

2016-2017

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE

Evaluation du risque suicidaire chez les adolescents en médecine générale.

Etude quantitative descriptive auprès de médecins
spécialisés en médecine générale en Pays de la Loire
entre mai et novembre 2016.

AUFRAND GUERIN Manon

Née le 30 mai 1988 à Viriat (01)

Sous la direction de Mme le Dr Christine TESSIER-CAZENEUVE

Membres du jury

Mr le Pr FANELLO Serge		Président
Mme le Dr TESSIER-CAZENEUVE Christine		Directeur
Mme le Dr de CASABIANCA Catherine		Membre
Mr le Dr MBULA Pierre		Membre

Soutenue publiquement le :
22 Juin 2017



UFR SANTÉ

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) Manon AUFRAND née GUERIN
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **12/05/2017**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Isabelle RICHARD

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric LAGARCE

Directeur du département de médecine : Pr Nicolas LEROLLE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine

IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérard	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophthalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine

BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRICAUD Anne	Biologie cellulaire	Pharmacie
TURCANT Alain	Pharmacologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane	Informatique	Médecine
AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie

CHIKH Yamina
FISBACH Martine
LAFFILHE Jean-Louis
LETERTRE Elisabeth
O'SULLIVAN Kayleigh

Économie-Gestion
Anglais
Officine
Coordination ingénierie de formation
Anglais

Médecine
Médecine
Pharmacie
Médecine
Médecine

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Serge FANELLO pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse. Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez manifesté pour mon travail, pour votre disponibilité et vos précieux conseils. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A Madame le Docteur Christine TESSIER-CAZENEUVE pour avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour votre disponibilité, votre soutien et vos remarques avisées tout au long de ce travail. Croyez en ma sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Catherine DE CASABIANCA pour avoir accepté de faire partie de ce jury et pour ses conseils lors de la création de la grille d'observation.

A Monsieur le Docteur Pierre MBULA pour me faire l'honneur de sa présence parmi les membres de ce jury et pour avoir été un chef de service attentif et formateur durant mon internat.

A Monsieur le Professeur Eric CAILLEZ pour m'avoir guidée et épaulée dans la gestion du logiciel sphinx et dans la saisie des données.

Aux médecins généralistes Maîtres de stage Universitaires qui ont accepté de participer à cette étude et aux internes qui se sont impliqués dans ce travail.

A mes parents. Vous m'avez soutenue tout au long de ces années et avez toujours cru en moi. Merci de m'avoir permis de réaliser mes projets et d'être toujours présents à mes côtés. Je vous aime très fort.

A Aurélien, mon mari. Tu m'as soutenue durant toutes ces années d'étude sans jamais faillir et en m'entourant d'amour. Je n'y serais pas arrivée sans toi. Je t'aime de tout mon cœur.

A Jérémi, Jessica, Claire et Cédric, pour votre soutien et votre tendresse. Et à mes neveux et nièces qui sont venus agrandir et illuminer notre famille.

A ma mamie qui m'a encouragée toutes ces années et qui est près de moi dans tous les grands moments de ma vie. Et à mes autres grands-parents qui veillent sur moi de là-haut.

A ma belle-famille. Vous m'avez acceptée dans votre famille à bras ouverts. Merci pour votre soutien et votre amour.

A Candice. Sans toi mon internat n'aurait pas eu la même saveur. Merci pour ton amitié qui m'est si chère.

A Marc. Tu me supportes depuis seulement 1 an et pourtant tu sais à quel point tu comptes. Merci d'être entré dans ma vie.

A mes amis de toujours : Jennifer, Cyrielle, Nina, Laurent, Adrien et l'équipe des Chevreuils. J'ai toujours pu compter sur votre amitié si précieuse. Merci pour tous ces bons moments passés et à venir.

A mes nouveaux amis : Mathilde, Mélissa, Mélodie et Antoine, Gauthier, Naomi. Pour tous les bons moments qu'on a passé ensemble en stage...et ailleurs !

A Marc et Isabelle. Vous m'avez formée, encouragée, (supportée ?) durant 2 semestres et m'avez ensuite permis de travailler à vos côtés. Vous allez beaucoup me manquer.

A Mathilde et Florent, mes pré-testeurs préférés pour l'aide précieuse qu'ils m'ont apportée tout au long de ce travail.

A Papuche, pour ton réconfort et ton amour inconditionnel.

Et à tous ceux que j'ai croisés sur ma route et qui m'ont permis de grandir durant ces longues années d'étude...

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

1. Matériel

- 1.1. Population étudiée – constitution de la cohorte
- 1.2. Observateurs
- 1.3. Grille d'observation

2. Méthode

- 2.1. Déroulement des observations
- 2.2. Recueil des données et analyses statistiques

RÉSULTATS

1. Taux de participation

2. Analyse descriptive

- 2.1. Caractéristiques de l'échantillon
 - 2.1.1. Sexe, âge et lieu d'exercice des MSU
 - 2.1.2. Sexe, âge et situation scolaire ou professionnelle des adolescents consultants
 - 2.1.3. Situation familiale des adolescents
- 2.2. Ancienneté et répétition des consultations antérieures des adolescents
 - 2.2.1. Ancienneté de la dernière consultation
 - 2.2.2. Répétition des consultations
- 2.3. Déroulement de la consultation observée
 - 2.3.1. Présence et caractéristiques des accompagnants
 - 2.3.2. Tutoiement ou vouvoiement
 - 2.3.3. Exploration de la situation familiale de l'adolescent
- 2.4. Motif des consultations
 - 2.4.1. Motif initial de la consultation observée
 - 2.4.2. Motif des consultations antérieures
- 2.5. Items abordés par les médecins en lien avec l'évaluation du risque suicidaire
 - 2.5.1. Items abordés sous formes de questions posées à l'adolescent
 - 2.5.2. Thèmes abordés sous formes de conseils généraux et de prévention
 - 2.5.3. Outils ou supports utilisés pour aborder ces thèmes
- 2.6. Adolescents repérés comme étant à risque suicidaire par les médecins
 - 2.6.1. Fréquence des troubles dépistés
 - 2.6.2. Motifs initiaux des consultations où un adolescent a été repéré comme étant à risque suicidaire
 - 2.6.3. Prise en charge des adolescents repérés comme étant à risque suicidaire
 - a) Prescription d'un traitement médicamenteux
 - b) Intervention auprès du tiers et intervention sur l'environnement
 - c) Orientation de l'adolescent vers un autre soignant
 - d) Suivi de l'adolescent
 - e) Documentation remise à l'adolescent

3. Analyse comparative

- 3.1. Population étudiée

- 3.2. Evaluation du risque suicidaire par le médecin
 - 3.2.1. Profil des médecins
 - 3.2.2. Profil des adolescents
 - 3.2.3. Présence du tiers lors de la consultation
 - 3.2.4. Tutoiement et vouvoiement
 - 3.2.5. Ancienneté et répétition des consultations
 - 3.2.6. Motifs de consultation
- 3.3. Conseils généraux ou de prévention donnés par le médecin
 - 3.3.1. Profil des médecins
 - 3.3.2. Profil des adolescents
 - 3.3.3. Présence du tiers lors de la consultation
 - 3.3.4. Tutoiement et vouvoiement
 - 3.3.5. Ancienneté et répétition des consultations
 - 3.3.6. Motifs de consultation
- 3.4. Exploration de la situation familiale des adolescents

DISCUSSION

1. Forces et limites de l'étude

2. Résultats

- 2.1. Echantillon
- 2.2. Evaluation du risque suicidaire chez les adolescents
- 2.3. Objectifs secondaires
- 2.4. Autres résultats

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

RESUME

Introduction

Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les jeunes de 15 à 24 ans. La prévention du suicide chez l'adolescent est donc un enjeu majeur de santé publique. Or, il semble que le médecin généraliste ne dépiste pas ce risque systématiquement. L'objectif principal de cette étude était d'observer comment les médecins généralistes évaluent ce risque suicidaire en consultation. Les objectifs secondaires étaient de cerner l'organisation du suivi et de repérer un profil de praticiens moins enclins au dépistage.

Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude quantitative de cohorte, observationnelle et descriptive. Les critères d'inclusion sont les médecins Maîtres de stage Universitaires en stage ambulatoire de niveau 1 exerçant dans la circonscription de la faculté d'Angers. Ils étaient observés par leurs internes à l'aide d'une grille anonyme lors de chaque consultation avec un adolescent âgé de 10 à 19 ans entre mai et novembre 2016. L'analyse statistique a été descriptive et comparative, avec pour celle-ci utilisation du test d'indépendance du Chi2 ou le test de Fischer pour les faibles effectifs, avec un degré de significativité retenu de 5%.

Résultats

57 médecins sur 186 contactés ont accepté de participer et 166 grilles ont été exploitées. Globalement, les médecins généralistes ont peu évalué le risque suicidaire lors de ces consultations. Dans 127 consultations le médecin a abordé au moins un item en rapport avec l'évaluation du risque suicidaire de l'adolescent. Les médecins ont dépisté davantage ce risque lorsque le motif de consultation était psychologique (18/19 versus 109/147, $p < 0,05$) ou de prévention (54/64 versus 55/83, $p < 0,05$). Il n'y avait pas de différence significative en ce qui concernait le profil des médecins et des adolescents et l'ancienneté et la répétition des consultations. Dans 43 consultations il a donné au moins un conseil de prévention. Les médecins ont délivré plus de conseils de prévention aux adolescents qu'ils connaissaient (43/153 versus 0/12, $p < 0,05$) et lors d'un motif psychologique (9/19 versus 34/147, $p < 0,05$). 18 adolescents ont été repérés à risque suicidaire. 5 se sont vus prescrire un traitement, 5 ont eu un suivi programmé et 11 ont été orientés vers un spécialiste ou une structure.

Conclusion

Les médecins prenaient donc peu en compte les spécificités du risque suicidaire chez les adolescents, calquant leur prise en charge sur celle des adultes. Afin d'améliorer la prise en charge, il pourrait être envisagé de renforcer la formation des Maîtres de stage Universitaires au sein de la faculté et au sein des FMC. Un nouvel examen de santé obligatoire pourrait être créé à l'âge de 15 ans et intégré au carnet de santé.

INTRODUCTION

L'adolescence est une période de la vie singulière. Il s'agit d'une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte marquée par de nombreux changements (physiques, psychiques, environnementaux) et par un besoin de transgression quasi permanent. Les adolescents sont des êtres fragiles qui, lors de cette phase de transformation peuvent ressentir un sentiment de vide et d'insignifiance et alors adopter des comportements à risques (conduites sexuelles, drogues, violence, fugues, tentatives de suicide...)(1).

L'un des enjeux de santé publique dans cette classe d'âge est donc la prévention du suicide. En effet, le suicide est la 2ème cause de mortalité chez les jeunes de 15 à 24 ans et 7% des suicides ont lieu chez les moins de 25 ans (2)(3). De plus, il existe un risque élevé (30 à 50%) de récurrence dans les 12 à 18 mois suivant la première tentative lorsqu'aucun changement environnemental n'est intervenu (2).

Les études ont montré que le médecin généraliste est le professionnel de santé le plus fréquenté par l'adolescent (4)(5). En effet, 75% des adolescents ont vu leur médecin généraliste dans l'année. Une étude réalisée en 2001 a montré que deux adolescents sur trois ayant eu un geste suicidaire ont eu recours à une consultation auprès d'un médecin généraliste dans les mois voire les jours précédant cet acte (6). Le médecin généraliste peut donc avoir un rôle important dans la prévention du suicide chez l'adolescent.

Or, l'adolescent consulte le plus souvent pour un motif somatique bénin mais pouvant révéler une situation de crise (7). De plus, la particularité du suicide chez l'adolescent est qu'il peut survenir en dehors de tout état dépressif, dans un contexte de conduites à risque (8). En effet, l'adolescence est une période marquée par l'impulsivité et le passage à l'acte suicidaire peut être déclenché par un motif semblant tout à fait anodin du point de vue de l'adulte (8). Dans ce contexte, le médecin généraliste doit s'efforcer d'évaluer de manière systématique des « signes d'alerte suicidaire » plutôt que de rechercher un état dépressif (8) (9). Ces signes

d'alerte concernent les domaines de la scolarité et du milieu familial (désinvestissement, sentiment d'exclusion, isolement, tensions...) et les conduites à risque (alcool, drogues, sexualité à risque, accidents physiques, ...) (8) (9).

