack Adobe.

Méline, je suis sûre que tu aurais été là aujourd'hui si la vie n'avait pas été cruelle ce jour-là. Je pense à toi, souvent, et je te remercie pour ces moments partagés.

Max, merci d'être là depuis toutes ces années et d'être resté proche de moi. T'es un mec en or, sincèrement, si je pouvais te mettre sous cloche pour que rien ne t'arrive je le ferai.

Flore, quel bonheur que la vie t'ai amenée à Toulouse. Merci d'être une meuf qui déchire comme ça, de ta bienveillance permanente à mon égard, et de ton sens de l'accueil. Vous deux avez une place au chaud dans mon cœur pour longtemps.

A la villa des Tilleuls, merci pour la Ratz mais pas merci pour le gouffre financier des deux tireuses, merci Marie Paule et Fatia d'avoir été des mères avec beaucoup d'enfants à gérer, merci le Lot pour ces surprises à chaque virage, merci l'hôpital de réparer si vite les fenêtres,

et merci le service des urgences et ses docteurs pour mes premiers pas d'interne. Ce semestre très particulier où on est tous devenu médecin en plein confinement restera iconique.

Aurore, merci d'être une amie précieuse et fidèle, tu m'as ouvert ton cœur sans hésiter, et tu as trouvé ton chemin dans le mien. **Côme**, mon troubadour, merci pour ton oreille attentive, tes caleçons robot ou troués, tes compétences culinaires et les réveils au saxophone. **Faustin**, mon frère mon père et mon fils, merci pour ces visio la tête dans le café qui résonnent encore dans ma tête, merci de cacher un cœur tendre derrière cette façade de petit mec misanthrope du Nord. **Fannie**, merci d'avoir complété le second si bien avec un cœur tellement grand qu'il t'a fait éclater les côtes (*c'était ça non... ?*) et tes compétences artisanales incroyables. **Clotilde**, merci pour tout ce sel et ce Quercy au quotidien qui m'ont permis de mieux vivre ce stage aux urgences et de haïr le patriacat. **Ève**, pas merci pour les mites mais merci pour ton sourire qui lézardait les murs du rez-de-chaussée, ma petite ZADiste. **Noémie**, merci de partager avec moi ta passion des marchés, pour l'avocat que j'ai crevé, et d'avoir ouvert ta cave à pétasse. **Kévin**, merci d'être un mec aussi charismatique. Tu as le potentiel d'être président ou Thomas Pesquet, et pourtant tu finissais souvent sous les tables : humble. **Tanguy**, merci d'avoir veillé à la cohésion de la villa comme si tu étais un authentique résident, d'avoir passé la serpillère toutes les fins de nuit, et d'avoir attendu que Nono se rende à l'évidence. **Alban**, merci pour ta tendresse, ce myélogramme inoubliable, et d'avoir toujours eu UN œil sur nous. **Yann**, merci d'avoir assuré la partie teuf comme un roi et de nous avoir fait découvrir ta version très personnelle du pesto.

Valentine, la présidente pour finir en beauté : merci d'avoir veillé sur nous comme une mère très irresponsable mais aimante, d'avoir été là pour moi, et d'avoir ramené Brigitte qui a fait la pluie et le beau temps (*surtout*) chez nous. **Alexis**, j'adore parler de la vie avec toi, ne change jamais.

A la coloc de Saint Gaudens, merci à Girou, aux Comminges, pas merci à l'odeur de chou. Merci à vous toutes d'avoir été là pour ce semestre un peu particulier ; Alix j'ai déjà tout dit. **Ségolène**, merci d'avoir été la première merveille du monde sous mes yeux le matin et de m'avoir suivi en footing. **Élise**, merci de m'avoir autant conseillée pour l'internat : sans toi mon mémoire et mes impôts auraient été des horreurs ! **Marie**, merci de t'être ouverte à nous, de nous avoir initiée au Yoga (*un peu*) mais j'attends toujours d'écouter le CD.

Merci au SSR locomoteur pour l'accueil et Thomas pour m'avoir montré que le CHU ça pouvait être fun, **Juliette** merci d'avoir été une belle découverte et une super co-interne. Merci au service d'HDJ diabéto pour l'accueil, **Clarisse et Justine** merci d'avoir égayé toutes ces journées, j'ai rarement autant rigolé au travail.

Margot, merci pour ces covois qui m'ont permis de découvrir une super meuf, hyper drôle et attentive, avec qui je ne m'ennuie jamais de discuter : tu es devenue une vraie amie. **Antoine** tu es un homme très chanceux, et toujours mon pire ennemi.

A la Col'auch, merci d'avoir mis un ambiance de feu au quotidien, merci à Jojo et Marie Neige pour ça. **Abdel**, merci pour les cours de muscu, ta gentillesse, et les gâteaux de ta maman. **Cathy**, merci pour ton charisme rayonnante et ton rire d'oiseau rare. **Pauline**, merci d'être un rayon de soleil chaque jour, ta bonne humeur constante (*même si parfois ça boude hihhi*), et de briller dans tes robes coco lily dressing. **Adrien**, merci d'être un copain avec le cœur tout doux, avec qui on peut parler de tout, et d'avoir attendu patiemment que Malo soit prête. **Malory**, merci petite chipie gersoise, me laver les dents avec toi ça me manque un peu je crois, mais je sais que vous n'êtes plus bien loin maintenant.

La deuxième génération, Mathilde Guillaume Marine et Héloïse, merci, vous étiez un vent d'innocence et de fraîcheur entre David et moi avec nos auras sombres de derniers semestres. **Lucas**, le septième élément, merci d'avoir partagé tes doutes, tes projets, et ces moments gersoises avec nous.

Merci aux autres que j'ai rencontré ou re découvert pendant mon internat : je ne peux pas citer tout le monde sinon ce sera plus long que ma thèse...

Merci à la BU (*sans toi j'aurais jamais réussi*) et aux médecins qui m'ont formée. **Hélène** et **Perine** pour m'avoir montré que la médecine générale c'était génial. **Édith** tu es une médecin admirable, merci d'avoir été un modèle et une inspiration. **Camille** merci pour ton sens de l'accueil et du partage, tu m'as beaucoup appris. **Les gynéco** du service d'Auch, vous êtes incroyables, merci spécial Caro ! **Alcey**, merci de t'être lancé dans l'aventure, tu as été un super maitre de stage mais pas que. **Gaëlle**, merci aussi de t'être lancée, tu m'as inspirée avec ta rigueur et ta gentillesse. **Claudie**, merci d'avoir clôturé l'aventure avec autant de bienveillance !

Pour finir...

Vincent, merci pour tout ce que tu m'apportes, pour la fierté et l'amour que je vois dans tes yeux chaque fois. Merci de faire de moi quelqu'un d'incroyable par ton regard. Merci d'être un soutien chaque instant et de partager ce moment spécial aujourd'hui. Je suis heureuse de t'avoir à mes côtés désormais, et j'ai hâte de découvrir la vie qui nous attend, je l'espère. Je t'aime.

TABLE DES MATIÈRES

I. ABRÉVIATIONS	- 1 -
II. INTRODUCTION	- 2 -
III. MATÉRIEL ET MÉTHODES	- 4 -
1) TYPE D'ÉTUDE	- 4 -
2) POPULATION SOURCE	- 4 -
3) METHODE DE RECRUTEMENT	- 4 -
4) ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE	- 4 -
5) ANALYSE	- 6 -
IV. RÉSULTATS	- 7 -
1) ANALYSE DESCRIPTIVE	- 7 -
A) ANALYSE DE LA POPULATION ÉTUDIÉE	- 7 -
B) RESENTIS ET CONNAISSANCES PERSONNELLES	- 7 -
C) ÉVALUATION DES PRATIQUES	- 8 -
D) ÉVALUATION DES CONNAISSANCES DES RECOMMANDATIONS	- 9 -
E) ÉVALUATION DES FREINS ET AIDES AU DEPISTAGE	- 10 -
2) ANALYSE COMPARATIVE	- 11 -
A) GENRE	- 12 -
B) ÂGE	- 13 -
C) EXPÉRIENCE EN STAGE DE PSYCHIATRIE OU PÉDOPSYCHIATRIE	- 14 -
D) VÉCU DANS LA PRATIQUE CLINIQUE DU DÉPISTAGE	- 15 -
E) VÉCU DANS LA PRATIQUE CLINIQUE DE LA PRISE EN CHARGE	- 17 -
F) IMPACT DU SCORE DE CONNAISSANCES	- 19 -
G) IMPACT DE LA CONNAISSANCE DU BITS	- 20 -
H) IMPACT DE LA PRATIQUE DU BITS	- 21 -
V. DISCUSSION	- 22 -
1) PRINCIPAUX RESULTATS	- 22 -
2) COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE	- 23 -
3) FORCES ET LIMITES	- 24 -
4) OUVERTURE	- 24 -
VI. CONCLUSION	- 26 -
VII. BIBLIOGRAPHIE	- 27 -
VIII. ANNEXES	- 29 -

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

FIGURES

Figure 1 - Infographie d'aide à l'orientation d'un adolescent en mal-être dans le 31.....	- 6 -
Figure 2 - Moyens de connaissance des recommandations.....	- 10 -

TABLEAUX

Tableau 1 - BITS test.....	- 3 -
Tableau 2 - Répartition de la population étudiée : effectif (pourcentage).....	- 7 -
Tableau 3 - Tranche d'âge définissant l'adolescence selon le répondant : effectif (pourcentage).....	- 7 -
Tableau 4 - Ressenti dans la pratique du dépistage du risque suicidaire et de la prise en charge de l'adolescent en mal être : effectif (pourcentage).....	- 8 -
Tableau 5 - Outil utilisé pour le dépistage du risque suicidaire : effectif (pourcentage) .	- 8 -
Tableau 6 - Pratique du dépistage du risque suicidaire en fonction de la présence parentale pendant la consultation : effectif (pourcentage)	- 8 -
Tableau 7 - Pratique du dépistage du risque suicidaire en fonction du motif de la consultation : effectif (pourcentage).....	- 9 -
Tableau 8 - Évaluation des connaissances des recommandations (outil, fréquence et présence parentale) : effectif (pourcentage)	- 9 -
Tableau 9 - Comparaison entre le genre et les pratiques en terme de dépistage : effectif (pourcentage).....	- 12 -
Tableau 10 - Comparaison entre le genre et les connaissances des recommandations : effectif (pourcentage)	- 12 -
Tableau 11 - Comparaison entre le genre et les ressentis : effectif (pourcentage).....	- 13 -
Tableau 12 - Comparaison entre l'âge et les ressentis : effectif (pourcentage).....	- 14 -
Tableau 13 - Étude de l'impact d'un stage sur les pratiques : effectif (pourcentage)	- 14 -
Tableau 14 - Étude de l'impact d'un stage sur les ressentis : effectif (pourcentage).....	- 15 -
Tableau 15 - Étude de l'impact d'une expérience pratique de dépistage sur les pratiques : effectif (pourcentage)	- 16 -
Tableau 16 - Étude de l'impact d'une expérience pratique de dépistage sur les connaissances des recommandations : effectif (pourcentage).....	- 16 -
Tableau 17 - Étude de l'impact d'une expérience pratique de dépistage sur le ressenti dans la prise en charge : effectif (pourcentage)	- 17 -
Tableau 18 - Étude de l'impact d'une expérience pratique de prise en charge sur les pratiques : effectif (pourcentage).....	- 17 -
Tableau 19 - Étude de l'impact d'une expérience pratique de prise en charge sur les connaissances des recommandations : effectif (pourcentage).....	- 18 -
Tableau 20 - Étude de l'impact d'une expérience pratique de prise en charge sur le ressenti dans le dépistage du risque suicidaire : effectif (pourcentage).....	- 18 -
Tableau 21 - Étude de l'impact du score de connaissance sur les pratiques	- 19 -
Tableau 22 - Étude de l'impact de la connaissance du BITS sur les pratiques : effectif (pourcentage).....	- 20 -
Tableau 23 - Étude de l'impact de la connaissance du BITS sur les ressentis : effectif (pourcentage).....	- 20 -
Tableau 24 - Étude de l'impact de la pratique du BITS sur les ressentis : effectif (pourcentage).....	- 21 -

I. ABRÉVIATIONS

ASQ : *Ask Suicide Screening Question*

BITS : Brimade Insomnie Tabac Stress test

CCP : Première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DSPP : Dispositif de Soins Partagés en Psychiatrie

FMC : Formation Médicale Continue

FMI : Formation Médicale Initiale

FST : Formation Spécialisée Transversale

HAS : Haute Autorité de Santé

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

MSU : Maître de Stage Universitaire

M-W : test U non paramétrique de Mann-Whitney

PEC : Prise En Charge

K-W : test de Kruskal - Wallis

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SFE : Santé de la Femme et de l'Enfant

TSTS : Tabac Stress Traumatologie Sommeil

II. INTRODUCTION

L'adolescence est une période riche en changements (*hormonaux et cérébraux*), complexe, où l'environnement est déterminant pour le développement de l'individu en pleine transformation (1). Le rapport avec la famille peut devenir difficile pendant cette période, alors que les pairs prennent une importance majeure. Ils ont une lecture très émotionnelle de ce qui les entoure, ce qui les rend plus vulnérables aux perturbations extérieures.