Cependant les études ont montré que, dans sa pratique, le médecin généraliste interroge le risque suicidaire essentiellement dans les contextes de dépression alors que la moitié des suicides mortels chez l'adolescent ont lieu hors d'un état dépressif caractérisé (10). Dans ce contexte et suite à l'enquête Lycoll de 1999 (enquête réalisée auprès de jeunes de troisième et de seconde qui a mis en évidence l'importance du phénomène de tentative de suicide dans la région Poitou Charente chez des jeunes qui consultaient régulièrement leur médecin généraliste), un groupe de médecins (le groupe ADOC) s'est constitué en Poitou Charente afin de mettre au point un test de dépistage destiné aux médecins libéraux en pratique courante (11). Ce test, appelé TSTS-CAFARD, comporte 8 questions simples à poser systématiquement lors de toute consultation avec un adolescent (12). Il a récemment évolué vers le BITS test, intégrant le stress familial et le cyber-harcèlement, afin de prendre en compte l'évolution sociétale (13).

Par ailleurs, des formations centrées sur les spécificités de l'adolescence sont proposées en formation initiale aux internes de médecine générale au sein de la faculté d'Angers. Les difficultés de dépistage du risque suicidaire dans cette population et les tests de dépistage y sont abordés.

Cependant, en pratique courante, les outils de dépistage du risque suicidaire chez l'adolescent semblent ne pas être systématiquement utilisés.

L'objectif principal de cette étude était donc d'observer comment, en pratique courante, les médecins généralistes évaluent le risque suicidaire de l'adolescent en consultation.

Les objectifs secondaires étaient de définir comment les médecins organisent le suivi des adolescents qu'ils jugent à risque et éventuellement de repérer un profil de médecins moins enclins au dépistage, afin de réfléchir à la façon de les sensibiliser sur ce sujet.

MÉTHODES

Une étude quantitative de cohorte, observationnelle et descriptive, a été réalisée durant six mois, de mai à novembre 2016, afin de décrire la pratique de médecins généralistes dans l'évaluation du risque suicidaire de l'adolescent. Cette cohorte a été observée à l'aide d'une grille de recueil lors de consultations de pratique courante avec des adolescents.

1. Matériel

1.1. Population étudiée – constitution de la cohorte

Les critères d'inclusion étaient :

- Etre Maître de stage Universitaire en stage ambulatoire de niveau 1
- Exercer dans l'un des 3 départements de la circonscription de la faculté d'Angers (Sarthe, Mayenne et Maine et Loire).

Il s'agissait de 186 Maîtres de stage exerçant dans les départements du Maine et Loire, de la Sarthe et de la Mayenne.

Les Maîtres de stage ont été informés par courrier de la thématique de la thèse sans connaître le contenu de la grille d'observation afin d'éviter tout biais. Ils devaient donner leur accord écrit pour être observés (annexe I).

Le critère d'exclusion principal était l'impossibilité d'exploiter la grille.

1.2. Observateurs

Les Maîtres de stage Universitaires étaient étudiés par leurs internes de médecine générale présents dans ces stages ambulatoires de niveau 1, lors de la phase initiale du stage dite d'observation. 62 internes de médecine générale, ayant chacun trois Maîtres de stage, ont ainsi été recrutés. L'objectif et les modalités de l'étude leur ont été détaillés lors de la journée de présentation du stage ambulatoire de niveau 1 au début du semestre. Chaque interne a reçu 10 grilles d'observation et avait la possibilité d'en réclamer de nouvelles tout au long du semestre.

1.3. Grille d'observation

La grille d'observation élaborée à partir des recherches bibliographiques comportait 21 items à questions fermées et explorait (annexe II) :

- Les données socio-économiques des médecins et des adolescents
- L'ancienneté et la répétition des consultations concernant cet adolescent
- Le déroulement de la consultation observée (personnes accompagnants l'adolescent, motif de consultation, thèmes abordés par le médecin et sous quelles formes, outils utilisés, ...)
- L'organisation du suivi et/ou l'orientation des adolescents que le médecin jugeait à risque suicidaire

Un pré-test a été réalisé par trois internes de la faculté d'Angers en stage ambulatoire de niveau 1 sur la fin du semestre précédant ce recueil (de mars à avril 2016) permettant une simplification et une explicitation de la grille. Ces pré-tests n'ont pas été inclus dans les résultats de l'étude.

2. Méthode

2.1. Déroulement des observations

Les consultations observées étaient celles des adolescents de 10 à 19 ans quel que soit le motif initial de consultation. Cette tranche d'âge a été retenue en référence à la définition de l'OMS (14). Les jeunes patients ainsi que leurs accompagnants, étaient informés de cette étude à l'aide d'une pancarte affichée en salle d'attente (annexe III). S'ils ne souhaitent pas participer à l'étude ils étaient invités à manifester leur refus oralement avant le début de la consultation.

Le recueil s'est effectué sur le semestre de mai à novembre 2016. Il a été demandé aux internes de remplir une grille pour chaque consultation d'adolescent réalisée par leur Maître de stage.

2.2. Recueil des données et analyses statistiques

Les données collectées étaient anonymisées.

Les grilles d'observation ont été régulièrement collectées lors des cours spécifiques au stage ambulatoire de niveau 1 organisés par la faculté d'Angers. Plusieurs relances auprès de ces internes ont été effectuées par mail au cours du semestre afin de maximiser le nombre de grilles remplies et rendues.

Les données recueillies ont été saisies à l'aide du logiciel SPHINX afin d'obtenir une base de données Excel. Ces résultats ont fait l'objet d'une analyse statistique descriptive puis d'une analyse comparative. Pour cette analyse comparative le test d'indépendance du Chi2 ou le test exact de Fisher (en cas d'effectif inférieur à 5) ont été utilisés et calculés à l'aide des logiciels Epi Info 7 et BiostaTGV. Un degré de significativité de 5% a été retenu ($p \leq 0,05$).

RÉSULTATS

1. Taux de participation

Parmi les 186 médecins contactés, 57 ont renvoyé leur accord écrit pour participer à cette étude soit environ 1/3.

Les internes en stage ont rempli 166 grilles d'observation qui ont toutes pu être exploitées.

2. Analyse descriptive

2.1. Caractéristiques de l'échantillon

2.1.1. Sexe, âge et lieu d'exercice des MSU

Parmi les 166 consultations observées, 99 étaient menées par un médecin de sexe féminin (soit plus de la moitié) et 67 par un médecin de sexe masculin. Les consultations observées étaient majoritairement en milieu rural (94 versus 69 en milieu urbain). 131 consultations étaient menées par un médecin dont l'âge été compris entre 40 et 60 ans, 27 par un médecin de moins de 40 ans et 4 par un médecin de plus de 60 ans.

2.1.2. Sexe, âge et situation scolaire ou professionnelle des adolescents consultants

Les adolescents qui consultaient étaient pour un peu plus de la moitié (88/166) de sexe féminin (76 de sexe masculin). 78 étaient âgés de moins de 15 ans et 88 de 15 ans ou plus. Leur situation sur le plan scolaire ou professionnel est détaillée sur la figure 1, ils étaient scolarisés pour 148 d'entre eux.

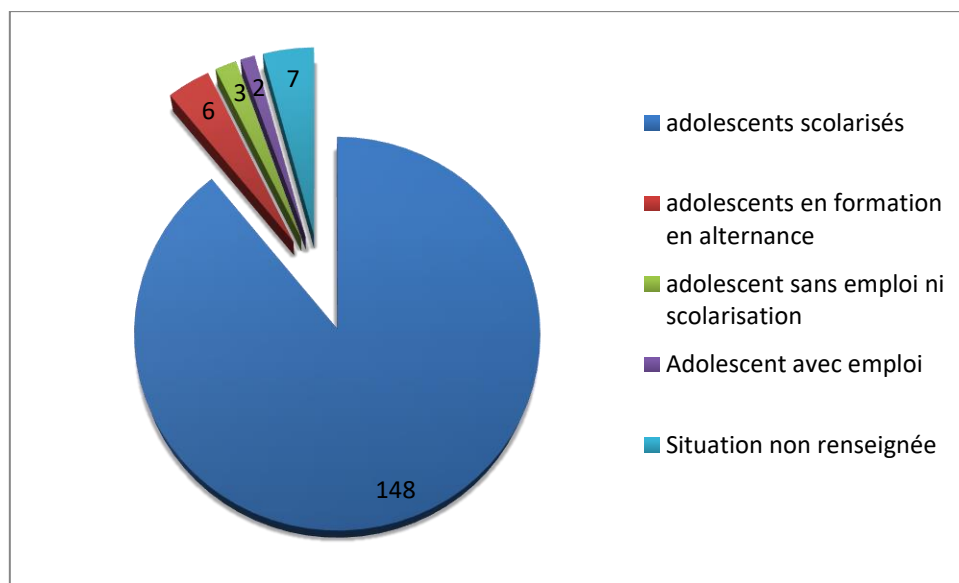


Figure 1 : Situation scolaire ou professionnelle des adolescents

2.1.3. Situation familiale des adolescents

102 adolescents vivaient avec leurs 2 parents et 32 avec un seul parent. 6 vivaient au sein d'une famille recomposée et 3 en famille d'accueil. 2 adolescents vivaient avec des parents adoptifs, 1 avec ses grands-parents et 1 vivait seul. 19 données étaient manquantes.

Parmi les 98 adolescents dont la fratrie était connue, 86 avaient des frères et sœurs ou demis frères et sœurs et 12 étaient enfants uniques.

2.2. Ancienneté et répétition des consultations antérieures des adolescents

Parmi les 166 adolescents consultant, 12 adolescents voyaient le médecin pour la première fois. Pour 153 d'entre eux ils avaient déjà consulté ce médecin auparavant. La situation d'un adolescent n'était pas connue sur cet item.

Parmi les 153 adolescents déjà suivis par le médecin, les dates des dernières consultations ont été recueillies pour 139 d'entre eux.

2.2.1. Ancienneté de la dernière consultation

L'ancienneté de la dernière consultation est présentée dans la figure 2.

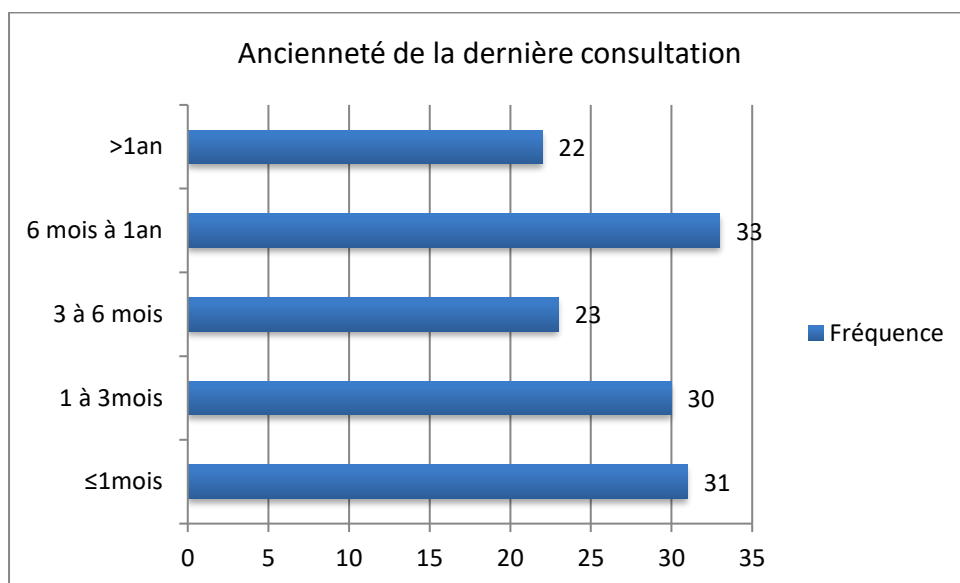


Figure 2 : Ancienneté de la dernière consultation de l'adolescent

Ainsi, 117 adolescents avaient été vus dans l'année écoulée dont 84 dans les 6 derniers mois.

2.2.2. Répétition des consultations

Un adolescent a été considéré comme vu à plusieurs reprises s'il avait consulté le médecin au moins 2 fois dans les 12 mois précédant la consultation observée.

Ainsi, 85 adolescents ont été vus à plusieurs reprises dans les 12 derniers mois dont 26 dans les 3 derniers mois. La répétition des consultations est présentée dans la figure 3.

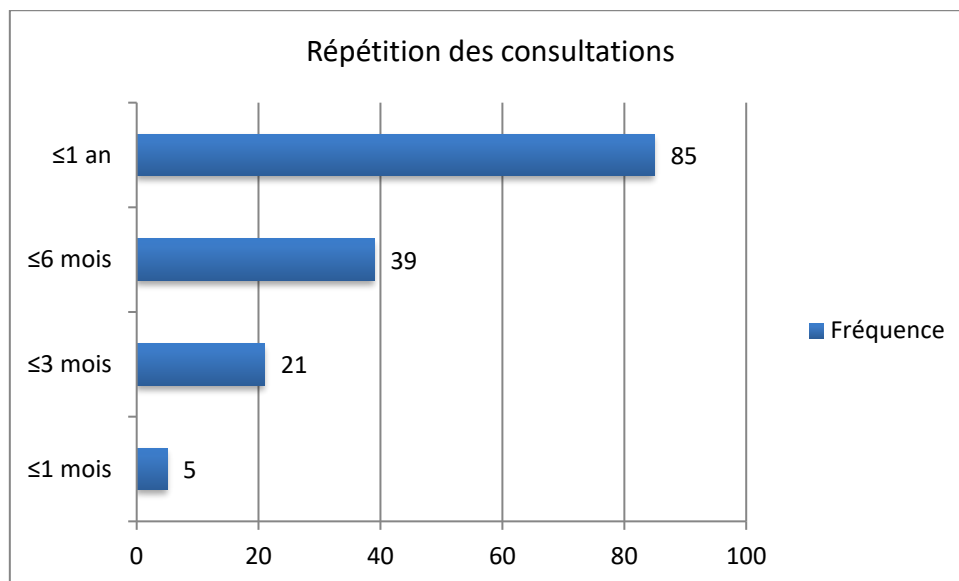


Figure 3 : Répétition des consultations de l'adolescent au cours de la dernière année

2.3. Déroulement de la consultation observée

2.3.1. Présence et caractéristiques des accompagnants

Une minorité d'adolescents consultait seul. 138 des 166 adolescents étaient accompagnés lors de cette consultation, dans les trois quarts des cas par un parent (pour 125 d'entre eux).

Les accompagnants sont détaillés dans la figure 4.

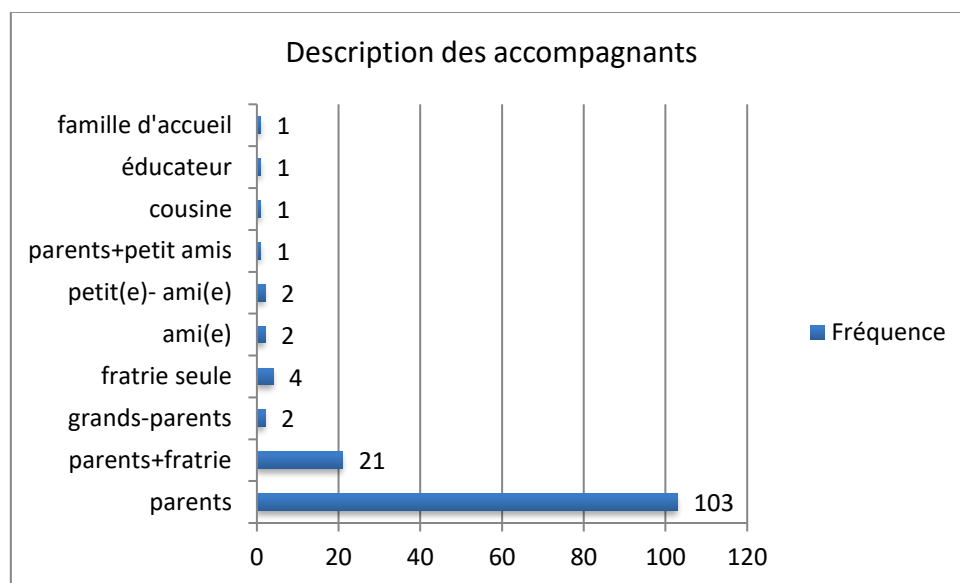


Figure 4 : Description des accompagnants

Parmi les 138 adolescents accompagnés, le médecin a très rarement demandé au tiers de sortir (8 d'entre eux).

Ainsi parmi les 166 adolescents consultant, 130 ont été vus en présence du tiers pendant toute la durée de la consultation et 36 ont été vus seuls pendant toute ou partie de la consultation.

2.3.2. Tutoiement ou vouvoiement

Le tutoiement a été utilisé par les médecins dans 156 consultations, le vouvoiement dans 6 consultations et le médecin a alterné entre ces deux modes dans 2 consultations. 2 grilles ont des données manquantes pour cet item.

2.3.3. Exploration de la situation familiale de l'adolescent

La situation familiale de l'adolescent a été explorée dans 17 des 166 consultations. Dans 148 consultations, la situation familiale n'a pas été explorée mais elle était déjà connue par le médecin dans 130 cas. 5 données sont manquantes pour cet item.

La situation familiale était donc connue par le médecin généraliste pour 147 des 166 adolescents.

2.4. Motif des consultations

2.4.1. Motif initial de la consultation observée

Le motif initial des consultations observées est représenté sur la figure 5. Les trois premiers motifs de consultation en ordre de fréquence étaient : « administratif/certificats », « infectieux » et « psychologique ».

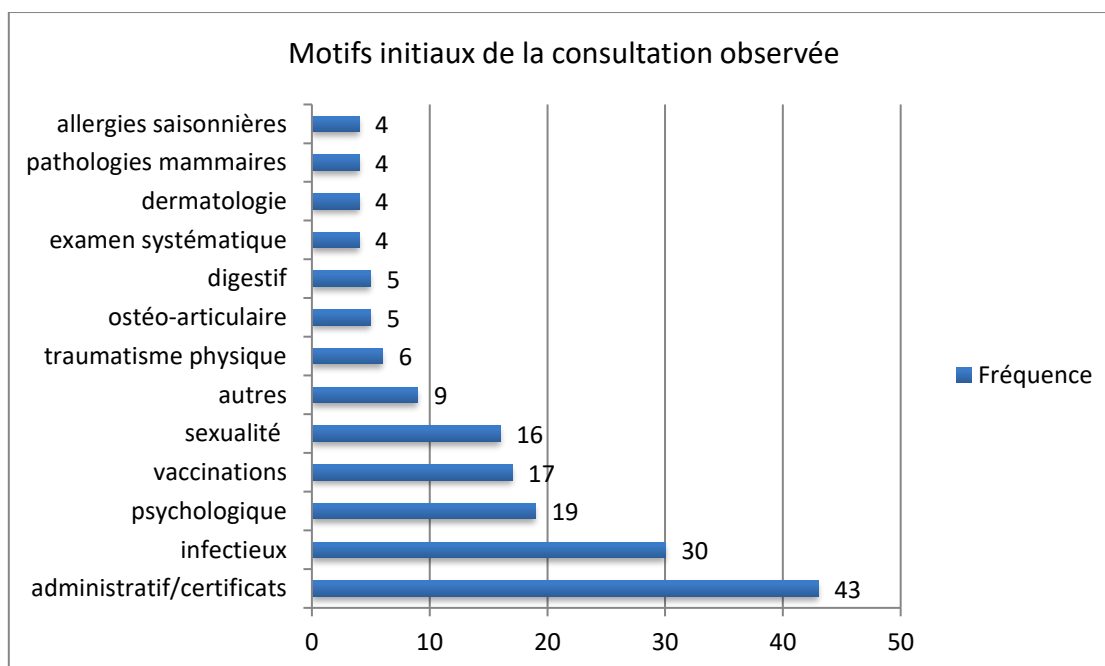


Figure 5 : Motifs initiaux de la consultation observée

Le détail des autres motifs de consultation est recensé dans le tableau I.

Autres motifs de consultation	Fréquence
Malaises	2
Conseils aux voyageurs	1
Epistaxis	1
Menstruations	1
Ongle incarné	1
Pathologie oculaire	1
Pathologie ORL	1
Pathologie touchant les organes génitaux	1

Tableau I : Autres motifs initiaux de la consultation observée

2.4.2. Motif des consultations antérieures

Les motifs des trois dernières consultations ont été répertoriés chez les adolescents déjà connus par le médecin. 366 motifs de consultations antérieures ont ainsi été inventoriés et classés dans la figure 6. Les trois premiers motifs de consultation par ordre de fréquence étaient : « infectieux », « administratif/certificats » et « ostéo-articulaire ».

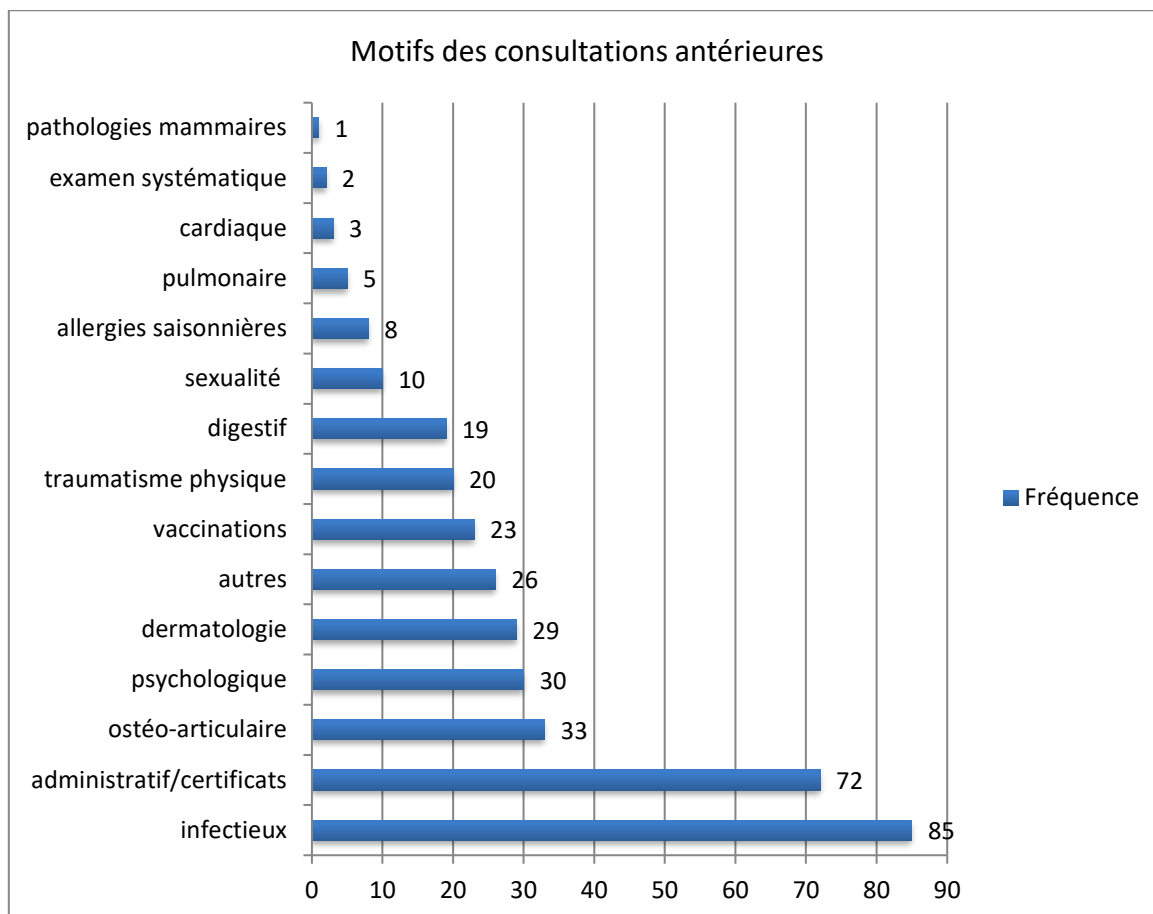


Figure 6 : Motifs des consultations antérieures

Le détail des autres motifs de consultations est décrit dans le tableau II.

Autres motifs des consultations antérieures	Fréquence
Renouvellement de traitement	4
Menstruations	3
Cancérologie	2
Malaise	2
Pathologie ORL	2
Pathologie touchant les organes génitaux	2
Adénopathie	1
Conseils aux voyageurs	1
Nutrition	1
Prescription EMLA	1
Maladie de Mac Ardle	1
Pathologie oculaire	1
Énurésie	1
Œdème labial	1

Tableau II : Autres motifs des consultations antérieures

2.5. Items abordés par les médecins en lien avec l'évaluation du risque suicidaire

Lors des consultations observées, certains médecins ont abordé des items en lien avec l'évaluation du risque suicidaire chez l'adolescent, soit sous forme de questions, soit sous formes de conseils généraux et de prévention.