C'est dans ce contexte qu'aujourd'hui le suicide représente la deuxième cause de mortalité en France chez les jeunes (2,3), alors qu'ils sont entre 13 à 20 % à avoir des troubles psychologiques, allant du mal être à la dépression (4). C'est une problématique majeure de santé publique (*en témoigne la création en France de l'observatoire national du suicide en 2013*), exacerbée récemment par la crise du COVID et la crise écologique, deux phénomènes ayant augmenté l'anxiété chez les jeunes (5,6). Il est donc indispensable de mieux comprendre et de mieux prendre en charge les adolescents et leurs idées suicidaires, que l'on peut banaliser à tort.

En effet, seuls 50 % des adolescents suicidés souffraient d'une dépression (7) : ils sont nombreux à avoir des passages à l'acte sans pathologie psychiatrique pré existante. Le risque de passage à l'acte est augmenté par l'impulsivité, fréquente à l'adolescence (1), l'apparition de difficulté familiale ou la perte de lien avec les pairs (8).

Alors comment prévenir ? Comment protéger les adolescents en situation de mal être d'un passage à l'acte, alors qu'un adolescent sur dix a eu des idées suicidaires au moins une fois dans l'année passée (3,9) ?

Il est prouvé que le dépistage des idées suicidaires permet de diminuer la morbi-mortalité (10,11), sans augmenter le risque suicidaire (12). Le médecin généraliste est alors un interlocuteur privilégié : 80 % des adolescents l'ont consulté dans l'année (13). Ceux en souffrance vont avoir tendance à consulter plus souvent, pour différents motifs (14), même si ils n'abordent pas souvent d'eux même les problématiques psychologiques (15).

Le BITS test (*tableau 1*) a été développé en 2016 pour remplacer le TSTS-Cafard, afin de créer un outil de dépistage plus simple, plus rapide à réaliser, et répondant aux problématiques actuelles (2). Il explore le sommeil, l'usage du tabac, le stress, et le harcèlement qui n'était pas dans l'ancien test. En effet, le harcèlement concerne 12 % des adolescents (16) et 1 adolescent sur 10 a été victime au moins une fois de cyber harcèlement dans le mois précédent (17) ; ce qui en fait une problématique nouvelle et préoccupante pour la santé mentale des jeunes.

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

Tableau 1 - BITS test

Le BITS test, construit pour un usage facile en consultation, se cote sur 8 points. A partir d'un score de 3/8, il permet de détecter avec une sensibilité de 75 % et une spécificité de 70 % une problématique suicidaire (2). Il permet de détecter dans 11 % des consultations une problématique suicidaire non connue (9), de détecter des comportements d'automutilation (18) et dans 24 % des cas d'avoir un abord psychologique sur la consultation (9).

L'utilisation de ce test est recommandée depuis septembre 2021 par la Haute Autorité de Santé (HAS) (19) pour un usage par le médecin généraliste, à chaque consultation avec un adolescent de plus de 12 ans. La recommandation étant récente, on peut se demander si elle est connue par les internes de médecine générale, en pleine formation, et si ces derniers l'utilisent. Je me suis donc questionnée, plus largement, sur leurs pratiques.

Ma question de recherche est donc quelles sont les pratiques pour le dépistage du risque suicidaire chez les adolescents et adolescentes des internes en médecine générale en Midi-Pyrénées ?

L'objectif principal de ce travail de thèse est de décrire les pratiques de dépistage des internes en médecine générale dans le cadre du dépistage du risque suicidaire chez l'adolescent et l'adolescente.

Les objectifs secondaires sont de faire un état des lieux de l'utilisation du BITS test pour le dépistage du risque suicidaire de l'adolescent et l'adolescente par les internes de médecine générale ; et de faire une évaluation des freins à la pratique du dépistage du risque suicidaire par le BITS test chez l'adolescent et l'adolescente par les internes en médecine générale.

III. MATÉRIEL ET MÉTHODES

1) TYPE D'ÉTUDE

Il s'agit d'une étude observationnelle sous forme d'analyse quantitative descriptive.

2) POPULATION SOURCE

La population source est constituée des internes en médecine générale en Midi-Pyrénées ayant déjà effectué un stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS). De cette façon, chaque répondant avait déjà effectué un stage en stage femme-enfant (SFE), et avait déjà une expérience clinique de médecine libérale en autonomie supervisée. Le recrutement a été fait sur la promotion d'internes en 3^{ème} année au moment de l'étude (*composée de 145 internes avec 3 SASPAS 1 et 142 SASPAS 2*).

Les critères d'inclusion étaient d'être interne en médecine générale, inscrit à la faculté de Toulouse, ayant au moins fait un SASPAS dans sa formation.

Les critères d'exclusion étaient les questionnaires incomplets, non anonymes, les internes en 1^{ère} et 2^{ème} années et les internes ayant fini leur cursus de stage.

3) METHODE DE RECRUTEMENT

L'analyse a été faite grâce à un questionnaire auto-administré. Le recrutement s'est fait par communication orale (*pendant un séminaire rassemblant la promotion concernée*) et via les réseaux sociaux (*lien diffusé sur le groupe Facebook de la promotion, avec 3 relances*).

Le recueil des données a été fait sur le semestre été 2023, du 28/06/2023 au 26/10/2023.

4) ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire a été fait via Google Form et a été anonymisé (*les nom, prénom, âge précis, date de naissance, adresse mail n'ont pas été demandé*). Les critères d'inclusion et d'exclusion, ainsi que les mentions légales et mon adresse mail en cas de question étaient précisés dans l'introduction du questionnaire. Il était aussi mentionné qu'il fallait environ 5 minutes pour le compléter. Chaque question était à réponse obligatoire pour éviter les questionnaires incomplets. Au niveau éthique, ce travail obéit à la norme MR004 et satisfait aux obligations de déclaration des travaux de recherches de thèse concernant le règlement général de protection

des données (RGPD). Il a fait l'objet d'une déclaration de conformité auprès de la commission nationale information et liberté (CNIL). Cette recherche n'entre pas dans le cadre de la loi Jardé. Le questionnaire (Annexe 1) comportait entre 28 et 30 questions (2 étant conditionnelles), séparées en 5 parties. La première partie servait à définir la population avec 4 questions sur le genre, l'âge, le semestre et la faculté d'origine.

La deuxième partie permettait d'explorer les ressentis et connaissances personnelles avec entre 4 et 6 questions : la tranche d'âge définissant l'adolescence, si l'interne a eu des stages en psychiatrie ou pédopsychiatrie, s'il a été confronté à des situations de dépistage ou de prise en charge du mal être et si oui, quel a été son ressenti dans les deux cas.

En préambule de la troisième partie, les définitions de l'adolescence selon l'OMS (*Organisation Mondiale de la Santé*) et du dépistage selon la HAS ont été rappelées. La partie avait pour objectif d'évaluer les pratiques avec 14 questions : quel est ou quels sont les outils de dépistage utilisés, quelle influence a la présence des parents dans la réalisation du dépistage, quelle influence a le motif de consultation dans la réalisation du dépistage. Les propositions ont chaque fois été affichées dans un ordre aléatoire pour ne pas influencer les réponses.

La quatrième partie avait vocation à évaluer les connaissances des recommandations (*il est précisé dans la question que nous parlons bien des recommandations de la HAS de septembre 2021*) avec au total 4 questions. Parmi elles, 3 portaient sur l'outil, la fréquence et la présence parentale recommandés ; les propositions ayant chaque fois été affichées dans un ordre aléatoire. Ensuite, un rappel des recommandations actuelles et la présentation de l'outil de dépistage BITS test était proposé ; avec la conduite à tenir après réalisation du BITS test si ce dernier s'avère positif. Il y avait une dernière question sur l'origine des connaissances des recommandations.

Enfin, une dernière partie servait à évaluer les freins et aides à la réalisation du dépistage recommandé (2 questions). Le questionnaire se clôturait avec des liens orientant vers des ressources en termes de recommandations ou d'aide à la mise en pratique, ainsi qu'une infographie que j'ai réalisé regroupant les structures présentes dans le 31 pour aider à l'orientation des adolescents et adolescentes en mal être (Figure 1).

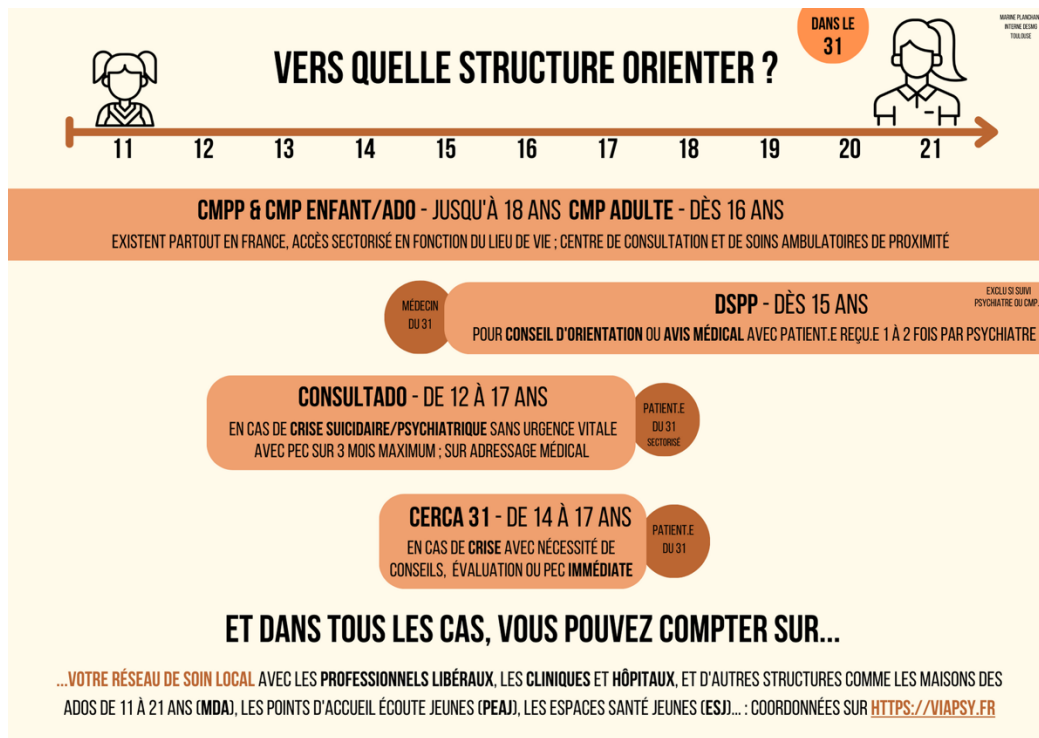


Figure 1 - Infographie d'aide à l'orientation d'un adolescent en mal-être dans le 31

5) ANALYSE

L'analyse des résultats a été effectuée à l'aide de l'interface PVALUE.IO. Les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectifs et de pourcentages. Les variables quantitatives ont été décrites en termes de moyennes et d'écart-types, et de médianes associées à des intervalles interquartiles. Le score moyen des connaissances sera toujours accompagné de son écart type entre parenthèse.

La comparaison des variables qualitatives entre deux groupes a été réalisée par un test de Chi2 ou un test exact de Fisher (*lorsque les conditions de validité du test du Chi2 n'étaient pas vérifiées*). La comparaison des variables quantitatives continues entre deux groupes (*moyennes*) a été réalisée par un test non paramétrique de Mann-Whitney (M-W) ; car les effectifs n'ont pas permis l'utilisation du test t de Student (*trop faibles*). Pour les analyses comparatives entre variable qualitative appariée (*plusieurs réponses possibles, 2 groupes*) et une variable de réponse quantitative, le test des rangs signés de Wilcoxon a été utilisé. Pour les analyses comparatives entre variable qualitative indépendante (*plus de 2 groupes*) et une variable de réponse quantitative non gaussienne, le test de Kruskal Wallis (K-W) a été utilisé.

Des tests bilatéraux ont été réalisés avec un niveau de significativité à 5 %.

IV. RÉSULTATS

1) ANALYSE DESCRIPTIVE

A) ANALYSE DE LA POPULATION ÉTUDIÉE

Nous avons au total 72 répondants et répondantes et aucun questionnaire exclu, soit 49,6 % de la population source. La population est composée essentiellement d'internes en SASPAS 2, entre 25 et 29 ans, et pour la majorité des femmes (75 % contre 76,5 % dans la population source) (Tableau 2).

	Femme	Homme	Autre	
Genre n(%)	54 (75%)	17 (23,6%)	1 (1,4%)	
	24 ans ou moins	25 à 29 ans	30 ans ou plus	
Age n(%)	0	66 (91,7%)	6 (8,3%)	
	SASPAS 1	SASPAS 2	Disponibilité	FST
Semestre n(%)	3 (4,2%)	69 (95,8%)	0	0

Tableau 2 - Répartition de la population étudiée : effectif (pourcentage)

Concernant la faculté d'origine, 34 (47,2 %) viennent de Toulouse ; les autres sont issus de 20 facultés différentes (sur 33 facultés de médecine en France, sans compter celle de Toulouse) ; avec entre 1 (1,4 %) à 4 (5,6 %) répondants par faculté.

B) RESSENTIS ET CONNAISSANCES PERSONNELLES

Plus de la moitié des internes dans la population étudiée définissent l'adolescence comme une période de 12 à 19 ans, et pour presque un tiers elle démarre à 10 ans. (Tableau 3)

	10 à 15 ans	10 à 19 ans	12 à 19 ans	12 à 21 ans	15 à 19 ans
Age enfant = adolescent n(%)	7 (9,7%)	20 (28%)	41 (57%)	1 (1,4%)	3 (4,2%)

Tableau 3 - Tranche d'âge définissant l'adolescence selon le répondant : effectif (pourcentage)

La majorité (46 soit 63,9 %) a pu bénéficier d'un stage en psychiatrie et/ou pédopsychiatrie au cours de sa formation (2nd ou 3^{ème} cycle) ; contre 26 (36,1 %) sans expérience de stage.

Pourtant, ils sont très nombreux à avoir été confrontés en pratique au dépistage du risque suicidaire chez l'adolescent (54 (75 %) contre 18 (25 %) sans expérience pratique) ou à la prise en charge d'un adolescent en mal être (62 (86,1 %) contre 10 (13,9 %) sans expérience pratique). Le ressenti au cours de la pratique du dépistage ou au cours de la prise en charge a

été évalué, allant de « pas du tout à l'aise » à « très à l'aise ». Dans les deux cas, la majorité des internes s'estime « pas assez à l'aise » (*respectivement 63 % et 56,5 %*). (Tableau 4)

	Pas du tout à l'aise	Pas assez à l'aise	Assez à l'aise	Très à l'aise
Ressenti dépistage n(%)	7 (13%)	34 (63%)	12 (22,2%)	1 (1,9%)
Ressenti PEC n(%)	7 (11,2%)	35 (56,5%)	20 (32,3%)	0

Tableau 4 - Ressenti dans la pratique du dépistage du risque suicidaire et de la prise en charge de l'adolescent en mal être : effectif (pourcentage)

C) ÉVALUATION DES PRATIQUES

En pratique clinique, la grande majorité des répondants font du dépistage sans utilisation d'outil particulier, via des questions ouvertes et/ou directes (*définies dans le questionnaire avec des exemples « et sinon comment tu vas ? » pour la question ouverte, et « as-tu des idées suicidaires ? » pour la question directe*). Le BITS test est utilisé par 18 % des internes quand ils souhaitent dépister un risque suicidaire. (Tableau 5)

	BITS	TSTS Cafard	Question directe	Question ouverte
Outil utilisé n(%)	13 (18%)	6 (8,3%)	49 (68%)	71 (98,9%)

Tableau 5 - Outil utilisé pour le dépistage du risque suicidaire : effectif (pourcentage)

Nous avons ensuite évalué l'impact de la présence des parents sur la pratique du dépistage du risque suicidaire en consultation. On a évalué la tendance à dépister face à 4 cas de figure : si les parents restent présents pendant toute la consultation, s'ils sortent spontanément, s'ils sortent à notre demande ou si l'adolescent ou l'adolescente est venue seule. (Tableau 6)

	Pas de dépistage	Moins tendance	Plutôt tendance	Dépistage systé.
Toute la consultation n(%)	15 (21%)	39 (54%)	17 (24%)	1 (1,4%)
Sortie spontanée n(%)	0	3 (4,2%)	38 (53%)	31 (43%)
Sortie à notre demande n(%)	0	3 (4,2%)	40 (56%)	29 (40%)
Ado venu seul n(%)	0	4 (5,6%)	32 (44%)	36 (50%)

Tableau 6 - Pratique du dépistage du risque suicidaire en fonction de la présence parentale pendant la consultation : effectif (pourcentage)

De la même façon nous avons évalué l'influence du motif de consultation sur la pratique du dépistage du risque suicidaire. Plusieurs motifs de consultation ont été présentés par ordre aléatoire dans le questionnaire : pour un certificat de sport, pour un examen systématique (*11-14 ans ou 15-18 ans*), pour une première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles (CCP), pour un renouvellement ou un suivi, pour de la

traumatologie, pour un motif somatique aigu, pour une plainte somatique récurrente, pour de l'irritabilité et/ou de la nervosité et pour un problème de poids. (Tableau 7)

	Pas de dépistage	Moins tendance	Plutôt tendance	Dépistage systé.
Certificat de sport n(%)	25 (35%)	24 (33%)	16 (22%)	7 (9,7%)
Examen systématique n(%)	10 (14%)	22 (31%)	22 (31%)	18 (25%)
CCP n(%)	21 (29%)	28 (39%)	14 (19%)	9 (12%)
Renouvellement et suivi n(%)	17 (24%)	24 (33%)	25 (35%)	6 (8,3%)
Traumatologie n(%)	45 (62%)	24 (33%)	3 (4,2%)	0
Motif somatique aigu n(%)	45 (62%)	24 (33%)	3 (4,2%)	0
Plainte somatique récurrente n(%)	1 (1,4%)	10 (14%)	35 (49%)	26 (36%)
Irritabilité, nervosité n(%)	0	4 (5,6%)	33 (46%)	35 (49%)
Problème pondéral n(%)	3 (4,2%)	4 (5,6%)	42 (58%)	23 (32%)

Tableau 7 - Pratique du dépistage du risque suicidaire en fonction du motif de la consultation : effectif (pourcentage)

D) ÉVALUATION DES CONNAISSANCES DES RECOMMANDATIONS

Concernant l'évaluation des connaissances des recommandations, dans 41,7 % des cas les internes ne savent pas quel outil de dépistage est recommandé. Pour la fréquence de dépistage, ils sont 38,9 % à penser qu'il faut le faire en cas de suspicion clinique, et pour la présence parentale, 73,6 % pensent que leur absence est recommandée (Tableau 8).

	BITS	TSTS Cafard	Question directe	Question ouverte	Ne sait pas
Recommandation outil n(%)	20 (27,8%)	11 (15,3%)	6 (8,3%)	5 (6,9%)	30 (41,7%)

	A chaque consultation	Motif aigu	Examen systématique	Si suspicion	Une fois par an	Ne sait pas
Recommandation fréquence n(%)	13 (18,1%)	0	4 (5,6%)	28 (38,9%)	17 (23,6%)	10 (13,6%)

	Absence parents	Présence parents	Pas d'importance	Ne sait pas
Recommandation présence parents n(%)	53 (73,6%)	1 (1,4%)	12 (16,7%)	6 (8,3%)

Tableau 8 - Évaluation des connaissances des recommandations (outil, fréquence et présence parentale) : effectif (pourcentage)

On peut évaluer la connaissance des recommandations avec un score : 0 si aucune n'est connue, jusqu'à 3 si les 3 recommandations sont connues (*1 point par recommandation*) (Annexe 2).

Au total, seuls 4 répondants ont une parfaite connaissance des recommandations alors qu'ils sont 61 % ($n=44$) avec un score à 1/3. La moyenne générale est à 1,19/3 (*écart-type : 0,725*).

Concernant les moyens de connaissances des recommandations, ceux déclarant n'en avoir jamais entendu parler avant le questionnaire sont au nombre de 30 (41,6 %).

Les modes de connaissances les plus cités sont la recherche personnelle (23 (31,9 %)) et la formation médicale initiale (*cours, traces écrites ; 20 (27,8 %)*). Les 3 réponses « Autre » citent la « *Consult'Ado (stage annexe)* », « *service de psychiatrie pendant l'externat* » ou le nom d'une co interne. (Figure 1)

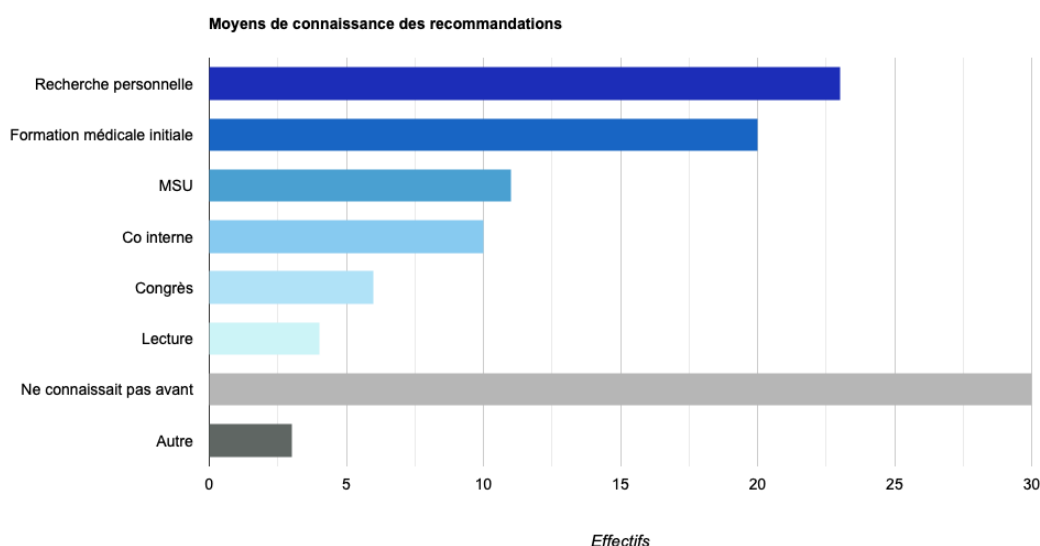


Figure 2 - Moyens de connaissance des recommandations

E) ÉVALUATION DES FREINS ET AIDES AU DEPISTAGE

Plusieurs propositions étaient suggérées concernant les freins et les facteurs aidant à la pratique du dépistage du risque suicidaire via le BITS test, avec chaque fois une réponse « autre » permettant de rajouter un commentaire libre. On peut classer les facteurs en trois catégories : ceux territoriaux, ceux lié à la consultation et ceux individuels.

Concernant les freins, les propositions étaient :

Sur le plan territorial : le manque de psychologue et/ou de psychiatre sur le territoire (53 (73,6 %)), le manque de connaissance des structures relais (46 (63,8 %))

Sur le plan de la consultation : la difficulté à gérer la présence des parents (52 (72,2 %)), le manque de temps (49 (68 %)), le fait de rencontrer l'adolescent pour la première fois (38 (52,8 %))

Sur le plan individuel : le manque de connaissance de la conduite à tenir en cas de dépistage positif (51 (70,8 %)), l'oubli (50 (69,4 %)), le manque d'expérience (37 (51,4 %)), le sentiment d'incompétence (27 (37,5 %)) et la proximité en âge avec l'adolescent (7 (9,7 %)).

Pour 6 (8,3 %) répondants, aucun frein n'était identifié, et 1 réponse « autre » commentée par « *Connaissance des structures aux alentours mais manque de place dans ces structures* ».

Concernant les facteurs facilitants, les réponses étaient :

Sur le plan territorial : l'établissement de protocoles territoriaux (68 (94,4 %))

Sur le plan de la consultation : l'instauration d'un temps systématique de consultation en tête à tête avec l'adolescent (68 (94,4 %)), la mention du BITS test dans le carnet de santé aux pages dédiées (67 (93 %)), un temps de consultation plus long pour l'adolescent (20-30minutes) (60 (83,3 %)), la création d'une cotation spécifique en cas d'ASQ réalisé (60 (83,3 %)), une majoration financière de la consultation chez l'adolescent (53 (73,6 %))

Sur le plan individuel : la réalisation d'un stage annexe dans une structure de soin en santé mentale (61 (84,7 %)), un support écrit fourni à la fin du cours sur la santé de l'adolescent avec un rappel des recommandations (41 (56,9 %)).

Il y a eu 3 réponses « autre », commentées par « *masque de consultation ado sur les logiciels* », « *posters, questionnaire d'autoévaluation* », et « *amélioration du stage santé de l'enfant (mon stage m'a fait rencontrer aucun adolescent, ou comptés sur les doigts d'une main sans apport de la MSU sur cette question)* ».

2) ANALYSE COMPARATIVE

Les analyses comparatives ont été faites pour étudier l'influence de différents paramètres sur la pratique clinique, les connaissances des bonnes recommandations et sur le ressenti. Concernant l'analyse de la pratique de la question ouverte, à chaque fois le test est non réalisable à cause d'un manque d'effectif (*ceux n'utilisant pas la question ouverte : n=1*).