2.5.1. Items abordés sous formes de questions posées à l'adolescent

432 questions en rapport avec les items évaluant le risque suicidaire ont été posées sur l'ensemble des 166 consultations observées. Dans 127 de ces 166 consultations (soit environ les $\frac{3}{4}$), le médecin a posé au moins une question et dans 67 consultations (soit plus d' $\frac{1}{3}$), il a posé au moins 3 questions, concernant le plus souvent le sentiment de bien-être, l'ambiance ressentie en milieu scolaire ou professionnel et l'alimentation (tableau III).

Aucun médecin n'a interrogé sur les antécédents d'IVG ou de grossesse précoce.

Items abordés	Fréquence des questions posées
Sentiment de bien-être global	71
Ambiance ressentie en milieu scolaire ou professionnel	64
Alimentation	50
Sommeil	42
Résultats scolaires	40
Consommation de tabac	29
Ambiance ressentie au sein du foyer	26
Ambiance ressentie en groupe	23
Sexualité	19
Relations amoureuses	14
Idées noires ou suicidaires	9
Consommation de cannabis	8
Consommation de drogues hors cannabis	7
Consommation d'alcool	7
Traumatismes physiques (autres que sportifs)	7
Harcèlement subi	5
Temps passé sur les jeux vidéo	3
Temps passé sur le téléphone portable	3
Temps passé sur les jeux en ligne	2
ATCD personnel de TS	1
Temps passé sur les réseaux sociaux	1
Antécédent de fugue	1
Antécédent d'IVG ou de grossesse précoce	0

Tableau III : Fréquence des items abordés par le médecin sous forme de questions

2.5.2. Items abordés sous forme de conseils généraux et de prévention

Certains médecins ont abordé ces mêmes items sous forme de conseils généraux et de prévention sans poser directement de questions à l'adolescent lors de 43 consultations (soit environ ¼ des consultations). La fréquence des items abordés sous cette forme est représentée dans le tableau IV. Les items les plus fréquemment abordés étaient l'alimentation, la sexualité et le sommeil.

Items abordés	Fréquence des conseils donnés
Alimentation	16
Sexualité	12
Sommeil	8
Consommation de tabac	6
Sentiment de bien-être global	5
Relations amoureuses	5
Ambiance ressentie en milieu scolaire ou professionnel	3
Résultats scolaires	3
Ambiance ressentie au sein du foyer	2
Ambiance ressentie en groupe	2
Consommation d'alcool	2
Temps passé sur les jeux vidéo	1
Temps passé sur les jeux en ligne	1
Traumatismes physiques (autres que sportifs)	1
Harcèlement subi	1
Idées noires ou suicidaires	0
ATCD personnel de TS	0
Temps passé sur les réseaux sociaux	0
Temps passé sur le téléphone portable	0
Consommation de cannabis	0
Consommation de drogues hors cannabis	0
Antécédent de fugue	0
Antécédent d'IVG ou de grossesse précoce	0

Tableau IV : Fréquence des thèmes abordés par le médecin sous forme de conseils généraux et de prévention

2.5.3. Outils ou supports utilisés pour aborder ces items

Les internes ont observé lors de 6 consultations l'utilisation d'outils spécifiques ou de supports pour aborder ces thèmes : le carnet de santé à la page « examen 14-18 ans » (2 fois) et la brochure de l'INPES « questions d'ados » (2 fois). Le support ou l'outil n'a pas été précisé dans les 2 autres cas.

Certains médecins ont utilisé les items constituant le TSTS sans que ce test soit forcément formalisé. L'utilisation partielle ou totale de ce test est représentée tableau V.

Utilisation du TSTS	Fréquence
Test complet (4 questions)	1
3 questions	11
2 questions	33
1 question	64

Tableau V : Fréquence de l'utilisation du TSTS par les médecins

2.6. Adolescents repérés comme étant à risque suicidaire par les médecins

2.6.1. Fréquence des troubles dépistés

Les médecins ont repéré 18 adolescents qui présentaient des troubles en lien avec les items retenus pour notre étude. Leur répartition par âge et par fréquence des troubles dépistés est présentée respectivement dans les tableaux VI et VII. Les troubles les plus fréquemment dépistés étaient en lien avec le sentiment de bien-être global (9 adolescents), l'alimentation (7 adolescents) et le sommeil et l'ambiance ressentie en milieu scolaire ou professionnel (6 adolescents).

Age des adolescents repérés comme étant à risque suicidaire	Fréquence
10 ans	2
11 ans	2
12 ans	2
13 ans	2
14 ans	2
15 ans	1
16 ans	2
17 ans	2
18 ans	3

Tableau VI : Age des adolescents repérés comme étant à risque suicidaire

Item abordé	Fréquence des troubles dépistés
Sentiment de bien-être global	9
Alimentation	7
Sommeil	6
Ambiance ressentie en milieu scolaire ou professionnel	6
Consommation de tabac	5
Harcèlement subi	4
Idées noires ou suicidaires	3
Ambiance ressentie en groupe	3
Résultats scolaires	2
Relations amoureuses	2
Consommation de cannabis	2
Ambiance ressentie au sein du foyer	1
Temps passé sur les jeux vidéo	1
Consommation de drogues hors cannabis	1
Consommation d'alcool	1
Traumatismes physiques (autres que sportifs)	1
Antécédent de fugue	1
Sexualité	1
ATCD personnel de TS	0
Temps passé sur les réseaux sociaux	0
Temps passé sur les jeux en ligne	0
Temps passé sur le téléphone portable	0
Antécédent d'IVG ou de grossesse précoce	0

Tableau VII : Fréquence des troubles dépistés en lien avec les items abordés lors de la consultation

2.6.2. Motifs initiaux des consultations où un adolescent a été repéré comme étant à risque suicidaire

Parmi ces 18 adolescents dépistés comme étant à risque suicidaire, 10 consultaient pour un motif psychologique et 8 pour un autre motif. Les motifs de consultation initiaux sont représentés dans le tableau VIII.

Motifs initiaux de consultation	Fréquence
Psychologique	10
Administratif/certificats	3
Malaise	1
Traumatisme physique	1
Vaccinations	1
Digestif	1
Pelade	1

Tableau VIII : Motifs initiaux de consultation des adolescents repérés comme étant à risque suicidaire

2.6.3. Prise en charge des adolescents repérés comme étant à risque suicidaire

a) Prescription d'un traitement médicamenteux

Parmi ces 18 adolescents, moins d'un tiers d'entre eux (5/18) se sont vus prescrire un traitement. Les différents traitements sont détaillés dans le tableau IX.

Traitement prescrit	Fréquence	Âge de l'adolescent
Anxiolytique seul	1	16 ans
Anxiolytique + homéopathie	1	10 ans
Anxiolytique + antidépresseur	1	17 ans
Antidépresseur + somnifère	1	15 ans
Homéopathie seul	1	18 ans

Tableau IX : Traitements prescrits aux adolescents jugés à risque suicidaire

b) Intervention auprès du tiers et intervention sur l'environnement

Pour 4 de ces 18 adolescents, une consultation triangulaire avec les parents ou le tiers présents a été proposée par le médecin généraliste pour soutenir l'adolescent. Le médecin a proposé une « modification » de l'environnement à 11 des 18 adolescents. Les différents types d'intervention sur l'environnement proposés sont résumés dans le tableau X.

Type d'intervention proposé	Fréquence
Intervention sur la scolarité	3
Eviction ou acceptation de ce qui entraîne un mal être	3
Amélioration de l'hygiène de vie (dont alimentation)	3
Diminution du temps passé sur les jeux vidéo	1
Prise en charge psychologique (thérapie familiale, psychologue)	1

Tableau X : Types d'intervention sur l'environnement proposés

c) Orientation de l'adolescent vers un autre soignant

Le médecin généraliste a orienté les deux tiers des 18 adolescents (11/18) vers une structure ou un autre professionnel. Ces orientations sont décrites dans le tableau XI.

Orientation	Fréquence
Maison des adolescents	4
Psychiatre	3
Psychologue	3
CMP	2
Centre d'écoute des adolescents	1
Nutritionniste	1
Pédiatre	1
Hospitalisation	0
Médecin ou infirmière scolaire	0

Dont 3 orientations multiples	Fréquence
Psychologue + CMP +maison des adolescents	1
Psychologue + CMP	1
Maison des adolescents + centre d'écoute des adolescents	1

Tableau XI : Orientations des adolescents jugés à risque suicidaire

Parmi les 11 adolescents orientés vers un autre professionnel ou une structure de soins, 8 ont reçu les coordonnées du service, de la structure ou du professionnel par le médecin, 3 ont été conseillés sur ces structures ou ces professionnels sans avoir de coordonnées précises.

Aucun médecin généraliste n'a appelé lui-même la structure ou le professionnel concerné.

Un courrier a été remis à 4 des 11 adolescents.

d) Suivi de l'adolescent

Parmi ces 18 adolescents dépistés comme étant à risque suicidaire, 5 ont eu un nouveau rendez-vous fixé par leur médecin, 6 se sont vus proposer un nouveau rendez-vous sans qu'il soit fixé et, pour 7 d'entre eux, aucun rendez-vous ultérieur n'a été évoqué.

e) Documentation remise à l'adolescent

A une reprise, un document a été remis à l'adolescent à l'issue de la consultation, il s'agissait du livret INPES « la santé vient en mangeant ».

3. Analyse comparative

3.1. Population étudiée

Parmi les 57 médecins ayant donné leur accord pour participer à l'étude, 30 étaient de sexe féminin et 27 de sexe masculin. 26 exerçaient en milieu rural et 31 en milieu urbain. La comparaison de ce groupe avec les 129 médecins qui n'ont pas donné leur accord par écrit retrouvait une différence significative concernant le sexe (30 femmes/70 versus 27 hommes/116, $p < 0,05$) mais pas le milieu d'exercice (26 ruraux/101 versus 31 urbains /85, $p > 0,05$). La comparaison sur l'âge n'a pas pu être réalisée car l'âge des médecins qui n'ont pas souhaité participer n'était pas connu.

3.2. Evaluation du risque suicidaire par le médecin

Il a été considéré qu'un médecin évaluait le risque suicidaire de l'adolescent s'il posait au moins une question parmi les différents items correspondant aux « signes d'alerte suicidaire » (question 14 de la grille d'observation, annexe II).

3.2.1. Profil des médecins

Il n'a pas été mis en évidence de profil de médecins plus enclins à évaluer le risque suicidaire. En effet, aucune différence significative n'a été retrouvée concernant l'âge des médecins (21/27 médecins de moins de 40 ans versus 99/131 entre 40 et 60 ans, versus 4/4 plus de 60ans, $p > 0,05$), le sexe (52 hommes/67 versus 75 femmes/99, $p > 0,05$) ou le lieu d'exercice (72 ruraux/94 versus 53 urbains/69, $p > 0,05$).

3.2.2. Profil des adolescents

Il n'a pas été retrouvé de profil d'adolescents chez qui les médecins évaluaient plus systématiquement le risque suicidaire, notamment en termes d'âge (55/78 chez les moins de 15 ans versus 72/88 chez les plus de 15 ans, $p > 0,05$) et de sexe (66 femmes/88 versus 59 hommes/76, $p > 0,05$). La situation scolaire ou professionnelle (120/156 avec une situation versus 3/3 sans situation, $P > 0,05$) n'était pas non plus un facteur discriminant.

3.2.3. Présence du tiers lors de la consultation

Le risque suicidaire n'était pas significativement plus évalué lorsque l'adolescent était vu seul pendant l'ensemble de la consultation (23/28 versus 104/138, $p > 0,05$) ou pendant au moins une partie de la consultation (29/36 versus 98/130, $p > 0,05$).

3.2.4. Tutoiement et vouvoiement

Le risque suicidaire n'était pas significativement plus évalué si le médecin tutoyait l'adolescent, le vouvoyait ou alternait les deux (121/156 versus 4/6 et 2/2, $p > 0,05$).

3.2.5. Ancienneté et répétition des consultations

Le fait que le médecin voyait un adolescent pour la première fois n'entraînait pas de différence significative dans l'évaluation du risque suicidaire (7/12 lorsqu'il s'agissait d'une première consultation versus 119/153, $p > 0,05$).