A) GENRE

Par rapport au genre des internes, on a une réponse « Autre ». Dans le cadre de l'analyse comparative, l'effectif (1) étant trop faible, j'ai fait le choix de le/la retirer des tableaux et de décrire ses résultats en annexe. (Annexe 3)

Pour l'évaluation des pratiques, les hommes ont un usage statistiquement plus élevé du BITS test en pratique ($p=0,03$) ; sans usage statistiquement significatif des autres tests. (Tableau 9)

		Femme ($n=54$)	Homme ($n=17$)	n	p	test
Pratique BITS	oui	6 (11%)	6 (35%)	12	0,03	Fisher
	non	48 (89%)	11 (65%)	59	-	
Pratique TSTS cafard	oui	4 (7,4%)	2 (12%)	6	0,62	Fisher
	non	50 (93%)	15 (88%)	65	-	
Pratique question ouverte*	oui	54 (100%)	16 (94%)	70	-	-
	non	-	1 (5,9%)	1	-	
Pratique question directe	oui	38 (70%)	11 (65%)	49	0,66	Chi2
	non	16 (30%)	6 (35%)	22	-	

Tableau 9 - Comparaison entre le genre et les pratiques en terme de dépistage : effectif (pourcentage)

Pour l'évaluation des connaissances, on ne note pas de différence statistiquement significative entre les connaissances des recommandations des femmes et des hommes. (Tableau 10)

		Femme ($n=54$)	Homme ($n=17$)	n	p	test
Reco outil	oui	16 (30%)	3 (18%)	19	0,53	Fisher
	non	38 (70%)	14 (82%)	52	-	
Reco fréquence	oui	9 (17%)	3 (18%)	59	1,00	Fisher
	non	45 (83%)	14 (82%)	12	-	
Reco parents	oui	37 (69%)	15 (88%)	52	0,13	Fisher
	non	17 (31%)	2 (12%)	19	-	
Score reco moyenne/3		1,15 (0,711)	1,24 (0,664)	71	0,71	M-W

Tableau 10 - Comparaison entre le genre et les connaissances des recommandations : effectif (pourcentage)

Pour l'évaluation des ressentis, il n'y a pas de différence significative dans le ressenti du dépistage du risque suicidaire ni de la prise en charge entre les femmes et les hommes. (Tableau 11)

		Femme (<i>n</i> =54)	Homme (<i>n</i> =17)	n	p	test
Ressenti pour le dépistage	Très à l'aise	-	-	0	0,81	Fisher
	Assez à l'aise	10 (19%)	2 (12%)	12	-	
	<i>Pas assez à l'aise</i>	24 (44%)	10 (59%)	34	-	
	<i>Pas du tout</i>	6 (11%)	1 (5,9%)	7	-	
	<i>Jamais fait</i>	14 (26%)	4 (24%)	18	-	
Ressenti pour la PEC	Très à l'aise	-	-	0	0,20	Fisher
	Assez à l'aise	13 (24%)	6 (35%)	19	-	
	<i>Pas assez à l'aise</i>	25 (46%)	10 (59%)	35	-	
	<i>Pas du tout</i>	6 (11%)	1 (5,9%)	7	-	
	<i>Jamais fait</i>	10 (19%)	-	10	-	

Tableau 11 - Comparaison entre le genre et les ressentis : effectif (pourcentage)

B) ÂGE

Pour l'évaluation des pratiques, on ne note pas de différence significative sur l'utilisation des différents outils en fonction de l'âge. (Annexe 4)

Pour l'évaluation des connaissances des recommandations, on ne note pas de différence significative en fonction de l'âge. (Annexe 4)

Pour l'évaluation des ressentis, on ne note pas de différence significative concernant le ressenti au cours du dépistage du risque suicidaire en fonction de l'âge de l'interne.

En revanche on retrouve un meilleur ressenti statistiquement significatif lors de la prise en charge des adolescents en mal être chez les internes 30 ans et plus ($p=0,033$) (Tableau 12)

		25-29 ans (n=66)	30 ans ou plus (n=6)	n	p	test
Ressenti pour le dépistage	Très à l'aise	-	1 (17%)	1	0,12	Fisher
	Assez à l'aise	12 (18%)	-	12	-	
	<i>Pas assez à l'aise</i>	31 (47%)	3 (50%)	34	-	
	<i>Pas du tout</i>	7 (11%)	-	7	-	
	<i>Jamais fait</i>	16 (24%)	2 (33%)	18	-	
Ressenti pour la PEC	Très à l'aise	-	-	0	0,033	Fisher
	Assez à l'aise	15 (23%)	5 (83%)	20	-	
	<i>Pas assez à l'aise</i>	34 (52%)	1 (17%)	35	-	
	<i>Pas du tout</i>	7 (11%)	-	7	-	
	<i>Jamais fait</i>	10 (15%)	-	10	-	

Tableau 12 - Comparaison entre l'âge et les ressentis : effectif (pourcentage)

C) EXPÉRIENCE EN STAGE DE PSYCHIATRIE OU PÉDOPSYCHIATRIE

Les internes ayant déjà fait un stage en psychiatrie et/ou pédopsychiatrie, ont plus tendance à utiliser les outils de dépistage comme le BITS test ou le TSTS cafard, avec un usage similaire de la question ouverte et un usage moins important de la question directe. Cependant, aucun résultat n'est significativement différent. (Tableau 13)

		Stage : oui (n=46)	Stage : non (n=26)	n	p	test
Pratique BITS	oui	9 (20%)	4 (15%)	13	0,76	Fisher
	<i>non</i>	37 (80%)	22 (85%)	59	-	
Pratique TSTS cafard	oui	5 (11%)	1 (3,8%)	6	0,41	Fisher
	<i>non</i>	41 (89%)	25 (96%)	66	-	
Pratique question ouverte*	oui	45 (98%)	26 (100%)	71	-	-
	<i>non</i>	1 (2,2%)	0 (0%)	1	-	
Pratique question directe	oui	29 (63%)	20 (77%)	49	0,23	Chi2
	<i>non</i>	17 (37%)	6 (23%)	23	-	

Tableau 13 - Étude de l'impact d'un stage sur les pratiques : effectif (pourcentage)

Les internes ayant fait un stage ont tendance à avoir un meilleur score moyen de connaissance des recommandations, avec 1,33/3 (0,732) contre 0,96/3 (0,662) chez ceux sans expérience de stage ($p=0,058$). Plus spécifiquement, 33 % (n=15) des internes ayant fait un stage connaissent l'outil recommandé (contre 19 % (n=5), $p = 0,22$), 24 % (n=11) connaissent la fréquence recommandée (contre 7,7 % (n=2), $p=0,12$) et enfin 76 % (n=35) connaissent la recommandation relative à la présence parentale (contre 69 % (n=18), $p=0,53$).

Par rapport au ressenti dans la pratique du dépistage, on retrouve 22 % d'internes « très à l'aise » ou « assez à l'aise » dans le groupe avec une expérience de stage, contre 12 % chez les internes sans expérience de stage ($p=0,66$).

Par rapport au ressenti dans la pratique de la prise en charge du mal être, on ne retrouve pas de différence notable entre les deux groupes.

Cependant, aucun résultat n'est significativement différent. (Tableau 14)

		Stage : oui (n=46)	Stage : non (n=26)	n	p	test
Ressenti pour le dépistage	Très à l'aise	1 (2,2%)	0 (0%)	1	0,66	Fisher
	Assez à l'aise	9 (20%)	3 (12%)	12	-	
	<i>Pas assez à l'aise</i>	21 (46%)	13 (50%)	34	-	
	<i>Pas du tout</i>	3 (6,5%)	4 (15%)	7	-	
	<i>Jamais fait</i>	12 (26%)	6 (23%)	18	-	
Ressenti pour la PEC	Très à l'aise	-	-	0	0,96	Fisher
	Assez à l'aise	13 (28%)	7 (27%)	20	-	
	<i>Pas assez à l'aise</i>	23 (50%)	12 (46%)	35	-	
	<i>Pas du tout</i>	4 (8,7%)	3 (12%)	7	-	
	<i>Jamais fait</i>	6 (13%)	4 (15%)	10	-	

Tableau 14 - Étude de l'impact d'un stage sur les ressentis : effectif (pourcentage)

D) VÉCU DANS LA PRATIQUE CLINIQUE DU DÉPISTAGE

Pour les internes ayant déjà été confrontés en pratique au dépistage du risque suicidaire, ils ont tendance à d'avantage utiliser le BITS test, bien qu'il n'y ait pas de différence significative ; mais aussi à beaucoup plus utiliser les questions directes avec des résultats cette fois ci significativement différents (78 % si pratique contre 39 % sans, $p<0,010$). Ils utilisent moins le TSTS cafard et ont une utilisation similaire des questions ouvertes. (Tableau 15)

		Pratique dépistage : oui (n=54)	Pratique dépistage : non (n=18)	n	p	test
Pratique BITS	oui	12 (22%)	1 (5,6%)	13	0,16	Fisher
	non	42 (78%)	17 (94%)	59	-	
Pratique TSTS cafard	oui	4 (7,4%)	2 (11%)	6	0,64	Fisher
	non	50 (93%)	16 (89%)	66	-	
Pratique question ouverte*	oui	53 (98%)	18 (100%)	71	-	-
	non	1 (1,9%)	0 (0%)	1	-	
Pratique question directe	oui	42 (78%)	7 (39%)	49	<0,010	Chi2
	non	12 (22%)	11 (61%)	23	-	

Tableau 15 - Étude de l'impact d'une expérience pratique de dépistage sur les pratiques : effectif (pourcentage)

Il n'y a pas de différence significative entre les scores moyens de connaissance des recommandations. Plus spécifiquement pour la connaissance de l'outil recommandé ils sont autant dans les 2 groupes (28 %, $p=1,00$), avec une tendance à avoir de meilleures connaissances pour les recommandations en termes de fréquence (20 % contre 11 %, $p=0,50$) mais de moins bonnes en terme de présence parentale (72 % contre 78 %, $p=0,76$). (Tableau 16)

		Pratique dépistage : oui (n=54)	Pratique dépistage : non (n=18)	n	p	test
Reco outil	Oui	15 (28%)	5 (28%)	20	1,00	Chi2
	non	39 (72%)	13 (72%)	52	-	
Reco fréquence	Oui	11 (20%)	2 (11%)	13	0,50	Fisher
	non	43 (80%)	16 (89%)	59	-	
Reco parents	Oui	39 (72%)	14 (78%)	53	0,76	Fisher
	non	15 (28%)	4 (22%)	19	-	
Score reco moyenne/3		1,20 (0,737)	1,17 (0,707)	72	0,82	M-W

Tableau 16 - Étude de l'impact d'une expérience pratique de dépistage sur les connaissances des recommandations : effectif (pourcentage)

Par rapport au ressenti dans la prise en charge, les résultats montrent que les étudiants ayant été confrontés au dépistage en pratique ont davantage été confrontés à la pratique de la prise en

charge du mal être (92,4 % contre 66,6 %). Pour ceux ayant été confrontés à la prise en charge, ils sont significativement plus à l'aise (35 % contre 5,6 %, $p < 0,01$). (Tableau 17)

		Pratique dépistage : oui (n=54)	Pratique dépistage : non (n=18)	n	p	test
Ressenti pour la PEC	Très à l'aise	-	-	0	<0,010	Fisher
	Assez à l'aise	19 (35%)	1 (5,6%)	20	-	
	<i>Pas assez à l'aise</i>	27 (50%)	8 (44%)	35	-	
	<i>Pas du tout</i>	4 (7,4%)	3 (17%)	7	-	
	<i>Jamais fait</i>	4 (7,4%)	6 (33%)	10	-	

Tableau 17 - Étude de l'impact d'une expérience pratique de dépistage sur le ressenti dans la prise en charge : effectif (pourcentage)

E) VÉCU DANS LA PRATIQUE CLINIQUE DE LA PRISE EN CHARGE

Pour les internes ayant déjà été confrontés à la prise en charge du mal être, ils ont tendance à plus utiliser le BITS test (19 % contre 10 %, $p = 0,68$) et les questions directes (73 % contre 40 %, $p = 0,065$). Cependant, aucun résultat n'est significativement différent. (Tableau 18)

		Pratique PEC : oui (n=62)	Pratique PEC : non (n=10)	n	p	test
Pratique BITS	oui	12 (19%)	1 (10%)	13	0,68	Fisher
	<i>non</i>	50 (81%)	9 (90%)	59	-	
Pratique TSTS cafard	oui	5 (8,1%)	1 (10%)	6	1,00	Fisher
	<i>non</i>	57 (92%)	9 (90%)	66	-	
Pratique question ouverte*	oui	61 (98%)	10 (100%)	71	-	-
	<i>non</i>	1 (1,6%)	0 (0%)	1	-	
Pratique question directe	oui	45 (73%)	4 (40%)	49	0,065	Fisher
	<i>non</i>	17 (27%)	6 (60%)	23	-	

Tableau 18 - Étude de l'impact d'une expérience pratique de prise en charge sur les pratiques : effectif (pourcentage)

Comme dans le groupe exposé à la pratique du dépistage, il n'y a pas de différence notable dans les connaissances des recommandations avec un score moyen similaire ; et aucun résultat n'est significativement différent.

Plus spécifiquement, pour la connaissance de l'outil recommandé ils ont de moins bonnes réponses avec 24 % contre 50 % ($p=0,13$), des connaissances comparables pour les recommandations en termes de fréquence (18 % contre 20 %, $p=1,00$) et de meilleures réponses pour la présence parentale recommandée (77 % contre 50 %, $p=0,12$). (Tableau 19)

		Pratique PEC : oui (n=62)	Pratique PEC : non (n=10)	n	p	test
Reco outil	oui	15 (24%)	5 (50%)	20	0,13	Fisher
	non	47 (76%)	5 (50%)	52	-	
Reco fréquence	oui	11 (18%)	2 (20%)	13	1,00	Fisher
	non	51 (82%)	8 (80%)	59	-	
Reco parents	oui	48 (77%)	5 (50%)	53	0,12	Fisher
	non	14 (23%)	5 (50%)	19	-	
Score reco moyenne/3		1,19 (0,70)	1,20 (0,92)	72	0,93	M-W

Tableau 19 - Étude de l'impact d'une expérience pratique de prise en charge sur les connaissances des recommandations : effectif (pourcentage)

Par rapport au ressenti dans la pratique, on voit que les étudiants ayant été confrontés à la prise en charge du mal être ont été deux fois plus confrontés au dépistage (81 % contre 40 %).

Pour ceux ayant été confrontés au dépistage du risque suicidaire, ils sont 20,6 % à avoir été très à l'aise ou assez à l'aise, contre 0 % dans l'autre groupe ($p=0,070$) mais de façon non significative. (Tableau 20)

		Pratique PEC : oui (n=62)	Pratique PEC : non (n=10)	n	p	test
Ressenti pour le dépistage	Très à l'aise	1 (1,6%)	0 (0%)	1	0,070	Fisher
	Assez à l'aise	12 (19%)	0 (0%)	12	-	
	Pas assez à l'aise	31 (50%)	3 (30%)	34	-	
	Pas du tout	6 (9,7%)	1 (10%)	7	-	
	Jamais fait	12 (19%)	6 (60%)	18	-	

Tableau 20 - Étude de l'impact d'une expérience pratique de prise en charge sur le ressenti dans le dépistage du risque suicidaire : effectif (pourcentage)

F) IMPACT DU SCORE DE CONNAISSANCES

On peut faire une analyse comparative des scores moyens de connaissance en fonction des pratiques de dépistage. On retrouve alors un score significativement plus élevé chez les utilisateurs du BITS avec une moyenne à 1,77/3 (0,927) contre 1,07/3 (0,612) ($p=0,012$).

On retrouve aussi un score plus élevé, mais de façon non significative, chez les non utilisateurs du TSTS cafard et chez les non utilisateurs de la question directe. Concernant l'usage de la question ouverte, la comparaison n'est pas pertinente devant la différence d'effectifs (71 contre 1). (Tableau 21)

		Moyenne score/3 (écart-type)	Médiane score (Q25-75)	min	max	n	p	test
Pratique BITS	oui	1,77 (0,927)	1,00 [1,00 – 3,00]	1,00	3,00	13	0,012	Wilcoxon
	non	1,07 (0,612)	1,00 [1,00 – 1,00]	0	2,00	59	-	
Pratique TSTS cafard	oui	0,833 (0,408)	1,00 [1,00 – 1,00]	0	1,00	6	0,19	Wilcoxon
	non	1,23 (0,740)	1,00 [1,00 – 2,00]	0	3,00	66	-	
Pratique question ouverte*	oui	1,20 (0,729)	1,00 [1,00 – 2,00]	0	3,00	71	-	-
	non	1,00 (-)	1,00 [1,00 – 1,00]	1,00	1,00	1	-	
Pratique question directe	oui	1,10 (0,653)	1,00 [1,00 – 1,00]	0	3,00	49	0,18	Wilcoxon
	non	1,39 (0,839)	1,00 [1,00 – 2,00]	0	3,00	23	-	

Tableau 21 - Étude de l'impact du score de connaissance sur les pratiques

Par rapport au ressenti dans la pratique, on voit que les internes « pas du tout à l'aise » dans le dépistage et dans la prise en charge, ont des scores respectivement de 0,714/3 (0,756) et 1,00/3 (1,15) ; les internes « pas assez à l'aise » ont respectivement des scores moyens de 1,29/3 (0,629) et 1,14/3 (0,601) ; et les internes « assez à l'aise » ont respectivement des scores moyens de 1,08/3 (0,793) et 1,35/3 (0,671). Les internes très à l'aise ne sont pas assez nombreux ($n=1$ et $n=0$) pour interpréter les résultats.

Cependant, aucun de ces résultats n'est significativement différent (*pour le ressenti dépistage* $p=0,085$ et *pour la prise en charge* $p=0,52$).

G) IMPACT DE LA CONNAISSANCE DU BITS

Pour les internes connaissant la recommandation en termes d'outil (*le BITS*), ils vont plus utiliser le BITS test, de façon significative (35 % contre 12 %, $p=0,037$). Ils ont tendance à faire moins de TSTS cafard (5 % contre 9,6 %, $p=1,00$) et de questions directes (55 % contre 73 %, $p=0,14$), mais sans différence significative. (Tableau 22)

Par rapport au ressenti dans la pratique, on ne voit pas de différence significative. (Tableau 23)

		Reco BITS connue (n=20)	Reco BITS non connue (n=52)	n	p	test
Pratique BITS	oui	7 (35%)	6 (12%)	13	0,037	Fisher
	non	13 (65%)	46 (88%)	59	-	
Pratique TSTS cafard	oui	1 (5 %)	5 (9,6%)	6	1,00	Fisher
	non	19 (95%)	47 (90%)	66	-	
Pratique question ouverte*	oui	20 (100%)	51 (98%)	71	-	-
	non	0 (0%)	1 (1,9%)	1	-	
Pratique question directe	oui	11 (55%)	38 (73%)	49	0,14	Chi2
	non	9 (45%)	14 (27%)	23	-	

Tableau 22 - Étude de l'impact de la connaissance du BITS sur les pratiques : effectif (pourcentage)

		Reco BITS connue (n=20)	Reco BITS non connue (n=52)	n	p	test
Ressenti pour le dépistage	Très à l'aise	1 (5%)	0 (0%)	1	0,68	Fisher
	Assez à l'aise	3 (15%)	9 (17%)	12	-	
	<i>Pas assez à l'aise</i>	9 (45%)	25 (48%)	34	-	
	<i>Pas du tout</i>	2 (10%)	5 (9,6%)	7	-	
	<i>Jamais fait</i>	5 (25%)	13 (25%)	18	-	
Ressenti pour la PEC	Très à l'aise	-	-	0	0,28	Fisher
	Assez à l'aise	6 (30%)	14 (27%)	20	-	
	<i>Pas assez à l'aise</i>	7 (35%)	28 (54%)	35	-	
	<i>Pas du tout</i>	2 (10%)	5 (9,6%)	7	-	
	<i>Jamais fait</i>	5 (25%)	5 (9,6%)	10	-	

Tableau 23 - Étude de l'impact de la connaissance du BITS sur les ressentis : effectif (pourcentage)

H) IMPACT DE LA PRATIQUE DU BITS

Pour les internes utilisant le BITS comme outil de dépistage du risque suicidaire, par rapport au ressenti dans la pratique du dépistage et de la prise en charge, on ne voit pas de différence significative. (Tableau 24)

		Usage BITS : oui (n=13)	Usage BITS : non (n=59)	n	p	test
Ressenti pour le dépistage	Très à l'aise	1 (7,7%)	0 (0%)	1	0,16	Fisher
	Assez à l'aise	3 (23%)	9 (15%)	12	-	
	<i>Pas assez à l'aise</i>	7 (54%)	27 (46%)	34	-	
	<i>Pas du tout</i>	1 (7,7%)	6 (10%)	7	-	
	<i>Jamais fait</i>	1 (7,7%)	17 (29%)	18	-	
Ressenti pour la PEC	Très à l'aise	-	-	0	0,9	Fisher
	Assez à l'aise	3 (23%)	17 (29%)	20	-	
	<i>Pas assez à l'aise</i>	8 (62%)	27 (46%)	35	-	
	<i>Pas du tout</i>	1 (7,7%)	6 (10%)	7	-	
	<i>Jamais fait</i>	1 (7,7%)	9 (15%)	10	-	

Tableau 24 - Étude de l'impact de la pratique du BITS sur les ressentis : effectif (pourcentage)

V. DISCUSSION

1) PRINCIPAUX RESULTATS

L'usage et la connaissance du BITS test sont des éléments clefs pour l'amélioration du dépistage du risque suicidaire chez les adolescents et les adolescentes.

Son usage est en lien avec des scores de connaissances significativement supérieurs, une pratique plus importante du dépistage ou de la prise en charge du mal être de l'adolescent, et un meilleur ressenti dans la pratique du dépistage. En miroir, ce travail montre également que plus on a de connaissances des recommandations, plus celles-ci sont utilisées et plus le praticien est à l'aise dans sa pratique clinique.

On peut parler également de l'apport d'une expérience en stage de psychiatrie ou pédopsychiatrie, qui améliore les connaissances (*avec une p-value proche du statistiquement significatif*), les pratiques et le ressenti en pratique clinique.

Plus un interne a de l'expérience pratique en général, plus il utilise des outils de dépistage comme le BITS test et des questions directes de façon statistiquement significative, et plus il se sent à l'aise de façon statistiquement significative ou proche du significatif. Cependant, même si grâce à une expérience pratique les étudiants sont plus à l'aise, il faut souligner qu'ils s'estiment en majorité « pas assez à l'aise » dans leur pratique, peut-être par manque d'expérience en pratique clinique justement.

Dans l'évaluation des pratiques, on peut dégager deux facteurs déterminants dans la réalisation du dépistage du risque suicidaire : la présence parentale et le motif de consultation.

La présence parentale a un vrai impact négatif sur la pratique du dépistage.

Le motif de la consultation a aussi un impact important sur la pratique du dépistage. Certains motifs ont plus tendance à inquiéter l'interne et à l'inciter au dépistage (*l'irritabilité et la nervosité, les plaintes somatiques récurrentes et les problématiques pondérales*). Au contraire, d'autres motifs comme la traumatologie ou les motifs somatiques aigus ont des résultats opposés. Il est intéressant de se demander si c'est par manque de temps ou par manque d'inquiétude (*la traumatologie faisant parti des critères du TSTS-Cafard pour exemple*).

En effet, ces deux motifs peuvent correspondre à des créneaux « d'urgence » dans l'organisation d'un cabinet, donc potentiellement sur des temps de consultation plus courts, non prévus, ou rajoutés entre deux consultations ou en fin de demi-journée.

2) COMPARAISON AVEC LA LITTÉRATURE

Le BITS est recommandé depuis peu, mais on retrouve déjà dans la littérature des preuves de son acceptabilité (20) chez les médecins généralistes. Cependant, aucune étude n'a été trouvée quant à son impact sur le ressenti, les connaissances ou les pratiques ; uniquement sur son utilisation et ses freins. Les freins souvent cités sont le manque de formation (21), le manque de temps et la surcharge de travail (22) ou l'absence de valorisation pécuniaire (23). Ces facteurs limitants sont également retrouvés dans ce travail de thèse.

Presque l'intégralité des internes interrogés utilisent la question ouverte en consultation. Lorsqu'elle est bien amenée (*après formulation du motif par le patient et en respectant un temps de silence*), elle multiplie par 4 le fait d'aborder une problématique psychologique pendant la consultation (24) ce qui en fait un outil intéressant (25).

En étudiant une population étudiante, on se retrouve au plus près de la problématique de l'apprentissage. Le fait que la pratique (*stage*) et les connaissances améliorent les compétences est bien connu (26), et on le retrouve dans ce travail de thèse. La pédagogie active et la pratique sont indispensables pour un bon ancrage des connaissances (26), cependant il est primordial de réfléchir à nos moyens d'enseigner pour mieux articuler la formation théorique et pratique (27). De plus, cela permettrait d'améliorer le ressenti des praticiens (28), avec environ 2 internes sur 3 qui s'estiment « pas du tout » ou « pas assez à l'aise » en pratique clinique. Ce sont des résultats similaires avec ceux que l'on retrouve dans la littérature (28).