De même, aucune différence significative concernant l'ancienneté de la dernière consultation ou la répétition des consultations n'a été retrouvée (tableaux XII et XIII).

Ancienneté de la dernière consultation	Nombre d'adolescents pour lesquels le médecin a évalué le risque suicidaire	p
≤ 1 an	93/117	≈ 0,78
> 1 an	17/22	
≤ 6 mois	67/84	≈ 0,82
> 6 mois	43/55	
≤ 3 mois	45/61	≈ 0,17
> 3 mois	65/78	
≤ 1 mois	23/31	≈ 0,44
> 1 mois	87/108	

Tableau XII : Ancienneté de la dernière consultation et évaluation du risque suicidaire

Délai dans lequel les consultations ont été répétées	Nombre d'adolescents pour lesquels le médecin a évalué le risque suicidaire	p
≤ 6 mois	31/39	≈ 0,94
> 6 mois	79/100	
≤ 3 mois	15/21	≈ 0,38
> 3 mois	95/118	
≤ 1 mois	3/5	≈ 0,28
> 1 mois	107/134	

Tableau XIII : Répétition des consultations et évaluation du risque suicidaire

3.2.6. Motifs de consultation

La comparaison entre le groupe des adolescents consultant pour un motif psychologique et les autres motifs confondus a retrouvé une différence significative concernant l'évaluation du risque suicidaire par le médecin (18/19 versus 109/147, $p < 0,05$) en faveur du motif « psychologique ».

Une différence significative a également été retrouvée entre les consultations de prévention (« administratifs/certificats », « vaccinations » et « examen systématique ») et les consultations pour un motif somatique (54/64 pour les consultations de prévention versus 55/83 pour les motifs somatiques, $p < 0,05$).

3.2.7. Conseils généraux ou de prévention donnés par le médecin

Les médecins ont été considérés comme donnant des conseils généraux ou de prévention s'ils avaient mentionné, sous forme de conseils, au moins un item de la question 14 de la grille d'observation (annexe II).

3.2.8. Profil des médecins

Il n'a pas été mis en évidence de profil de médecins plus enclins à délivrer des conseils généraux ou de prévention. En effet, aucune différence significative n'a été retrouvée concernant l'âge des médecins (6/27 pour les moins de 40 ans versus 37/131 entre 40 et 60 ans et 0/6 pour les plus de 60 ans, $p > 0,05$), le sexe (20/67 pour les hommes versus 23/99 pour les femmes, $p > 0,05$), ou le lieu d'exercice (21/94 en milieu rural versus 21/69 en milieu urbain, $p > 0,05$)

3.2.9. Profil des adolescents

Le profil socio-professionnel des adolescents n'influçait pas significativement la délivrance de conseils généraux ou de prévention par le médecin ((17/78 pour les adolescents de moins de 15 ans versus 26/88 pour les plus de 15ans, $p>0,05$) ; (25/88 pour les adolescents de sexe féminin versus 18/76 pour le sexe masculin, $p>0,05$) ; (41/156 pour les adolescents avec situation scolaire ou professionnelle versus 1/3 sans situation, $p>0,05$)).

3.2.10. Présence du tiers lors de la consultation

La délivrance de conseils généraux ou de prévention n'était pas significativement plus fréquente lorsque l'adolescent était vu seul pendant tout ou partie de la consultation que lorsqu'il était accompagné d'un tiers (11/36 adolescents vus seuls pendant au moins une partie de la consultation versus 32/130, $p>0,05$; et 35/138 pour les adolescents accompagnés versus 8/28 non accompagnés, $p>0,05$).

3.2.11. Tutoiement et vouvoiement

Le fait de tutoyer l'adolescent, de le vouvoyer ou d'alterner entre ces deux modes ne facilitait pas la délivrance de ces conseils généraux et de prévention (41/156 pour le tutoiement, 2/6 pour le vouvoiement, 0/2 pour l'alternance, $p>0,05$).

3.2.12. Ancienneté et répétition des consultations

Une différence significative concernant la délivrance de conseils généraux ou de prévention a été retrouvée entre les adolescents qui avaient déjà consulté le médecin auparavant et ceux qui le consultaient pour la première fois (43/153 versus 0/12, $p < 0,05$) : ainsi les médecins donnaient plus de conseils aux adolescents qu'ils avaient déjà vus auparavant, qu'ils aient consulté récemment ou pas (Tableau XIV).

Ancienneté de la dernière consultation	Nombre d'adolescents à qui le médecin a donné des conseils	p
≤ 1 an	34/117	≈ 1
> 1 an	6/22	
≤ 6 mois	26/84	≈ 0,48
> 6 mois	14/55	
≤ 3 mois	20/61	≈ 0,36
> 3 mois	20/78	
≤ 1 mois	11/31	≈ 0,35
> 1 mois	29/108	

Tableau XIV : Ancienneté de la dernière consultation et conseils donnés aux adolescents

En ce qui concernait la répétition des consultations, aucune différence significative n'a été observée (tableau XV).

Délai dans lequel les consultations ont été répétées	Nombre d'adolescents à qui le médecin a donné des conseils	p
≤ 6 mois	14/39	≈ 0,25
> 6 mois	26/100	
≤ 3 mois	8/21	≈ 0,31
> 3 mois	32/118	
≤ 1 mois	2/5	≈ 0,63
> 1 mois	38/134	

Tableau XV : Répétition des consultations et conseils donnés aux adolescents

3.2.13. Motifs de consultation

La délivrance de conseils généraux ou de prévention a été significativement plus fréquente lorsque l'adolescent consultait pour un motif « psychologique » par rapport à un motif autre (9/19 versus 34/147, $p < 0,05$).

Cependant, contrairement à l'évaluation du risque suicidaire, il n'y avait pas de différence significative entre les consultations de prévention (« administratif/certificats », « vaccinations » et « examen systématique ») et les consultations pour motif somatique (11/64 versus 23/83, $p > 0,05$).

3.3. Exploration de la situation familiale des adolescents

Les résultats ont montré que les médecins exploraient plus souvent la situation familiale des adolescents qu'ils voyaient pour la première fois (4/12 versus 13/153, $p < 0,05$).

Par contre ils n'exploraient pas plus souvent la situation familiale lorsque le motif initial de la consultation était psychologique : la différence n'était pas significative (2/17 parmi les motifs psychologiques versus 15/131 pour les autres motifs, $p > 0,05$).

DISCUSSION

Les études concernant le dépistage du risque suicidaire chez les adolescents par les médecins généralistes sont relativement anciennes (12)(15)(16). Il était intéressant d'observer la pratique des médecins plus de 10 ans après l'élaboration du test TSTS-CAFARD et 2 ans après les dernières recommandations de l'HAS afin de faire un état des lieux (9).

1. Forces et limites de l'étude

Il s'agit d'un travail original quant à la méthodologie utilisée. Plusieurs études ont déjà été menées sur le dépistage du mal être de l'adolescent par le médecin généraliste mais en interrogeant directement le médecin ou l'adolescent ou en évaluant l'utilisation du TSTS-CAFARD par le médecin (17)(18). L'intérêt de cette étude réside sur l'utilisation d'une méthodologie observationnelle n'induisant pas de modification de la pratique des médecins Le questionnaire étant rempli par un observateur externe.

Par ailleurs, la grille d'observation a semblé aux utilisateurs lisible et simple d'utilisation. De ce fait, toutes les fiches de recueil ont pu être exploitées, aucune n'a été exclue de l'étude.

Néanmoins, le taux de participation a été bien inférieur à celui envisagé initialement, limitant ainsi la puissance de l'étude. L'échantillon des médecins ayant accepté de participer à l'étude était représentatif des médecins contactés sur le plan du lieu d'exercice mais pas sur celui de l'âge entraînant un biais de représentativité.

De plus, tous les courriers attestant de la participation ou non des médecins à l'étude n'ont pu être récupérés malgré les différentes relances (58/186 dont 57 accords et 1 refus). Il est ainsi difficile de connaître avec certitude le nombre de médecins qui ont participé à l'étude

et il est possible que certains médecins aient participé à l'étude sans retourner le courrier. De plus, le nombre de grilles remplies pour un même médecin observé n'est pas connu puisque les données étaient anonymes et qu'aucun système n'avait été mis en place pour les comptabiliser.

Lors de la présentation de l'étude, il a été demandé aux internes de noter le nombre de refus émanant de l'adolescent ou de ses accompagnants. Aucun support n'était prévu pour ce recueil et aucun retour n'a été fait, le nombre de refus n'est donc pas connu.

L'implication des internes dans ce travail a également été très variable. Ceci peut être expliqué en partie par l'organisation du stage ambulatoire qui diffère entre les Maîtres de stage. Certains internes sont en observation pendant plusieurs semaines tandis que d'autres sont très vite voire immédiatement acteurs de la consultation.

Dans cette étude le TSTS-CAFARD a été utilisé comme référence. Ce test est en cours de réactualisation sous forme du BITS test selon une étude publiée en mars 2017 (13). Ce test semble plus sensible et spécifique que le TSTS-CAFARD mais n'a pas encore été testé en population générale ni dans le cadre d'une consultation de médecine générale. Le TSTS-CAFARD reste toujours valide à l'heure actuelle (13).

Concernant l'analyse des résultats, nous avons considéré à minima qu'un médecin évaluait le risque suicidaire de l'adolescent s'il posait au moins une question parmi la liste de la grille d'observation (item 14). Ce choix ne s'appuie sur aucune validation.

D'autre part, dans l'analyse des résultats, certains motifs de consultation notés librement par l'observateur ont été regroupés secondairement. Le motif « malaise » a toutefois volontairement été répertorié à part car manquant de précision pour être rattaché à une étiologie psychologique ou somatique. De plus, les motifs « additions » et « pathologies psychosomatiques » ont été inclus dans le groupe « motif psychologique » pour l'analyse, du fait du faible échantillon (annexe IV).

2. Résultats

2.1. Echantillon

Malgré un faible taux de recueil (166/620), les résultats obtenus concernant les situations familiales des adolescents et les motifs de consultations étaient homogènes et proches de ceux retrouvés dans la littérature. Ainsi dans notre étude, 102 adolescents vivaient avec leurs 2 parents, 32 en famille monoparentale et 6 en famille recomposée. Or d'après l'INSEE, 70% des adolescents vivent dans une famille traditionnelle, 18% en famille monoparentale et 11% en famille recomposée (19).

Dans notre étude, les motifs de consultation des adolescents étaient par ordre de fréquence « administratif/certificats », « infectieux » puis « psychologiques », comparable à la littérature en ce qui concerne les deux premiers (20). A contrario, la fréquence du motif « psychologique » était très supérieur dans notre étude (19/166), presque le double des chiffres habituellement retrouvés (6 à 8 % des consultations) (21).

2.2. Evaluation du risque suicidaire chez les adolescents

Les médecins généralistes de notre cohorte évaluaient globalement peu le risque suicidaire chez l'adolescent. Ils le faisaient plus fréquemment lorsque l'adolescent consultait pour un motif psychologique ce qui a déjà été mis en évidence dans la littérature (10). Cela suggère que le médecin prend peu en compte les spécificités de l'adolescent dans l'évaluation du risque suicidaire. Lorsque l'adolescent consultait pour un autre motif, le médecin évaluait davantage le risque suicidaire lors de consultations de prévention (« administratifs/certificats », « vaccinations » et « examen systématique »). On peut

supposer que le médecin considère cette évaluation comme plus facilement réalisable sur ce temps de prévention.

Les autres éléments spécifiques du risque suicidaire chez l'adolescent semblaient être peu pris en compte. Ainsi, dans notre étude, ni l'âge de l'adolescent ni sa situation familiale, scolaire ou professionnelle ne semblait influencer l'évaluation du risque suicidaire par les médecins généralistes, alors que les études épidémiologiques soulignent une augmentation du risque suicidaire dans la tranche d'âge 15-18 ans et dans les situations d'isolement ou de décrochage scolaire (2)(22). Il est vrai que dans cette étude, la moitié des adolescents repérés comme étant à risque suicidaire ne correspondait pas à cette tranche d'âge. L'échantillon observé peut ne pas être représentatif. Cependant, l'absence de prise en compte des spécificités du risque suicidaire chez l'adolescent tout comme la non-utilisation de grilles spécifiques de dépistage peut également suggérer que certains adolescents à risque suicidaire n'aient pas été repérés.

Par ailleurs, la répétition des consultations de l'adolescent est considérée comme un signe de mal être et doit être repéré comme un signal d'alarme par les médecins (23). Dans notre étude, les médecins n'ont significativement pas interrogé davantage le risque suicidaire lors de consultations répétitives.