La présence parentale est un frein retrouvé dans d'autres études (21), de fait un temps de consultation seul à seul avec l'adolescent est recommandé (10). Il est conseillé, une fois la consultation débutée et les règles de confidentialité médicale expliquées, d'inviter les parents à sortir temporairement (*sans demander à l'adolescent, pour éviter tout conflit de loyauté*). Cela peut se proposer au moment de l'examen somatique par exemple, s'ils sont d'accord, ce qui permet aussi de respecter l'intimité du jeune (25). Le moment à choisir peut cependant faire objet de débat parmi les praticiens, notamment masculins. À la fin, il est conseillé de se mettre d'accord avec l'adolescent sur le contenu de la restitution au tiers présent pour respecter le secret (29).

Les motifs générateurs d'inquiétude sont bien identifiés par les internes. En effet, l'irritabilité et la nervosité (*concernant 25 % des adolescents, (17)*), les problématiques pondérales (*cachant parfois de la dysmorphophobie (17)*), et les plaintes récurrentes sont des signaux de mal être

(14,30). Cependant parmi les adolescents en consultation, seulement 6% viennent pour un motif psychologique (31). Parmi les autres motifs de consultation annoncés, il y a en réalité 17 % des adolescents qui ont des difficultés psychologiques (15), qui ne sont donc pas annoncées spontanément, d'où l'intérêt d'un dépistage systématique. Les motifs somatiques aigus et de traumatologie, où le dépistage est moins pratiqué, représentent 1 consultation sur 4 (14) : il est primordial de dépister plus devant la fréquence élevée de ces consultations.

3) FORCES ET LIMITES

Les forces de ce travail de thèse sont son originalité, le BITS étant recommandé de façon récente son usage est peu étudié dans la littérature et ne l'a jamais été auprès de la population des internes. Le choix de la population étudiée est stratégique : à cheval avec la fin de la formation médicale initiale (FMI) et le début de l'exercice, l'internat est une période charnière pour l'acquisition de certains réflexes en consultation. De plus, ce travail de thèse étudie à la fois le niveau de connaissances et le niveau de compétences, ainsi que le ressenti dans la pratique ce qui le rend très complet dans l'abord du dépistage du risque suicidaire. Enfin le recrutement de presque 50% de la population étudiée est une des forces de ce travail de thèse.

Les facteurs limitants de cette étude sont la limite dans le temps (*une seule promotion répondant aux critères d'inclusion*) et la limite géographique, avec uniquement les internes inscrits à la faculté de médecine de Toulouse. De plus, le recueil de données est déclaratif donc risque de ne pas refléter la pratique réelle, il serait intéressant de l'évaluer via des mises en pratiques cliniques.

4) OUVERTURE

Un résultat intéressant n'a pas été abordé : le fait que seuls 35 % des internes connaissant le BITS test l'utilisent en pratique. On a vu dans les résultats des pistes sur les freins à son utilisation, avec beaucoup d'internes qui n'avaient pas entendu parler des recommandations (41,6 %). Dès lors, il est permis de se demander comment améliorer les pratiques.

Sur le plan des connaissances, il est primordial d'avoir un module de cours dédié et mis à jour au cours de la FMI. Tous les internes devraient connaître en théorie les recommandations à la fin du module SFE, or ce n'est pas le cas d'après ce travail de thèse, ce qui doit amener une réflexion sur l'enseignement. Une fois l'internat terminé l'enjeu de la formation médicale continue (FMC) est tout aussi important, les recommandations évoluant continuellement. On

pourrait imaginer des formations ou des réunions d'information par les professionnels de santé mentale du secteur sur les réseaux de soin existants, pourquoi pas via les CPTS, pour permettre d'avoir une actualisation des connaissances et de créer du lien. Il existe aussi des supports pour aider directement en consultation, comme des sites internet (*medecin-ado.org*) ou des infographies (32,33).

L'apport d'une expérience de stage est un des résultat principal de ce travail de thèse. Il serait intéressant de proposer systématiquement un stage dans une structure autour de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent pendant l'internat de médecine générale. Actuellement le stage SFE proposé ne permet pas à tous les internes d'avoir une expérience de pratique clinique auprès de la population adolescente, et la réforme avec l'apparition de la 4^{ème} année est l'occasion de répondre à cet enjeu. On pourrait imaginer une organisation locale pendant le stage de SFE qui intègre un passage systématique dans ces lieux de stage, avec la possibilité d'y passer de façon plus approfondie en 4^{ème} année en fonction de son parcours et de son territoire d'exercice futur.

Enfin certaines propositions sont en lien avec la consultation, comme instaurer un temps de consultation systématique sans parent ou un temps plus long pour les adolescents et adolescentes. Cela relève de l'organisation personnelle de chacun, la population étudiée étant encore étudiante ce sont des facteurs qui sont donc dépendants des lieux de stage. On peut réfléchir à des moyens d'appliquer ces deux propositions, que ce soit en stage, en remplacement ou dans son propre cabinet : un affichage en salle d'attente ou sur le bureau, une mention d'un temps sans parent sur les logiciels de prise de rendez-vous ou via les secrétaires, des créneaux plus longs sur le logiciel de prise de rendez-vous à programmer.

Cependant, les facteurs limitants ne s'arrêtent pas à des facteurs individuels ou organisationnels. À l'échelle d'un territoire, on pourrait réfléchir à des protocoles locaux, en miroir avec la difficulté liée au manque de connaissance des structures. Ces protocoles pourraient être un axe de travail à l'échelle de CPST ou de MSP, ou plus largement via les ARS (*Agences Régionales de Santé*) avec la réalisation de fiche pratique sur la conduite à tenir au niveau local.

Certaines propositions comme une mention dans le carnet de santé ou une cotation spécifique en cas de réalisation de l'ASQ (*qu'on pourrait imaginer intégrée à la cotation ALQP003 par exemple, plus plébiscité que la majoration de la consultation de l'adolescent de façon générale*) sont des mesures de santé publique qui seraient intéressantes à aborder à échelle nationale.

VI. CONCLUSION

Les internes utilisent presque tous la question ouverte pour faire du dépistage du risque suicidaire chez l'adolescent. Ils sont influencés négativement par la présence des parents, et n'ont pas une pratique systématique, mais orientée en fonction du motif de la consultation.

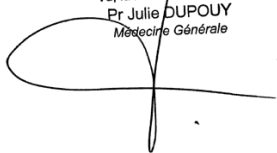
Ils sont 1 sur 4 à savoir que le BITS test est recommandé, mais seulement 1 sur 5 à l'utiliser en pratique. Parmi ceux qui le savent recommandé, ils sont seulement 35 % à l'utiliser en pratique. Les principaux freins pour la pratique du dépistage sont le manque de professionnels de santé mentale sur le territoire, la difficulté à gérer la présence des parents, le manque de connaissance, l'oubli et le manque de temps en consultation. C'est pourtant le médecin généraliste qui est le mieux placé pour identifier les adolescents suicidaires (34) : prendre l'habitude d'un dépistage systématique dès l'internat est important pour l'ancrer dans sa pratique future.

Pour promouvoir le dépistage du risque suicidaire, via le BITS test, il faut travailler à échelle individuelle et collective. A chacun d'apporter une réflexion sur sa pratique en cabinet pour mieux gérer la présence parentale et aménager du temps en consultation. Il faut aussi renforcer les connaissances théoriques par l'enseignement en FMI et l'actualisation des connaissances en FMC. Il faut travailler sur les compétences et la pratique en stage pendant l'internat, avec des stages dédiés et adaptés comme le SFE, ou en utilisant la 4^{ème} année de médecine générale comme support pour créer de nouvelles opportunités d'apprentissage. À l'échelle territoriale, l'établissement de protocoles locaux doit être au cœur des réflexions collectives. À l'échelle nationale, une réflexion sur la promotion de la prévention secondaire doit être réalisée.


Du côté des adolescents, ils ont tendance à ne pas identifier le médecin comme un support potentiel pour les problématiques psychologiques (35). Le fait d'en faire le dépistage et de l'aborder permet aussi d'être identifié comme tel. Ils ont besoin de percevoir chez le médecin de la sincérité, de la gentillesse et de la confidentialité (13) pour pouvoir se confier.

Le BITS test est un outil récemment recommandé. Ce travail de thèse tend à montrer une amélioration des compétences, des connaissances et des pratiques grâce à la connaissance et l'utilisation du BITS test ; ce qui doit encourager son apprentissage et son usage.

le 13/03/2024
Vu, la Présidente du jury
Pr Julie DUPOUY
Médecine Générale



Toulouse, le 16/09/2024
Vu et permis d'imprimer
La Présidente de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
Le Doyen-Directeur
Du Département de Médecine, Maternelle, et Paramédical
Professeur Thomas GERAERTS



VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Binder P, Heintz AL, Tudrej B, Vanderkam P, M Haller D. Approche des adolescents en médecine générale. *Exercer*. mars 2018;(141):122-32.
2. Binder P, Heintz A, Servant C, Roux M, 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*. août 2018;12(4):637-44.
3. Fourcade nathalie, igot jean pierre, debout michel, et al. SUICIDE Enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence. *Observatoire national du suicide*; 2018 févr p. 221p. Report No.: 3.
4. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56(3):345-65.
5. Hickman C, Marks E, Pihkala P, Clayton S, Lewandowski RE, Mayall EE, et al. Climate anxiety in children and young people and their beliefs about government responses to climate change: a global survey. *Lancet Planet Health*. déc 2021;5(12):863-73.
6. De Oliveira JMD, Butini L, Pauletto P, Lehmkuhl KM, Stefani CM, Bolan M, et al. Mental health effects prevalence in children and adolescents during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Worldviews Evid Based Nurs*. avr 2022;19(2):130-7.
7. Marttunen MJ, Aro HM, Henriksson MM, Lönnqvist JK. Mental Disorders in Adolescent Suicide: DSM-III-R Axes I and II Diagnoses in Suicides Among 13- to 19-Year-Olds in Finland. *Arch Gen Psychiatry*. 1 sept 1991;48(9):834-9.
8. Dhenain M, Notredame CE, Baudelot C, et al. Suicide : mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19 - Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes. *Observatoire national du suicide*; 2022 sept p. 330p. Report No.: 5.
9. Binder P, Heintz A, Haller DM, Favre A, 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*. févr 2020;14(1):80-6.
10. Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*. 23 juin 2012;379(9834):2373-82.
11. Moran P, Coffey C, Romaniuk H, Olsson C, Borschmann R, Carlin JB, et al. The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *Lancet Lond Engl*. 21 janv 2012;379(9812):236-43.
12. Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M, Thomas JG, Mostkoff K, Cote J, et al. Evaluating Iatrogenic Risk of Youth Suicide Screening Programs A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 6 avr 2005;293(13):1635-43.
13. Tudrej BV, Heintz AL, Ingrand P, Gicquel L, Binder P. What do troubled adolescents expect from their GPs? *Eur J Gen Pract*. 9 sept 2016;22(4):247-54.
14. Céline R, Pascal C, Chantal S, Bertrand C. Les adolescents pris en charge en médecine générale : étude descriptive à partir de la base de données de l' « Observatoire de la médecine générale ». *Obs Médecine Générale*. janv 2017;13p.
15. Binder P, Jouhet V, Valette T, Goasdoué E, Marcelli D, Ingrand P. Interactions adolescent- médecin généraliste en consultation. *Rev Prat*. 20 mars 2009;59:1-7.
16. Godeau E, Navarro F, Catheline N, Ehlinger V. La santé des collégiens en France-Brimades, harcèlement, violences scolaires, bagarres. France: OMS; 2014 p. 8p.
17. Inchley J, Currie D, Kelly C, et al. Spotlight on adolescent health and well-being / 2017-2018. WHO; 2022 oct p. 72p. Report No.: Volume 1.
18. Favre Pousse AS. Dépistage des idées ou actes suicidaires et automutilations chez les adolescents de 13 à 18 ans : Validation du BITS-test en médecine générale sur 17 sites

- francophones [ThD : médecine générale]. [Poitiers]: Poitiers; 2017.
19. Mirkovic B, Dhenain M. Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge : Recommandations bonne pratique. 2021 sept p. 30p.
 20. Biasse T. Rémanence du BITS-test à 2 ans chez les médecins ayant participé à l'étude de validation en médecine générale [ThD : médecine générale]. [Poitiers]: Poitiers; 2021.
 21. Girard V. Evaluation de l'utilisation des outils TSTS-CAFARD et BITS TEST dans le cadre du dépistage du risque suicidaire chez l'adolescent en médecine générale [ThD : médecine générale]. [Paris]: Sorbonne université (Paris). Faculté de médecine; 2018.
 22. Choury M. Réalisation et appropriation du BITS-test par des médecins généralistes de Charente Maritime dans le dépistage des problématiques suicidaires chez les 13-18 ans: étude MUBITS 17 [ThD : médecine générale]. [Poitiers]: Université de Poitiers; 2023.
 23. André C. MUBITS 64: Étude de l'appropriation du BITS test par les médecins généralistes de la région Paloise [Thèse d'exercice]. [Pau]: Université de Poitiers; 2023.
 24. Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? Rev Prat. 31 mai 2005;55:1073-7.
 25. Lepine C, Jedat V, Di Patrizio P, Haller-Hester D, Binder P. Compétences attendues pour l'accueil d'un adolescent en médecine générale [Internet]. Disponible sur: <https://onedrive.live.com/?authkey=%21AE%5FP%2DOxp7zAdWZg&cid=8C67A1B2129C71FC&id=8C67A1B2129C71FC%211023&parId=8C67A1B2129C71FC%211021&o=OneUp>
 26. Albano MG, d'Ivernois JF. La problématique de la distance dans la formation des médecins. Pédagogie Médicale. mai 2016;17(2):127-34.
 27. Bédard D, Frenay M, Turgeon J, Paquay L. Les fondements des dispositifs pédagogiques visant à favoriser le transfert de connaissances : les perspectives de l'apprentissage et de l'enseignement contextualisés authentiques. Res Acad. 1 janv 2000;18:21-46.
 28. Cockburn K, Bernard P. Child and Adolescent Mental Health within Primary Care: A Study of General Practitioners' Perceptions. Child Adolesc Ment Health. 2004;9(1):21-4.
 29. RPC HAS. Manifestations dépressives à l'adolescence 1. Repérage, diagnostic et stratégie en soins de premier recours. 2014 nov p. 4p.
 30. Mauerhofer A, Berchtold A, Michaud PA, Suris JC. GPs' role in the detection of psychological problems of young people: a population-based study. Br J Gen Pract. 1 sept 2009;59(566):308-14.
 31. Meynard A, Broers B, Lefebvre D, Narring F, Haller DM. Reasons for encounter in young people consulting a family doctor in the French speaking part of Switzerland: a cross sectional study. BMC Fam Pract. 30 oct 2015;16:9p.
 32. Conduites à risque des adolescents. CMG; 2022.
 33. Boudaillez B. Les spécificités de l'adolescent en consultation. CMG; 2024.
 34. Taliaferro LA, Oberstar JV, Borowsky IW. Prevention of youth suicide: The role of the primary care physician. J Clin Outcomes Manag. juin 2012;19(6):270-85.
 35. Cazottes L, Cransac M. Adolescence: une traversée mouvementée [Internet]. Toulouse: Université Paul Sabatier; 2019 [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2619/>

VIII. ANNEXES

1) ANNEXE 1

Questionnaire de thèse

État des lieux des pratiques pour le dépistage du risque suicidaire chez l'adolescent et l'adolescente par les internes en médecine générale en Midi Pyrénées

Si vous avez trouvé ce questionnaire, c'est que vous êtes probablement en SASPAS, ou en FST/disponibilité après au moins un SASPAS ; et interne à la faculté de médecine générale de Toulouse.

Si vous n'êtes plus interne actuellement ou que vous n'avez pas encore effectué de stage en SASPAS, ce questionnaire ne vous est pas adressé. Merci à vous !

Je suis Marine PLANCHAND, interne en médecine générale à la faculté de Toulouse, et j'effectue un travail de thèse sur le dépistage du risque suicidaire chez l'adolescent et l'adolescente dirigé par le Pr POUTRAIN et présidé par le Pr DUPOUY.

Ce questionnaire a pour objectif de faire un état des lieux des pratiques des internes en médecine générale. Ce questionnaire est **totale**ment anonyme et je ne pourrai pas accéder à votre identité. Le temps de réponse est estimé à **moins de 5 minutes**.

Si vous avez des questions, vous pouvez me les adresser : marine.planchand@gmail.com

Merci beaucoup pour votre aide !

* Indique une question obligatoire

1. Quel est votre genre ? *

Une seule réponse possible.

- Femme
 Homme
 Autre

2. En quel semestre de DESMG Toulouse êtes vous actuellement ? *

Une seule réponse possible.

- SASPAS 1
 SASPAS 2
 En disponibilité après avoir fait au moins un SASPAS
 En FST après avoir fait au moins un SASPAS

3. Quelle est votre tranche d'âge ? *

Une seule réponse possible.

- 24 ans ou moins
- 25 à 29 ans
- 30 ans ou plus

4. Quelle était votre faculté de formation en second cycle (*externat*) ? *

Une seule réponse possible.

- UFR de Médecine - Université d'Amiens
- UFR des Sciences Médicales - Université d'Angers
- UFR Sciences Médicales et Pharmaceutiques - Université de Franche-Comté
- UFR Sciences Médicales - Université Victor Segalen - Bordeaux 2
- UFR de Médecine et Sciences de la Santé - Université de Bretagne Occidentale
- UFR de Médecine - Université de Caen Basse-Normandie
- Faculté de Médecine - Université d'Auvergne
- Faculté de Médecine - Université de Bourgogne
- Faculté de Médecine et de Pharmacie - Université Grenoble Rhône Alpes
- Faculté de Médecine - Université de Lille 2 Droit et Santé
- Faculté de Médecine et Maïeutique - Université Catholique de Lille
- Faculté de Médecine - Université de Limoges

- Faculté de Médecine Lyon Est - Université Lyon 1
- Faculté de Médecine Lyon Sud - Université Charles Mérieux
- Faculté de Médecine - Aix-Marseille Université
- Faculté de Médecine - Université de Montpellier
- Faculté de Médecine - Université de Lorraine
- Faculté de Médecine - Université de Nantes
- Faculté de Médecine - Université Nice Sophia-Antipolis
- Faculté de Médecine - Université Paris Descartes Paris
- Faculté de Médecine - Sorbonne Université
- UFR de Médecine - Université Paris Diderot
- Faculté de Médecine Paris Sud - Université Paris Sud 11
- Faculté de Médecine - Université Paris Est Créteil Val de Marne
- UFR de Santé, Médecine et Biologie Humaine Léonard de Vinci - Université Paris Nord 13
- UFR des sciences de la santé Simone Veil - Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines (UVSQ)
- Faculté de Médecine et de Pharmacie - Université de Poitiers
- Faculté de Médecine - Université de Reims Champagne-Ardenne
- UFR Sciences Médicales - Université de Rennes I
- Faculté de Médecine et de Pharmacie - Université de Rouen
- Faculté de Médecine Jacques Lisfranc - Université Jean Monnet Saint-Étienne
- Faculté de Médecine - Université Louis Pasteur Strasbourg
- Faculté de Médecine Toulouse - Université Paul Sabatier Toulouse III
- Faculté de Médecine de Tours - Université François Rabelais

Ressentis et connaissances personnelles

5. Dans quelle tranche d'âge considérez-vous l'enfant comme un adolescent ? *

Une seule réponse possible.

- de 10 à 15 ans
 de 10 à 19 ans
 de 12 à 19 ans
 de 12 à 21 ans
 de 15 à 19 ans
 de 15 à 21 ans

6. Êtes vous déjà passé en stage en psychiatrie et/ou en pédopsychiatrie pendant votre formation (stage d'externat, semestre d'internat ou jour annexe pendant l'internat)

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

Ressentis et connaissances personnelles, suite

7. Avez vous déjà été confronté.e pendant un de vos SASPAS au dépistage du risque suicidaire chez un ou une adolescente ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non *Passer à la question 9*

Si vous avez déjà été confronté.e au dépistage du risque suicidaire chez un ou une adolescente...

8. Comment vous êtes vous senti.e dans cette situation ? *

Une seule réponse possible.

- Très à l'aise
 Assez à l'aise
 Pas assez à l'aise
 Pas du tout à l'aise

Ressentis et connaissances personnelles, suite

9. Avez vous déjà été confronté.e pendant un de vos SASPAS à la prise en charge d'un ou d'une adolescente en mal être ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non *Passer à la question 11*

Si vous avez déjà été confronté.e à la prise en charge d'un ou d'une adolescente en mal être...

10. Comment vous êtes vous senti.e dans cette situation ? *

Une seule réponse possible.

- Très à l'aise
- Assez à l'aise
- Pas assez à l'aise
- Pas du tout à l'aise

A propos de vos pratiques et de vos connaissances...

Deux rappels sur des définitions essentielles pour la bonne compréhension de la suite du questionnaire :

- Selon l'OMS, l'**adolescence** inclue les jeunes **de 10 à 19 ans**
- Selon la HAS, le **dépistage** vise à détecter la présence d'un trouble précocement chez un individu à priori en bonne santé sans symptômes apparent

Chaque proposition évoquant "le dépistage" et "l'adolescent.e" évoque donc **des jeunes dans cette tranche d'âge, et exclu celles et ceux consultant directement pour un mal être.**

11. Quand vous le faites, quel ou quels sont les outils que vous utilisez pour dépister le risque suicidaire chez l'adolescent.e ?

Une seule réponse possible par ligne.

	Oui	Non
Utilisation du TSTS-Cafard	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilisation du BITS test	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Question ouverte ("et sinon, comment tu vas?" "et à part ça ?" par exemple)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Question directe ("as-tu des idées suicidaires ?" par exemple)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Comment vous influencerait la présence des parents dans le dépistage d'un risque suicidaire chez l'adolescent.e ?

Une seule réponse possible par ligne.

	Je vais le dépister systématiquement	Je vais plutôt avoir tendance à le dépister	Je vais avoir moins tendance à le dépister	Je ne vais pas le dépister
Si les parents sont présents pendant toute la consultation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si les parents sont sortis à votre demande pendant la consultation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si les parents sont sortis spontanément pendant la consultation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si l'adolescent.e est venu seul.e à la consultation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Dans ces exemples de situations, au-delà de la présence des parents, seriez-vous plus ou moins à même de dépister un risque suicidaire chez l'adolescent.e ?

Une seule réponse possible par ligne.

	Je vais le dépister systématiquement	Je vais plutôt avoir tendance à le dépister	Je vais avoir moins tendance à le dépister	Je ne vais pas le dépister
Consultation pour un certificat de sport	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consultation pour un examen systématique (11-14 ans ou 15-18 ans)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles (CCP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consultation pour de la traumatologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consultation pour un motif somatique aigu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consultation pour une plainte somatique récurrente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consultation pour un renouvellement/suivi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consultation pour de l'irritabilité et/ou de la nervosité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consultation pour une problématique de poids (surpoids, obésité, maigreur)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Évaluation des connaissances des recommandations

Selon vous, que recommande la HAS depuis septembre 2021 pour le dépistage du risque suicidaire chez l'adolesce et l'adolescente ?

14. Je pense que la modalité de dépistage recommandée est... *

Une seule réponse possible.

- La question ouverte ("et sinon comment tu vas ?" "et à part ça ?" par exemple)
- La question directe ("as-tu des idées suicidaire ?" par exemple)
- Le TSTS-Cafard
- Le BITS test
- Je n'en ai aucune idée

15. Je pense que la fréquence de dépistage recommandée est... *

Une seule réponse possible.

- A chaque consultation, quelque soit le motif
- Aux consultations pour des motifs aigus (hors certificat et visite systématique)
- Au cas par cas, à la moindre suspicion du praticien
- Aux consultations pour les visites systématiques uniquement
- Un rythme annuel, quelque soit le motif de consultation
- Je n'en ai aucune idée

16. Vis à vis de la présence des parents dans les recommandations, je pense que... *

Une seule réponse possible.

- Il faut poser les questions de dépistage en présence des parents
- Il faut poser les questions de dépistage en l'absence des parents
- La présence des parents n'a pas d'importance
- Je n'en ai aucune idée

Les recommandations actuelles de la HAS sont la réalisation d'un **questionnaire BITS à chaque consultation** pour le dépistage du risque suicidaire chez l'adolescent et l'adolescente **dès 12 ans (donc hors motif directement lié à un mal être) sans la présence des parents** quand c'est possible

Le questionnaire TSTS-Cafard était recommandé avant, il ne l'est plus au profit du BITS test désormais.

Le BITS test se compose de 4 questions d'ouverture banales et rapides à poser. En cas de réponse positif il y a des questions complémentaires pour caractériser la gravité avec un score entre 1 et 2.

Le BITS est considéré positif si le score total est supérieur ou égal à 3 : cela signifie que le risque suicidaire est supérieur à 20%.

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

Si l'adolescent.e consulte pour de l'anxiété ou un mal être, ou si le BITS est positif, il faut évaluer directement le **risque suicidaire** avec des **questions directes** sur des idées ou conduites suicidaires, récentes ou anciennes. On peut aussi s'aider du **questionnaire ASQ**

Questionnaire ASQ

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

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

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

Dans ces cas là, on peut aussi penser à rechercher un **risque dépression** avec l'**auto questionnaire ADRS** (pour les adolescent.e.s)

Une réponse "vrai" = 1 point : entre 0 et 3 peu de risque dépression ; entre 4 et 5 risque de dépression modéré avec réévaluation nécessaire ; entre 6 et 10 risque de dépression important

Le diagnostic repose sur les critères du DSMV

	VRAI	FAUX
1 – Je n'ai pas d'énergie pour l'école, pour le travail		
2 – J'ai du mal à réfléchir		
3 – je sens que la tristesse, le cafard me débordent en ce moment		
4 – Il n'y a rien qui m'intéresse, plus rien ne m'amuse		
5 – Ce que je fais ne sert à rien		
6 – Au fond, quand c'est comme ça, j'ai envie de mourir		
7 – Je ne supporte pas grand-chose		
8 – Je me sens découragé (e)		
9 – Je dors très mal		
10 – A l'école, au boulot, je n'y arrive pas		

17. Si vous aviez entendu parler de ces recommandations avant ce questionnaire, par quel ou quels moyens ?

Une seule réponse possible par ligne.