De même, les items abordés lors de la consultation concernaient majoritairement la sensation de bien-être global, l'alimentation et le sommeil. Il s'agissait donc des items utilisés pour dépister la dépression chez l'adulte. Ainsi, les médecins calquaient le dépistage du risque suicidaire sur celui de l'adulte sans tenir compte des spécificités de ce risque chez l'adolescent. En effet, les tentatives de suicides des adolescents se rapprochent des conduites à risques. Or depuis quelques années, l'utilisation excessive des « écrans » est un marqueur de risque suicidaire de plus en plus considéré comme très pertinent et qui commence à être intégré dans certaines grilles d'évaluation de ce risque chez l'adolescent (13). Dans notre étude, les

questions en lien avec l'utilisation des nouvelles technologies (jeux vidéo, jeux en ligne, téléphone portable, réseaux sociaux) ont été très rares. De même, les antécédents de tentative de suicide ou de fugues n'ont été que très peu interrogés. Or ces indicateurs sont spécifiques à l'adolescent et ils ont donc une place privilégiée dans l'évaluation du risque suicidaire des adolescents (3)(13)(22). En effet, même si une première tentative de suicide chez l'adolescent aboutit rarement à un décès, la répétition des tentatives entraîne une très forte augmentation du risque de mort violente par suicide (13). Enfin, l'item « traumatisme physique » a longtemps été considéré comme un indicateur de risque de suicide, raison pour laquelle il est intégré dans le test TSTS-CAFARD (12). Il a été remplacé dans le BITS test par l'item concernant le mésusage des écrans, ce dernier semblant plus pertinent(13). Il reste cependant intégré à plusieurs échelles spécifiques d'évaluation du risque suicidaire chez les adolescents notamment l'échelle CDI (Children Depression Inventory) et le questionnaire HEADSS (24)(9). La répétition de consultations pour des traumatismes physiques ou la récurrence d'accidents graves devraient rester interrogeant pour le praticien. Dans notre étude, ce motif de consultation était fréquent et a permis lors d'une consultation de repérer un adolescent à risque suicidaire.

Par ailleurs, la présence d'un tiers accompagnant, notamment le parent ne semble pas avoir influencé l'évaluation du risque suicidaire par les médecins généralistes ni la délivrance de conseils généraux et de prévention. Plusieurs hypothèses sont envisageables. Le médecin poserait dans tous les cas peu de questions et délivrerait peu de conseils. La présence du tiers pourrait ne pas constituer un frein à l'évaluation du risque suicidaire, ce qui peut interroger sur la validité des réponses obtenues, mais aussi sur le respect du secret médical et de l'intimité de l'adolescent. Enfin, le médecin pourrait ainsi interroger les difficultés familiales, puisque le mal-être d'un adolescent est souvent le symptôme d'un dysfonctionnement familial

ou bien rechercher une alliance thérapeutique autour de l'adolescent. Dans notre étude, contrairement aux recommandations de la HAS, moins d'un quart des adolescents ont été vus seuls pendant au moins une partie de la consultation (4)(9)(25).

Concernant les conseils généraux et de prévention donnés par le médecin, ils étaient plus nombreux lorsque l'adolescent était déjà connu par le médecin. Une hypothèse aurait été que les médecins soient plus attentifs chez ses nouveaux patients mais ce résultat suggère que les médecins étaient plus à l'aise pour aborder ces thèmes avec les adolescents qu'ils connaissaient. De même, ils n'ont pas délivré plus de conseils chez les adolescents dont la dernière consultation était ancienne par rapport à ceux vus récemment.

Des outils spécifiques ont été utilisés dans 3 consultations seulement sans être spécifiés. Plusieurs outils d'évaluation du risque suicidaire chez l'adolescent étaient proposés en items dans la grille d'observation, certains spécifiques comme le TSTS-CAFARD, l'échelle ADRS (Adolescent Depression Rating Scale), l'échelle CDI (Children Depression Inventory) ou le questionnaire HEADSS. Ces items n'ont pas été cochés. L'utilisation de ces outils n'a donc pas pu être explorée de façon plus approfondie. Le type même de l'étude ne permet pas de savoir si ces outils sont méconnus des médecins ou s'ils sont jugés inadaptés à la consultation de médecine générale. Concernant le TSTS-CAFARD plus particulièrement, certains médecins n'ont utilisé que certaines questions du test, il peut s'agir d'un mésusage du test ou d'une méconnaissance de celui-ci.

2.3. Objectifs secondaires

L'un des objectifs secondaires de l'étude était de cerner la prise en charge des adolescents repérés comme étant à risque de suicide, afin de les comparer aux dernières recommandations HAS. Ces recommandations, mêmes si elles ne sont pas toujours adaptées à la prise en charge en médecine générale ambulatoire, donnent des repères utiles pour la prise en charge en soins de premier recours (26). L'HAS recommande en première intention d'organiser un suivi de l'adolescent en lui fixant un nouveau rendez-vous, de lui proposer une psychothérapie et de réaliser une intervention sur son environnement et auprès du tiers en accord également avec les recommandations anglo-saxonnes (9)(27). Les traitements médicamenteux ne sont pas recommandés. Un seul antidépresseur, la FLUOXETINE, a une indication dans le traitement de la dépression de l'adolescent uniquement en cas de symptômes très graves et son utilisation est controversée devant un faible rapport bénéfices/risques (28)(29). Les anxiolytiques et les hypnotiques n'ont pas leur place (9)(27). Or, dans notre étude, sur les 18 adolescents repérés, seuls 5 se sont vus fixer un nouveau rendez-vous par leur médecin et 6 ont été orientés vers un psychologue ou un psychiatre soit 1/3 d'entre eux. Une intervention sur l'environnement a été proposée pour 11 adolescents (soit près de 2/3) mais chez seulement 4 d'entre eux une consultation triangulaire avec le tiers a été proposée par le médecin (soit moins d'1/4). 5 adolescents soit près d'1/3 se sont vu prescrire un traitement dont 3 ont eu des anxiolytiques et 2 des antidépresseurs.

Dans la liste des orientations possibles prévues dans la grille apparaissaient le médecin scolaire ou l'infirmière scolaire. Cette orientation n'a jamais été retrouvée dans nos grilles soulignant un manque de lien entre le médecin généraliste et la médecine scolaire.

On pouvait également s'attendre à ce que les médecins délivrent des documents aux adolescents à risque or le seul document remis a été « la santé vient en mangeant » de l'INPES et il n'est pas en lien avec le risque suicidaire.

L'autre objectif secondaire de l'étude était de repérer un profil de médecins moins enclins au dépistage du risque suicidaire de l'adolescent. Or, aucune différence significative n'a été retrouvée concernant le profil du médecin. Soit le profil socioprofessionnel du médecin n'influence pas le dépistage du risque suicidaire de l'adolescent, soit l'échantillon était trop petit pour mettre en évidence cette différence.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Cette étude souligne l'absence de prise en compte de la spécificité du risque suicidaire chez les adolescents par les médecins généralistes. Or la prévention de ce risque est un réel enjeu de santé publique et nécessiterait donc de réfléchir à des moyens de sensibiliser les médecins généralistes à cette problématique, dans la mesure où ils sont le premier professionnel de santé avec lequel les adolescents sont en contact.

A l'échelle de la faculté de médecine d'Angers, il pourrait être intéressant d'organiser des formations pour les Maîtres de stage Universitaires afin qu'ils puissent échanger sur ce sujet avec les internes qu'ils ont en stage, et en se sensibilisant, les sensibiliser à la prise en charge d'une population qui passe inaperçue, car peu vue par les médecins généralistes.

A plus grande échelle, développer les formations sur ce thème dans les cadres des FMC et du DPC serait intéressant. La validation et la publication du BITS test par le DMG de Poitiers sera peut-être à l'origine d'une campagne d'information auprès des médecins généralistes puisqu'il s'agit d'un outil élaboré spécifiquement pour la médecine générale. Les FMC ont un meilleur impact sur les médecins à long terme mais elles ont l'inconvénient de toucher des médecins déjà sensibilisés à ce sujet (16). L'envoi d'une fiche synthétisant les spécificités de l'adolescent et décrivant les tests et échelles de dépistage du risque suicidaire de l'adolescent, dans le cadre d'une campagne de sensibilisation comme celles réalisées par l'INPES, pourrait toucher un plus grand nombre de professionnels (16).

Il pourrait également être envisagé de créer un nouvel examen de santé obligatoire à l'âge de 15 ans au même titre que les visites du nourrisson de 8 jours, 9 mois et 24 mois avec délivrance d'un certificat de santé. Cela nécessiterait d'adapter le carnet de santé avec une page dédiée à cet examen obligatoire, comprenant une première partie d'interrogatoire reprenant les données concernant l'adolescent (situation familiale, lieu de vie, situation

scolaire, antécédents) puis ciblée sur l'évaluation du risque suicidaire avec réalisation systématique d'un test de dépistage adapté et une deuxième partie correspondant à l'examen clinique. Les données collectées à l'aide de ces certificats pourraient ainsi donner un bon reflet de l'état de santé des adolescents aux autorités sanitaires pour leur permettre d'adapter les programmes de prévention aux besoins de santé de cette population adolescente. Ce temps pourrait être renforcé par une collaboration interprofessionnelle entre les intervenants de la médecine scolaire et les médecins généralistes. Les premiers pourraient collaborer à ce projet en incitant les élèves de 15 ans à réaliser cet examen obligatoire auprès de leur médecin généraliste ou en le réalisant en milieu scolaire. Les médecins généralistes pourraient quant à eux donner aux adolescents les coordonnées de personnes ressources pouvant les accompagner pour faire face à leurs difficultés, comme les infirmières ou les médecins scolaires. Ecouter les adolescents pour les aider à surmonter leurs difficultés et leurs souffrances est un enjeu majeur pour notre société.

BIBLIOGRAPHIE

1. Le Breton D. Le passage adolescent. L'adolescence en souffrance. Médecine. oct 2008;4(8):376- 80.
2. HAS. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires. 2005.
3. Pommereau X. Comprendre l'adolescent suicidaire et le reconnaître à temps. Le concours médical. janv 2014;136(1):32- 6.
4. Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale. L'adolescent et son médecin : avec ou sans les parents? 22 oct 2009;(559).
5. Raillard N. Le médecin généraliste face aux adolescents. La prévention des risques, un enjeu essentiel. Le forum des médecins généralistes. déc 2007;(20):11.
6. Velin J, Beddock P. Tentatives de suicide du jeune : 1/3 de récurrences dans l'année. Rev Prat. 15 janv 2001;15(522):72- 4.
7. Auvray L, Le Fur P. Adolescents : état de santé et recours aux soins. Questions d'économie de la santé. mars 2002;(49).
8. Dumel F. Comment évaluer le risque suicidaire et notamment l'imminence ou la gravité d'un passage à l'acte en médecine générale? In: La crise suicidaire Reconnaître et prendre en charge Conférence de consensus, octobre 2000, Fédération française de psychiatrie. John Libbey Eurotext; 2001. p. 185- 96.
9. HAS. Recommandation de bonne pratique. Manifestation dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours. 2014.
10. Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale? Rev Prat. 2005;(55):1073- 7.
11. Observatoire régional de la santé Poitou-Charentes. Enquête Lycoll 1999. Les résultats descriptifs. 1999 déc. Report No.: 60.

12. Binder P, Chabaud F. Dépister les conduites suicidaires des adolescents. Rev Prat. 26 avr 2004;18(650/651):576- 80.
13. Binder P, Heintz A, Servant C, et al. Dépister les adolescents à risque suicidaire en soins premiers : le BITS test. Une étude pilote réalisée en population générale. exercer. mars 2017;131:108- 9.
14. OMS. Développement des adolescents [Internet]. Organisation mondiale de la Santé. [cité 15 mai 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/
15. Binder P, Chabaud F. Accueil des adolescents en médecine générale : validation de l'usage d'un référentiel. Rev Prat. 21 nov 2005;19(710/711):1307- 13.
16. Binder P, Chabaud F. Référentiel ADOC. Quel est le meilleur vecteur? Rev Prat. 4 déc 2007;21(790):1165- 8.
17. Lacotte-Marly E. Les jeunes et leur médecin traitant. Pour une Meilleure Prise en Charge des Conduites à Risque [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. [Paris]: Faculté de Médecine; 2004.
18. Bouillot M. Dépistage du mal être des adolescents en médecine générale. Intérêt d'utilisation du TSTS-CAFARD. Etude à partir d'une campagne de prévention réalisée par 56 médecins généralistes des Pays de la Loire en septembre-octobre 2006 [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. [Nantes]: Faculté de Médecine; 2008.
19. Insee. Couples et familles. [Internet]. 2015 [cité 9 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2017516?sommaire=2017528>
20. Rousseau C, Clerc P, Stheneur C, et al. Les adolescents pris en charge en médecine générale : étude descriptive à partir de la base de données de l'"observatoire de la médecine générale". [Internet]. Un adolescent peut en cacher un autre. [cité 9 avr 2017]. Disponible sur: www.medecin-ado.org/docs/article_rousseau.doc

21. Binder P, Caron C, Jouhet V, et al. Le généraliste, l'adolescent et le tiers : analyse comparée de l'évolution des ressentis en consultation. [Internet]. Un adolescent peut en cacher un autre. [cité 9 avr 2017]. Disponible sur: www.medecin-ado.org/docs/SOCRATE2-FP-francais.pdf
22. Fédération française de psychiatrie. Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. 2000.
23. Speranza M, Younès N, Baleyte J-M. Adolescent suicidaire : aborder ouvertement le sujet. Rev Prat. 8 nov 2004;18(668/669):1237- 40.
24. Inpes. Entre Nous Comment initier et mettre en oeuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent? 2009.
25. Cafilisch M. La consultation avec un adolescent : quel cadre proposer? Rev Med Suisse. 11 juin 2008;4:1456- 8.
26. Collectif de la rédaction Prescrire. Manifestations dépressives à l'adolescence : un guide pour améliorer sa pratique, mais avec quelques limites. Prescrire. oct 2015;35(384):788.
27. Agence Française de sécurité sanitaire des produits de santé. Le bon usage des antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent. 2008.
28. Cipriani A, Zhou X, Del Giovane C, et al. Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents:a network meta-analysis. lancet. 27 août 2016;388:881- 90.
29. Collectif de la rédaction Prescrire. Fluoxétine (Prozac^o ou autre). Dépression et enfants : que d'incertitudes. Prescrire. juin 2008;28(296):410- 1.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Situation scolaire ou professionnelle des adolescents	9
Figure 2 : Ancienneté de la dernière consultation de l'adolescent	10
Figure 3 : Répétition des consultations de l'adolescent au cours de la dernière année.....	11
Figure 4 : Description des accompagnants	12
Figure 5 : Motifs initiaux de la consultation observée	13
Figure 6 : Motifs des consultations antérieures	15

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Autres motifs initiaux de la consultation observée	14
Tableau II : Autres motifs des consultations antérieures	15
Tableau III : Fréquence des items abordés par le médecin sous forme de questions	17
Tableau IV : Fréquence des items abordés par le médecin sous forme de conseils généraux et de prévention	18
Tableau V : Fréquence de l'utilisation du TSTS par les médecins	19
Tableau VI: Ages des adolescents repérés comme étant à risque suicidaire	20
Tableau VII : Fréquence des troubles dépistés en liens avec les items abordés lors de la consultation.....	20
Tableau VIII : Motifs initiaux de consultation des adolescents repérés comme étant à risque suicidaire	21
Tableau IX : Traitements prescrits aux adolescents jugés à risque suicidaire.....	21
Tableau X : Types d'intervention sur l'environnement proposés.....	22
Tableau XI : Orientations des adolescents jugés à risque suicidaire	22
Tableau XII : Ancienneté de la dernière consultation et évaluation du risque suicidaire.....	26
Tableau XIII : Répétition des consultations et évaluation du risque suicidaire.....	26
Tableau XIV : Ancienneté de la dernière consultation et conseils donnés aux adolescents ...	29
Tableau XV : Répétition des consultations et conseils donnés aux adolescents	29

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	6
RESUME.....	1
INTRODUCTION.....	2
MÉTHODES	5
1. Matériel	5
1.1. Population étudiée – constitution de la cohorte.....	5
1.2. Observateurs	6
1.3. Grille d’observation	6
2. Méthode.....	7
2.1. Déroulement des observations.....	7
2.2. Recueil des données et analyses statistiques.....	7
RÉSULTATS.....	8
1. Taux de participation	8
2. Analyse descriptive.....	8
2.1. Caractéristiques de l’échantillon	8
2.1.1. Sexe, âge et lieu d’exercice des MSU	8
2.1.2. Sexe, âge et situation scolaire ou professionnelle des adolescents consultants	9
2.1.3. Situation familiale des adolescents	9
2.2. Ancienneté et répétition des consultations antérieures des adolescents.....	10
2.2.1. Ancienneté de la dernière consultation	10
2.2.2. Répétition des consultations	11
2.3. Déroulement de la consultation observée	11
2.3.1. Présence et caractéristiques des accompagnants	11
2.3.2. Tutoiement ou vouvoiement	12
2.3.3. Exploration de la situation familiale de l’adolescent.....	13
2.4. Motif des consultations	13
2.4.1. Motif initial de la consultation observée.....	13
2.4.2. Motif des consultations antérieures.....	14
2.5. Items abordés par les médecins en lien avec l’évaluation du risque suicidaire.....	16
2.5.1. Items abordés sous formes de questions posées à l’adolescent.....	17
2.5.2. Items abordés sous forme de conseils généraux et de prévention	18
2.5.3. Outils ou supports utilisés pour aborder ces items	19
2.6. Adolescents repérés comme étant à risque suicidaire par les médecins.....	19
2.6.1. Fréquence des troubles dépistés	19
2.6.2. Motifs initiaux des consultations où un adolescent a été repéré comme étant à risque suicidaire	21
2.6.3. Prise en charge des adolescents repérés comme étant à risque suicidaire	21
a) Prescription d’un traitement médicamenteux	21
b) Intervention auprès du tiers et intervention sur l’environnement	22
c) Orientation de l’adolescent vers un autre soignant	22
d) Suivi de l’adolescent	23
e) Documentation remise à l’adolescent	23
3. Analyse comparative.....	24

3.1.	Population étudiée	24
3.2.	Evaluation du risque suicidaire par le médecin	24
3.2.1.	Profil des médecins	24
3.2.2.	Profil des adolescents	25
3.2.3.	Présence du tiers lors de la consultation	25
3.2.4.	Tutoiement et vouvoiement.....	25
3.2.5.	Ancienneté et répétition des consultations	25
3.2.6.	Motifs de consultation.....	27
3.2.7.	Conseils généraux ou de prévention donnés par le médecin	27
3.2.8.	Profil des médecins	27
3.2.9.	Profil des adolescents	28
3.2.10.	Présence du tiers lors de la consultation	28
3.2.11.	Tutoiement et vouvoiement.....	28
3.2.12.	Ancienneté et répétition des consultations	29
3.2.13.	Motifs de consultation.....	30
3.3.	Exploration de la situation familiale des adolescents	30
DISCUSSION		31
1.	Forces et limites de l'étude	31
2.	Résultats	33
2.1.	Echantillon	33
2.2.	Evaluation du risque suicidaire chez les adolescents.....	33
2.3.	Objectifs secondaires.....	37
CONCLUSION ET PERSPECTIVES		39
BIBLIOGRAPHIE		41
LISTE DES FIGURES.....		44
LISTE DES TABLEAUX		45
TABLE DES MATIERES.....		46
ANNEXES.....		48
Annexe I : Courrier adressé aux Maîtres de stage Universitaires de la faculté d'Angers.....		48
Annexe II : Grille d'observation.....		49
Annexe III : Pancarte affichée en salle d'attente.....		53
Annexe IV : Codage utilisé pour l'analyse.....		54

ANNEXES

Annexe I : Courrier adressé aux Maîtres de Stage Universitaires de la faculté d'Angers.

AUFRAND-GUERIN Manon
manonanais.guerin@gmail.com
06 75 57 56 28
Interne en médecine générale

Maîtres de Stage Universitaires
de la faculté d'Angers

Angers, le 26 avril 2016

Objet : Etude observationnelle sur des consultations d'adolescents en médecine générale

Cher Maître de Stage,

Je suis interne en médecine générale à la faculté d'Angers.

Dans le cadre de ma thèse, je souhaite réaliser une étude observationnelle sur des consultations d'adolescents en médecine générale. Je travaille sous la direction du Docteur Christine TESSIER-CAZENEUVE, Médecin Généraliste.

Pour cela, j'ai demandé à l'interne prochainement en stage dans votre cabinet d'observer les consultations que vous pratiquez avec les adolescents et de remplir un questionnaire sur le déroulement de celles-ci. Vous n'aurez rien à faire, seul l'interne aura à remplir ce questionnaire. A ma demande, il ne peut vous révéler son contenu.

Bien entendu ce questionnaire est anonymisé, en aucun cas votre nom, ni le nom du patient, ni celui de l'interne ne seront mentionnés.

Aucun jugement ne sera retranscrit dans le questionnaire. Il a pour objectif de connaître les caractéristiques et le déroulement d'une consultation avec un adolescent en médecine générale.

J'ai donc besoin de votre accord pour que l'étudiant puisse observer et remplir ce questionnaire.

Merci de mentionner ci-dessous votre participation ou non à cette étude :

Dr (NOM Prénom) :

- Oui, je suis d'accord pour participer à cette étude
- Non, je ne souhaite pas participer à cette étude

Le résultat de ce travail de recherche pourra vous être transmis si vous le souhaitez :

- Oui, je souhaite recevoir le résultat de cette étude :
 - par mail à l'adresse :
 - par courrier à l'adresse :
- Non, je ne souhaite pas recevoir le résultat de cette étude

Le courrier avec votre réponse sera récupéré par l'interne lors de son stage.

Pour tout renseignement complémentaire, n'hésitez pas à me contacter par mail ou par téléphone.

En vous remerciant de votre collaboration, veuillez agréer, cher confrère, l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

Manon AUFRAND-GUERIN
Interne en médecine générale

Fiche d'observation consultation de l'adolescent

1. Date de la consultation (jour/mois/année)

(La réponse doit être comprise entre 2/05/2016 et 6/11/2016)

Concernant le médecin

2. Le MSU est : 1. Un homme 2. Une femme

3. Son âge est :

4. Il exerce en milieu : 1. Urbain 2. Rural

Concernant l'adolescent

5. Il s'agit d'une personne : 1. De sexe féminin 2. De sexe masculin

6. Son âge est :

(La réponse doit être comprise entre 10 et 19)

7. Actuellement l'adolescent (Une seule réponse possible) :

1. Est scolarisé 2. Est en alternance (apprentissage ou contrat de professionnalisation)
3. A un emploi 4. Est sans emploi ni scolarisation
5. Autres (à préciser) :

Concernant cette consultation

8. L'adolescent est accompagné (Plusieurs réponses possibles) :

1. Non 2. L'un de ses parents ou ses 2 parents
3. Son beau-père/sa belle mère
4. Un/ses grand(s) parent(s)
5. Un membre de sa fratrie
6. Un(e) ami(e)
7. Son(sa) petit(e) ami(e)
8. Autre (à préciser) :

9. Le médecin généraliste :

1. Voit cet adolescent pour la première fois (= c'est la première consultation de l'adolescent avec ce médecin)
2. A déjà vu cet adolescent lors d'une ou plusieurs précédente(s) consultation(s). Dans ce cas préciser la date et le motif des dernières consultations (maximum 3 dernières) :

Date : Motif :
Date : Motif :
Date : Motif :

10. Le médecin a-t-il exploré la situation familiale de l'adolescent durant la consultation ?

1. Non 2. Oui

10bis. Si oui à l'item 10, préciser (Plusieurs réponses possibles) :

- L'adolescent :
- 1. Vit avec ses 2 parents
 - 2. Vit avec un seul parent (monoparental, garde alternée ou non)
 - 3. Vit au sein d'une famille recomposée
 - 4. Est enfant unique
 - 5. A des (demi) frère(s) et sœur(s)
 - 6. Vit en famille d'accueil
 - 7. Autre (à préciser) :

10 ter. Si non à l'item 10, le médecin généraliste connaît-il la situation familiale de l'adolescent ? (Question à poser au médecin en fin de consultation)

1. Non 2. Oui

10 quater. Si oui à l'item 10ter, préciser (Plusieurs réponses possibles) :

- L'adolescent :
- 1. Vit avec ses 2 parents
 - 2. Vit avec un seul parent (monoparental, garde alternée ou non)
 - 3. Vit au sein d'une famille recomposée
 - 4. Est enfant unique
 - 5. A des (demi) frère(s) et sœur(s)
 - 6. Vit en famille d'accueil
 - 7. Autre (à préciser) :

11. Le motif initial de la consultation concerne (motif annoncé en début de consultation) (Une seule réponse possible) :

- 1. Administratif/certificats
- 2. Vaccinations
- 3. Examen systématique
- 4. Pathologies somatiques / psycho somatiques
 - 4.1. Acné
 - 4.2. Asthme
 - 4.3. Migraine
 - 4.4. Fatigue
- 5. Infectieux (hors IST)
- 6. Sexualité (contraception/IST/IVG)
- 7. Ostéo-articulaire (hors traumatisme physique)
- 8. Traumatisme physique ou AVP
- 9. Psychologique
 - 9.1. Troubles du sommeil
 - 9.2. Stress
 - 9.3. Dépression
 - 9.4. Troubles du comportement alimentaire
- 10. Addictions
 - 10.1. Tabac
 - 10.2. Alcool
 - 10.3. Autres toxiques
 - 10.4. Jeux /réseaux sociaux
- 11. Autre (à préciser) :

12. Le médecin généraliste :

1. Tutoie l'adolescent 2. Vouvoie l'adolescent 3. Alterne tutoiement et vouvoiement

13. Si l'adolescent était accompagné lors de la consultation, le médecin généraliste a-t-il fait sortir le tiers à un moment de la consultation ?

1. Non 2. Oui

14. Parmi les thèmes ci-dessous, cochez ceux abordés par le médecin et sous quelle forme :

Thème abordé	Questions posées à l'adolescent	Un trouble a été dépisté	Conseils généraux Prévention
1. Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sentiment de bien être global (« comment te sens-tu ? »)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Idées noires ou suicidaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ATCD personnel de TS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ambiance ressentie au sein du foyer (« comment ça va à la maison ? »)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ambiance ressentie en milieu scolaire ou professionnel (« comment ça va à l'école ou au travail ? »)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Résultats scolaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ambiance ressentie en groupe (pairs, amis...) (« as-tu des amis ? »)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Relations amoureuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Temps passé sur les réseaux sociaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Temps passé sur les jeux vidéo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Temps passé sur les jeux en ligne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Temps passé sur le téléphone portable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Consommation de tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Consommation de cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Consommation de drogues hors cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Consommation d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Traumatismes physiques (autres que sportifs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Harcèlement subi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ATCD de fugue(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sexualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ATCD d'IVG ou de grossesse précoce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Lors de cette consultation le médecin a utilisé un ou des outils ou supports spécifiques pour dépister le risque suicidaire ou la dépression chez l'adolescent (Plusieurs réponses possibles) :

1. Non Oui, il a utilisé : 2. Un questionnaire ou une échelle :
- 2.1 TSTS-CAFARD
 - 2.2 Echelle ADRS (Adolescent Depression Rating Scale)
 - 2.3 BDI (Beck Depression Inventory ou échelle de Beck)
 - 2.4. Echelle RADS (Reynolds Adolescent Depression Scale)
 - 2.5. Questionnaires HEADSS
 - 2.6. Echelle CDI (Children Depression Inventory)
 - 2.7. Echelle de dépression de Hamilton

2.8. Echelle CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale)

2.9. Autre questionnaire ou échelle (à préciser) :

3. Le carnet de santé :

3.1 Page « Examen entre 10 et 13 ans »

3.2 Page « Examen entre 14 et 18 ans »

3.2 Autre utilisation du carnet de santé (à préciser) :

4. Un autre outil ou support (à préciser) :

Concernant les adolescents chez qui un trouble psychologique ou psychiatrique a été dépisté par le médecin généraliste lors de la consultation

16. Concernant le suivi : à l'issu de la consultation le médecin :

1. N'a pas évoqué de RV ultérieur

2. A proposé à l'adolescent de le revoir sans fixer de RV

3. A fixé un nouveau RV à l'adolescent

17. Sur le plan thérapeutique : le médecin a prescrit un traitement (Plusieurs réponses possibles) :

1. Non

Oui, il a prescrit : 2. Un antidépresseur

3. Un anxiolytique

4. Un somnifère

5. Autre (à préciser) :

18. Intervention du tiers : le médecin a proposé une consultation triangulaire avec les parents ou le(s) tiers afin de soutenir l'adolescent

1. Non

2. Oui

19. Intervention sur l'environnement : le médecin a discuté avec l'adolescent de ce qui pourrait être modifié dans son environnement pour l'aider ou le soutenir (intervention sur la famille, la scolarité, le lieu de vie, ...)

1. Non

2. Oui (à préciser) :

20. Orientation : le médecin a orienté l'adolescent vers un autre professionnel ou vers une structure (Plusieurs réponses possibles) :

1. Non

Oui : il a orienté l'adolescent vers :

2. Une hospitalisation en (pédo)psychiatrie ou pédiatrie

3. Un psychologue

4. Un psychiatre

5. Un CMP

6. Une maison des adolescents

7. Le médecin scolaire ou l'infirmière scolaire

8. Autre (à préciser) :

20 bis. Si le médecin a orienté l'adolescent il a : (plusieurs réponses possibles)

1. Appelé lui-même le service, la structure ou le professionnel concerné

2. Donné les coordonnées du service, de la structure ou du professionnel à l'adolescent ou à sa famille

3. Remis un courrier à l'adolescent ou à sa famille

4. Conseillé certaines structures ou certains professionnels sans donner de coordonnées précises

21. Documentation : le médecin a remis des documents à l'adolescent ou à sa famille (flyers, brochures...)

1. Non

2. Oui (Préciser lesquelles) :

Note d'information

Le médecin que vous allez consulter a accepté de participer à une étude dans laquelle il va être observé par l'interne qui l'accompagne.

Cette étude concerne les consultations des adolescents de 10 à 19 ans, entre mai et novembre 2016.

Vous (ou votre enfant) pouvez être amenés à participer à cette étude de façon **entièrement anonyme**.

Si vous ne souhaitez pas participer, merci de le signaler au médecin ou à l'interne au début de la consultation.

Merci

Codage des motifs de consultation utilisé pour l'analyse
--

Questions motifs de consultation (item 9 et 11 de la grille d'observation)

1. Administratif/certificats
2. Vaccinations
3. Examen systématique
5. Infectieux (hors IST)
6. Sexualité (contraception/IST/IVG)
7. Ostéo-articulaire (hors traumatisme physique)
8. Traumatisme physique ou AVP
9. Psychologique
 40. Pathologies somatiques/psychosomatiques
 41. Acné
 42. Asthme
 43. Migraine/Céphalées
 44. Fatigue
 91. Troubles du sommeil
 92. Stress/Attaque de panique
 93. Dépression
 94. Troubles du comportement alimentaire
 95. harcèlement subit (psychologique ou physique)
 96. Contexte familial difficile
10. Addictions
 101. Tabac
 102. Alcool
 103. Autres toxiques
 104. Jeux /réseaux sociaux
11. Dermatologie (hors acné)
12. Pathologie pulmonaire (hors asthme et infectieux)
13. pathologie cardiaque (hors infectieux)
14. Pathologie digestive/Proctologie (hors infectieux)
15. Pathologie mammaire
16. Allergies saisonnières
17. Autre (à préciser)

**Evaluation du risque suicidaire des adolescents en médecine générale.
Etude quantitative descriptive auprès de médecins spécialisés en médecine générale
en Pays de la Loire entre mai et novembre 2016.**

RÉSUMÉ

Introduction. Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les jeunes de 15 à 24 ans. La prévention du suicide chez l'adolescent est donc un enjeu majeur de santé publique. Or, il semble que le médecin généraliste ne dépiste pas ce risque systématiquement. L'objectif principal de cette étude était d'observer comment les médecins généralistes évaluent ce risque suicidaire en consultation. Les objectifs secondaires étaient de cerner l'organisation du suivi et de repérer un profil de praticiens moins enclins au dépistage. **Matériel et méthode.** Il s'agit d'une étude quantitative de cohorte, observationnelle et descriptive. Les critères d'inclusion sont les médecins Maîtres de stage Universitaires en stage ambulatoire de niveau 1 exerçant dans la circonscription de la faculté d'Angers. Ils étaient observés par leurs internes à l'aide d'une grille anonyme lors de chaque consultation avec un adolescent âgé de 10 à 19 ans entre mai et novembre 2016. L'analyse statistique a été descriptive et comparative, avec pour celle-ci utilisation du test d'indépendance du Chi2 ou le test de Fischer pour les faibles effectifs, avec un degré de significativité retenu de 5%.

Résultats. 57 médecins sur 186 contactés ont accepté de participer et 166 grilles ont été exploitées. Globalement, les médecins généralistes ont peu évalué le risque suicidaire lors de ces consultations. Dans 127 consultations le médecin a abordé au moins un item en rapport avec l'évaluation du risque suicidaire de l'adolescent. Les médecins ont dépisté davantage ce risque lorsque le motif de consultation était psychologique (18/19 versus 109/147, $p < 0,05$) ou de prévention (54/64 versus 55/83, $p < 0,05$). Il n'y avait pas de différence significative en ce qui concernait le profil des médecins et des adolescents et l'ancienneté et la répétition des consultations. Dans 43 consultations il a donné au moins un conseil de prévention. Les médecins ont délivré plus de conseils de prévention aux adolescents qu'ils connaissaient (43/153 versus 0/12, $p < 0,05$) et lors d'un motif psychologique (9/19 versus 34/147, $p < 0,05$). 18 adolescents ont été repérés à risque suicidaire. 5 se sont vus prescrire un traitement, 5 ont eu un suivi programmé et 11 ont été orientés vers un spécialiste ou une structure.

Conclusion. Les médecins prenaient donc peu en compte les spécificités du risque suicidaire chez les adolescents, calquant leur prise en charge sur celle des adultes. Afin d'améliorer la prise en charge, il pourrait être envisagé de renforcer la formation des Maîtres de stage Universitaires au sein de la faculté et au sein des FMC. Un nouvel examen de santé obligatoire pourrait être créé à l'âge de 15 ans et intégré au carnet de santé.

Mots-clés : suicide, adolescent, médecine générale, médecine préventive, évaluation des risques

**Suicide risk assessment among adolescents in general medical practice.
Quantitative and descriptive study among general practitioners
in Pays de la Loire between May and November 2016**

ABSTRACT

Introduction. Suicide is the second cause of death among young people aged from 15 to 24 years. The prevention of the suicide risk inside the adolescent population is a major public health issue. However the general practitioner does not seem to systematically detect this risk. The main objective of this study was to observe how general practitioners estimate the risk of suicide in consultation. The secondary objectives were to determine the organization of the follow-up and to identify a profile of practitioners who are less prone to screening.

Material and method. This is a quantitative study of cohort, observational and descriptive. The inclusion criteria are doctors practising in the riding of Angers University and supervising the ambulatory internship of level one. They were observed by their residents with an anonymous grid during every consultation with a teenager aged from 10 to 19 years between May and November 2016. The statistical analysis was descriptive and comparative with use of the Chi2 test of independence or the Fisher's exact test for the small numbers, with a significance level of 0,05.

Results. 57 doctors out of 186 contacted agreed to participate and 166 grids were exploited. Globally, the general practitioners seldom estimated the risk of suicide during these consultations. In 127 consultations the doctor approached at least one item in relation to the evaluation of the risk of suicide. The detection of this risk was more important when the chief complaint was psychological (18/19 vs 109/147, $p < 0,05$) or preventive (54/64 vs 55/83, $p < 0,05$). There was no significant result about the profile of the doctors and the teenagers or about the age and the repetition of the consultations. In 43 consultations they gave at least one advice of prevention. The doctors delivered more advices of prevention to the teenagers they knew (43/153 vs 0/12, $p < 0,05$) and when the chief complaint was psychological (9/19 vs 34/147, $p < 0,05$). 18 teenagers were identified with a suicidal risk. 5 had a prescription of traitement, 5 had a programing for a medical monitoring and 11 were directed to a specialist or a structure.

Conclusion. The doctors rarely considered the specificities of the teeagers suicidal risk. They acted as with adults. To improve the coverage, education of doctors supervising the ambulatory internship should be reinforced in the University of Angers and during the continuing medical education. A new binding medical examination could be created at the age of 15 years and integrated into the health book.

Keywords : suicide, adolescent, general practice, preventive medicine, risk assessment