	Oui	Non
Recherches personnelles (pour une trace écrite, en consultation...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En formation médicale initiale (cours du DUMG)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Par un ou une co interne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Par un ou une maître de stage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lors d'un congrès (CNGE, CMGF...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lecture d'une revue ou d'une newsletter (Prescrire, Exercer...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je n'avais jamais entendu parler de ces recommandations avant ce questionnaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Si autre, pouvez-vous préciser ?

19. Pour quelles raisons trouveriez-vous que le dépistage systématique du risque suicidaire chez l'adolescent.e via le BITS test serait difficile à mettre en pratique, maintenant que vous en connaissez les modalités ?

Une seule réponse possible par ligne.

	Oui	Non
Difficulté à gérer la présence des parents	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manque de temps en consultation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oubli	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proximité en âge avec l'adolescent.e	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manque d'expérience	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manque de connaissance sur la conduite à tenir dans la prise en charge de l'adolescent.e en mal être	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentiment d'incompétence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Première rencontre avec l'adolescent.e	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manque de psychologues et/ou pédopsychiatres sur le territoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manque de connaissance des structures (CMP, CMPP, maison des ados...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pas de difficulté particulière	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Si autre, pouvez-vous préciser ?

21. Quels facteurs à mettre en place vous sembleraient facilitants pour la mise en place de ce dépistage dans votre pratique ?

Une seule réponse possible par ligne.

	Oui	Non
Sa mention dans le carnet de santé pour les visites des 11-14 et 15-18 ans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Créneaux de consultation plus longs pour l'adolescent (20 à 30 minutes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Majoration financière de la consultation chez l'adolescent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cotation spécifique si réalisation d'un ASQ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temps de consultation sans les parents de façon systématique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Support écrit fourni à la fin du cours avec les recommandations rappelées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stage annexe dans une structure de soin en santé mentale (CMPP ou CMP, consult' ado, psychologue, pédo/psychiatre, hôpital ou clinique pédo/psychiatrique...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Protocoles territoriaux pour l'orientation des adolescents et adolescentes en mal être	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rien de particulier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. Si autre, pouvez-vous préciser ?

Merci à vous ! N'oubliez pas de cliquer sur « envoyer » à la fin du questionnaire

Si vous êtes curieux ou curieuse, vous pouvez retrouver plus d'informations et des vidéos d'exemple de mise en pratique du BITS en consultation sur :

<https://www.medecin-ado.org/bits-test>

Ou encore les recommandations de septembre 2021 de la HAS sur le risque suicidaire de l'adolescent.e :

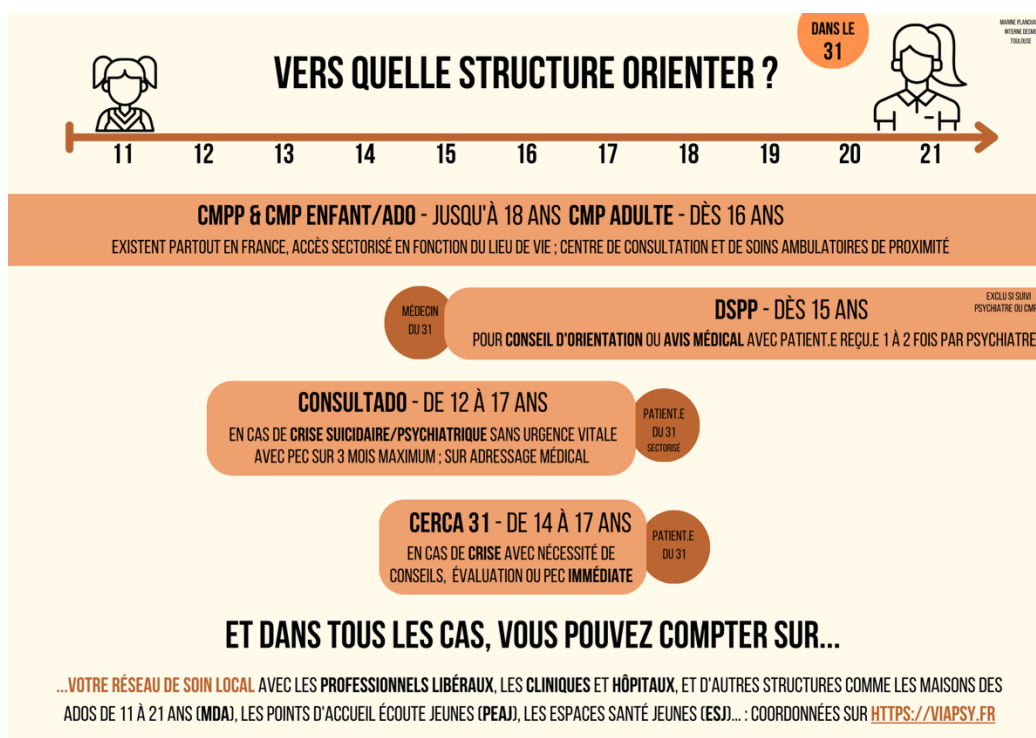
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3288864/fr/idees-et-conduites-suicidaires-chez-l-enfant-et-l-adolescent-prevention-reperage-evaluation-et-prise-en-charge

Le collège de la médecine générale a aussi fait des recommandations en septembre 2022 avec l'assurance maladie :

<https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/Memo-consultation-adolescents-points-cles.pdf>

Voici une infographie que vous pouvez sauvegarder qui résume les recours possibles en fonction de l'âge dans le 31 pour le soutien à la prise en charge de l'adolescent.e en mal être

Merci encore !



2) ANNEXE 2

Tableaux de moyenne de score de connaissance des recommandations

	0	1	2	3
Score reco n(%)	9 (12%)	44 (61%)	15 (21%)	4 (5,6%)

Tableau 1 – Moyenne score de connaissance des recommandations

	Moyenne (écart-type)	Médiane [Q25-75]	min	max	n
Score recommandations	1,19 (0,725)	1,00 [1,00 - 2,00]	0	3,00	72

Tableau 2 – Moyenne score de connaissance des recommandations

3) ANNEXE 3

Résultats de l'effectif « autre genre »

Pour l'évaluation des pratiques, l'effectif « Autre » a répondu « oui » pour l'utilisation du BITS test et de la question ouverte, et « non » pour les 2 autres propositions.

Pour l'évaluation des connaissances, l'effectif « Autre » a répondu correctement à chaque item de recommandation ; et a un score moyen de 3,00 (-).

Pour l'évaluation des ressentis, l'effectif « Autre » a répondu « très à l'aise » pour le dépistage et « assez à l'aise » pour la prise en charge.

4) ANNEXE 4

Tableaux de comparaison vis-à-vis de l'âge

		25-29 ans (n=66)	30 ans ou plus (n=6)	n	p	test
Pratique BITS	oui	11 (17%)	2 (33%)	13	0,30	Fisher
	non	55 (83%)	4 (67%)	59	-	
Pratique TSTS cafard	oui	4 (6,1%)	2 (33%)	6	0,075	Fisher
	non	62 (94%)	4 (67%)	66	-	
Pratique question ouverte*	oui	66 (100%)	5 (83%)	71	-	-
	non	-	1 (17%)	1	-	
Pratique question directe	oui	47 (71%)	2 (33%)	49	0,078	Fisher
	non	19 (29%)	4 (67%)	23	-	

Tableau 1 – Comparaison entre l'âge et les pratiques en terme de dépistage

		25-29 ans (n=66)	30 ans ou plus (n=6)	n	p	test
Reco outil	oui	18 (27%)	2 (33%)	20	0,67	Fisher
	non	48 (73%)	4 (67%)	52	-	
Reco fréquence	oui	12 (18%)	1 (17%)	59	1	Fisher
	non	54 (82%)	5 (83%)	13	-	
Reco parents	oui	47 (71%)	6 (100%)	53	0,33	Fisher
	non	19 (29%)	-	19	-	
Score reco moyenne		1,17 (0,714)	1,50 (0,837)	72	0,37	M-W

Tableau 2 – Comparaison entre l'âge et les connaissances des recommandations

AUTRICE : Marine PLANCHAND

TITRE : État des lieux des pratiques pour le dépistage du risque suicidaire chez l'adolescent et l'adolescente par les internes en médecine générale en Midi-Pyrénées

DIRECTEUR DE THÈSE : Pr Jean Christophe POUTRAIN

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : 17 OCTOBRE 2024 – TOULOUSE RANGUEIL

Introduction : Le suicide chez les adolescents est une problématique de santé publique importante, avec 10 % des adolescents qui ont eu des idées suicidaires l'année passée. Le dépistage permet de diminuer la morbi-mortalité. Depuis 2021 la HAS recommande aux médecins généralistes d'utiliser le BITS test pour dépister les idées suicidaires. Ce travail de thèse vise à étudier les pratiques de dépistage du risque suicidaire chez les adolescents par les internes de médecine générale en Midi Pyrénées.

Méthode : C'est une étude observationnelle sous forme d'analyse quantitative descriptive, via un questionnaire diffusé entre juin et octobre 2023 auprès des internes en médecine générale en SASPAS en Midi Pyrénées.

Résultats : Il y a 72 répondants, soit 49,6 % de la population source, majoritairement des femmes de 25 à 29 ans en SASPAS 2. Les internes utilisent presque tous la question ouverte, ils dépistent moins en présence des parents, et réalisent le dépistage en fonction du motif de consultation. Ils sont 25 % à savoir que le BITS test est recommandé et 18 % à l'utiliser.

Discussion et conclusion : On retrouve que la pratique du dépistage du risque suicidaire est en lien avec une utilisation plus importante de la question directe, et un meilleur ressenti dans la prise en charge. Un bon score de connaissance et la connaissance spécifique du BITS test sont en lien avec une utilisation plus importante de cet outil. Ils sont 2/3 à ne pas être à l'aise ou assez à l'aise dans leur pratique mais semblent influencés positivement par les stages et l'utilisation du BITS test. Le médecin généraliste à un rôle central pour le dépistage des idées suicidaires, cependant les freins à l'utilisation du BITS les plus cités sont le manque de professionnels en santé mentale, la difficulté à gérer la présence parentale, le manque de temps, de connaissance, ou l'oubli. Pour améliorer les pratiques, on peut travailler individuellement sur la gestion de la consultation et ses connaissances personnelles. A échelle collective on doit travailler sur la formation initiale et continue et des mesures de santé publique.

Mots-clés : adolescent ; dépistage ; BITS ; suicide ; risque suicidaire ; interne ; médecine générale ; soin primaire

Evaluation of practices for screening suicidal risk in adolescents by general medicine students in Midi-Pyrénées

Introduction : Suicide among adolescents is a significant public health issue, we notice 10 % of adolescents had suicidal thoughts in the past year. Screening allows to decrease morbidity and mortality. Since 2021, the HAS has recommended general practitioners (GP) to use the BITS test to screen for suicidal thoughts. This work studies the screening's practices about the suicide risk among adolescents by general medicine students in Midi-Pyrénées.

Method : It is an observational study with a descriptive quantitative analysis, using a questionnaire distributed between June and October 2023 to the medical students in general practice (SASPAS) in Midi-Pyrénées.

Results : There are 72 respondents, 49.6% of the source population, mostly women aged 25 to 29 in SASPAS 2. Almost all the students use open-ended question, they screen less in the presence of parents, and perform screening based on the reason for consultation. Only 25 % know that BITS test is recommended, and 18 % use it.

Discussion and conclusion : We find the practice of screening is related with a more important use of direct question, and a more comfortable practice. We observe that a good score in knowledge, particularly of the BITS test, is associated with a more frequent use of this test. They are 2/3 to not be, or not enough, comfortable in their practice but they seem to be positively influenced by the practical internship experiences and the use of the BITS test. GP have a key role in suicidal ideas screening, however the most cited limits to the BITS test use are the lack of mental health professionals, the difficulty of managing parental presence, the lack of time or knowledge, or forgetfulness. To improve the practices, we can work on consultation management and personal knowledge. On a collective scale, we must work on initial and continuing GP education and public health measures.

Keywords : adolescent ; screening ; BITS ; suicide ; suicide risk ; medical student ; general practice ; primary care

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Faculté de Santé – 37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE - France