

Étude originale

Dépister les conduites suicidaires des adolescents (II)

Audit clinique auprès de généralistes des Deux-Sèvres

par Philippe Binder, médecin généraliste, coordonnateur du groupe ADOC, MG, Lussant 17430. phibin@wanadoo.fr; Francis Chabaud, médecin épidémiologiste, directeur de l'Observatoire régional de la santé du Poitou-Charente.

RÉSUMÉ :

Contexte : le généraliste est régulièrement consulté par des adolescents ayant eu des idées ou des actes suicidaires non pris en charge. Leurs antécédents sont le plus souvent ignorés du médecin ; mais comme ils sont des facteurs de passage à l'acte, il est important de les dépister.

Objectif : concevoir un test et valider son usage pour dépister les conduites suicidaires des adolescents.

Méthode : après avoir participé à une enquête (Lycoll) organisée auprès de 3 872 adolescents de 3^e et de 2nde, puis analysé les résultats, un groupe de 17 généralistes et

de 3 psychiatres (ADOC) a conçu un test de dépistage et son argumentaire destiné aux médecins libéraux. Il s'agissait d'un questionnaire appelé « TSTS » composé de 4 questions complétées de 5 items clés de gravité. Ce test a été expérimenté auprès de 38 généralistes tirés au sort dans un département voisin afin d'évaluer son efficacité. Ce travail a été effectué par le biais d'un audit clinique mené par un organisme indépendant. Chaque médecin a fait l'objet de plusieurs visites individualisées par un attaché de recherche clinique ayant reçu une formation, pour évaluer le dépistage des idées ou des actes suicidaires avant et après connaissance du test.

Résultats : les résultats montrent une excellente acceptabilité de cet outil de dépistage qui a pu être utilisé dans 60 % des consultations tout-venant. Son utilisation a permis d'orienter un grand nombre de consultations sur des préoccupations éloignées du motif initial et de dépister des antécédents suicidaires chez 13 % des adolescents « testés » dont les 2/3 avaient pourtant déjà été vus par le généraliste. L'utilisation de ce test a été variable selon le profil du médecin.

Conclusion : ce test est proposé aux médecins généralistes en pratique quotidienne pour dépister les adolescents à risque suicidaire.

Rev Prat Med Gen 2004 ; 18 : xx-xx.

L'objectif de cette 2^e partie de l'étude était d'évaluer l'apport d'un test simple de dépistage du risque suicidaire (voir l'élaboration de cet outil dans Rev Prat Med Gen 2004 ; 18 : 576-80 et le test dans l'encadré page suivante) à la pratique de routine des médecins généralistes. Le suicide étant un motif de consultation très exceptionnel, le médecin qui veut l'aborder doit nécessairement s'éloigner du motif initial de consultation, le plus souvent somatique. Ce cheminement était la trame même du test. L'hypothèse principale portait, d'une part sur l'augmentation significative de l'écart moyen entre le motif et le résultat de la consultation après une information brève des médecins, et d'autre part sur l'abord plus fréquent des idées ou conduites suicidaires.

MÉTHODE

La méthode choisie fut un audit des pratiques cliniques avant et après la prise de connaissance par les médecins d'un outil de dépistage des adolescents à risque suicidaire.

Les médecins inclus devaient être des généralistes installés depuis au moins 3 ans dans un département voisin de celui du groupe de recherche (les Deux-Sèvres) tirés au sort et acceptant le principe de l'audit clinique, moyennant une indemnisation forfaitaire.

La pratique évaluée était l'abord clinique des adolescents (âgés de 12 à 20 ans) en pratique quotidienne de médecine générale,

et son évolution (dans le sens d'un meilleur dépistage des antécédents suicidaires) après diffusion de l'outil de dépistage à des généralistes.

Le critère de jugement principal était l'écart entre le motif et le résultat de la consultation, avant et après information des médecins. Cet écart a été jugé d'après un questionnaire standardisé, réalisé et testé par le groupe de pilotage de l'évaluation ; il devait être rempli obligatoirement par le médecin à la suite de toute consultation d'adolescent (et non au cours), quel qu'en soit le motif, durant la période d'audit (un mois).

D'autres critères de jugement secondaires ont été pris en compte pour la période post-information : l'acceptation de la démarche d'audit clinique, l'utilisation effective du test et le dépistage effectif des problématiques suicidaires.

La base de sondage a été réalisée à partir du fichier ADELI, en stratifiant l'échantillon sur le sexe et l'âge (plus ou moins de 44 ans, âge moyen des généralistes de ce département) en 4 groupes et en sélectionnant les médecins exerçant et installés en médecine libérale avant octobre 1999.

Le groupe ADOC (Charente-Maritime) est composé de 17 généralistes : Drs Barrier, Bisson, Caron, Cavaro, Dezeix, Lebigre, Lecroart, Masse, Michonneau, Morillon, Prieur, Rechart, Reynaud, Sorbe, Valette, Vandier, et 3 psychiatres : Drs Arbitre, Cornuault, Vicens.

Les questions d'ouverture : TSTS

- Traumatologie → « As-tu déjà eu des blessures ou un accident (même très anodin) cette année ? »
- Sommeil → « As-tu des difficultés à t'endormir le soir »
- Tabac → « As-tu déjà fumé ? (même si tu as arrêté) »
- Stress Scolaire ou Familial → 2 investigations en une formulation « Es-tu stressé (ou tendu) par le travail scolaire, ou par la vie de famille, ou les deux ? »

Ces questions peuvent être abordées en tant que telles à un moment donné ou, mieux, « distillées » au cours de la consultation pour en atténuer l'éventuel caractère d'interrogatoire intrusif. On s'en souviendra avec l'acronyme TSTS.

Les clés de gravité : « CAFARD »

À chaque réponse positive obtenue, il est alors proposé une question complémentaire introduisant un niveau de gravité à partir de 5 « mots clés »

- Difficultés de Sommeil → **C**auchemars : « Fais-tu souvent des Cauchemars ? »
- Antécédents Traumatisques → **A**gression : « As-tu été victime d'une Agression physique ? »
- A déjà fumé du Tabac → **F**umeur : « Fumes-tu tous les jours au moins 5 cigarettes ? »
- Travail scolaire avec Stress → **A**bsentéisme : « Es-tu souvent Absent, ou en Retard à l'école ? »
- Une vie de famille tendue → **R**essenti **D**ésagréable familial « Dirais-tu que ta vie familiale est désagréable ? »

On s'en souviendra avec l'acronyme CAFARD.

Utilisation : S'enquérir systématiquement d'antécédents d'idées ou d'actes suicidaires chez tout adolescent répondant positivement à au moins 2 questions du test (que ce soit à 2 questions du TSTS ou du CAFARD ou une à chaque niveau).

L'objectif était de recruter 40 médecins au total (soit 10 au minimum pour chacune des 4 strates comportant acceptation téléphonique et signature d'un accord écrit), pour espérer en avoir 25 à 30 au moins qui mèneraient l'évaluation jusqu'à son terme. Pour cela, une fois éliminés les médecins ne correspondant pas aux critères d'inclusion, 30 médecins ont été tirés au sort dans chaque strate, soit 120 afin de pallier des refus initiaux de participation.

Un attaché de recherche clinique indépendant (ARC) avec un profil de professionnel de communication commerciale médicale a été recruté pour réaliser le travail sur le terrain. Il a participé aux réunions de conception pour la mise au point et la validation des outils d'enquête ; il a reçu une formation spécifique par le groupe ADOC pour la présentation de l'outil qui devait être proposé au médecin dans son cabinet et sur rendez-vous.

Le traitement des données a été effectué par l'ORS. Ont été utilisés les tests statistiques conventionnels d'analyse uni- et bivariées pour les variables qualitatives et quantitatives en comparant pour chaque médecin les échantillons avant et après information. Les données ont été traitées avec le logiciel d'épidémiologie epi-info version 6.04b du CDC d'Atlanta version française.

Processus de l'opération

Il s'est déroulé en 3 temps.

Phase I. Au total, 120 médecins ont reçu un courrier avertissant d'une prise de contact prochaine de l'ARC. Il contenait une clause de refus qui a été utilisée par 8 médecins seulement. L'ARC a ensuite pris contact avec les médecins en les tirant au hasard à raison de 10 par strate et en se limitant aux 40 premiers contacts. Un seul médecin ayant refusé le rendez-vous, 39 ont pu être obtenus et 38 se sont réellement réalisés. Tous ceux qui ont été rencontrés ont accepté de participer à ce travail et ont signé une convention avec l'ORS. Tous les autres réceptionnaires du cour-

rier ont été avertis que leur participation n'était plus nécessaire. L'étude était présentée comme « *concernant les consultations avec les adolescents en médecine générale* » sans autre forme de précision, afin de ne rien modifier à leur mode de travail. Les médecins devaient remplir, après la consultation, un questionnaire indiquant le motif d'entrée et si le résultat de consultation s'était limité à répondre au motif initial exprimé ou bien avait abordé d'autres domaines. Un indice de satisfaction et le relevé du temps de consultation étaient prévus. Le médecin devait inclure et se limiter aux 20 prochaines consultations de jeunes âgés de 12 à 20 ans.

Phase II. Après réception des fiches et un début d'exploitation, l'ARC a fait un 2^e passage avec un courrier des organisateurs expliquant que « *Les premiers résultats traités montrent que l'anxiété ou les troubles de l'humeur sont des motifs peu fréquents de consultation à l'adolescence et, d'autre part, que la recherche d'antécédents d'idées, d'envies ou d'actes suicidaires est rare voire inexistante...* » Le courrier montrait ensuite tout l'intérêt du dépistage des idées et des actes suicidaires. L'ARC proposait alors d'utiliser l'outil « TSTS » dont il remettait une plaquette explicative et un mémo de bureau. Les médecins devaient remplir un 2^e questionnaire après chacune des 20 premières consultations consécutives de jeunes âgés de 12 à 20 ans. Il était totalement similaire au premier, avec cependant quelques questions supplémentaires concernant l'utilisation du « TSTS » et ses résultats obtenus en termes de dépistage.

Phase III. Après réception des fiches de la phase II, l'ARC revoyait une dernière fois chaque médecin pour un entretien semi-directif à propos de l'utilisation du test et des impressions sur l'enquête.

RÉSULTATS

Acceptabilité de l'enquête

Au total, 38 médecins ont signé la proposition sur les 40 contactés, soit un niveau d'acceptabilité spontanée initiale de 95 %. Parmi ces 38 médecins, 33 ont effectué complètement la phase I et 31 achevé la phase II. Au total, 78 % des 40 médecins initialement contactés ont participé jusqu'au bout à cet essai ; cela correspondait à l'hypothèse fournie au départ pour le calcul de l'échantillon minimal attendu. Les principales caractéristiques de l'échantillon final des généralistes étaient les suivantes :

- 39 % d'hommes et 61 % de femmes (tableau I) ;

TABLEAU I – EFFECTIFS DES MÉDECINS

	Nombre de médecins juniors	Nombre de médecins seniors
Hommes	5	10
Femmes	7	9

- un âge compris entre 30 et 60 ans soit 44,1 ans \pm 2,8, en moyenne (47,5 pour les hommes et 42 pour les femmes [$p < 0,05$]) ;
- 19 % exerçaient en milieu urbain, 58 % en milieu rural et 23 % en péri-urbain ;
- 74 % exerçaient en cabinet de groupe et 26 % seuls ;
- l'activité quotidienne se répartissait comme suit : 10-20 actes = 36 % ; 21-30 actes = 39 % ; >30 actes = 25 % ;
- enfin, 23 % des praticiens déclaraient un mode d'exercice particulier (MEP).

La qualité du remplissage des principaux items a été très satisfaisante ; le taux de réponse sur la plupart des items oscillait entre 99 et 100 %. Par ailleurs, le critère d'inclusion sur l'âge (de 12 à 20 ans) a toujours été respecté.

Situation avant connaissance de l'outil de dépistage

Les résultats de phase I, portant sur un échantillon de 644 consultations ont montré la répartition suivante des motifs de consultation : somatiques (74,5 %) ; administratifs ou de prévention (19 %) ; psy (6,5 %).

DÉPISTAGE DES CONDUITES SUICIDAIRES

Lors de la phase I, le résultat de consultation a été limité au(x) motif(s) invoqués dans 63 % des cas. Quand il s'est éloigné du motif initial, le praticien abordait les problèmes liés à la scolarité et au travail, à la nutrition, à la fatigue, à l'anxiété, au stress, et à l'usage de produits toxiques (tabac, alcool, drogues...). Le médecin aurait aimé aborder d'autres questions, mais sans l'avoir fait pour 11 % des actes. Parmi les « autres motifs » non médicaux n'apparaissait aucune préoccupation d'ordre suicidaire, et aucun médecin n'a abordé spontanément ce thème.

Si le motif de consultation était d'ordre psy, le médecin élargissait plus souvent le résultat de consultation (46 % contre 37 % pour un autre motif), en augmentait sa durée moyenne, sans pour autant avoir un meilleur indice de satisfaction de sa consultation, bien au contraire.

Acceptabilité de l'outil de dépistage

Tous les médecins ont utilisé l'outil TSTS proposé pour les consultations de la phase II. Cependant, certains l'ont utilisé systématiquement, d'autres de manière plus sélective ; en moyenne, 65 % des consultations d'adolescents en ont fait l'objet :

- 97 % des consultations ayant un motif de type psychologique (6 % des consultations chez les 12-20 ans) ;
- 65 % des consultations ayant un motif de prévention ou administratif (19 % des consultations chez les 12-20 ans) ;
- 56 % des consultations ayant un motif purement somatique (75 % des consultations chez les 12-20 ans).

Le thème suicidaire a été abordé chez 30 % (174/571) des consultants de phase II, soit environ la moitié des consultations avec outil (tableau II).

TABLEAU II – PRISE EN COMPTE DE L'OUTIL DE DÉPISTAGE DANS LES CONSULTATIONS DES MÉDECINS EN PHASE II

571 consultations de 12-20 ans réalisées	
200 sans l'outil	371 ont été réalisées avec l'outil TSTS
197 n'ont pas abordé le suicide	174 ont abordé le suicide
126 n'avaient pas d'antécédents	48 avaient des antécédents
	IS:37 TS:11

Notons qu'à chaque fois, l'outil de dépistage avait été utilisé.

Lors de l'entretien de phase III en fin d'étude, 87 % des médecins ont déclaré qu'ils étaient globalement satisfaits de l'amélioration des entretiens cliniques permise par cet outil. De plus, 74 % ont estimé qu'il était plus facile d'aborder le sujet des TS avec les jeunes et que cela était utile.

Pertinence de l'outil de dépistage...

... sur l'écart motif-résultat. Le critère de jugement principal était basé sur la variation du taux de réponse à la question : « le résultat de la consultation est-il limité au motif initial exprimé ? » entre les phases I et II. En effet, l'intérêt de l'outil est d'amener au moins le médecin à s'écarter du motif initial de consultation. En phase I, le pourcentage des résultats de consultation différent du motif était de 36 %. Quand l'outil de dépistage a été utilisé, ce pourcentage est passé à 52 % (n = 371), différence significative avec la phase I (p < 10⁻⁵). Cependant, quand l'outil de dépistage n'a pas été utilisé en phase II, le pourcentage d'écart motif-résultat tombe alors à 20 % (n = 200) et sa variation n'est plus significative (tableau III). Quand le résultat de consultation était différent du motif, l'indice de satisfaction du médecin a été nettement amélioré entre les phases I et II (tableau IV). Ce qui montre l'intérêt d'un outil l'aidant en ce sens.

... sur le dépistage des conduites suicidaires. Les résultats de la phase I montrent que les motifs de consultation ne concer-

TABLEAU III – VARIATION DE PROPORTION DES CONSULTATIONS À RÉSULTAT DIFFÉRENT DU MOTIF APRÈS INFORMATION

Outil de dépistage	Phase I	Phase II	Test statistique
Quand le test est non utilisé : % des consultations à résultat différent du motif	n = 644 36,3 %	n = 200 20,0 %	ns
Quand le test est utilisé : % des consultations à résultat différent du motif	*	n = 371 51,8 %	p < 10 ⁻⁵

* : absence de test disponible en phase I

TABLEAU IV – VARIATION DE PROPORTION DE L'INDICE DE SATISFACTION DU MÉDECIN APRÈS INFORMATION

Indices de satisfaction du médecin...	Phase I	Phase II
quand le résultat est conforme au motif	7,3	7
quand le résultat est différent du motif	7,3	7,5
Test statistique	ns	p < 0,003

naient jamais de comportements suicidaires, et que le médecin cherchait parfois (36 %) à élargir le champ de l'entretien, mais sans avoir pour autant les moyens de le faire.

En phase II, 65 % des jeunes (371) ont été interrogés par les questions « filtres » du test : traumatologie, sommeil, tabac, stress scolaire et stress familial ; 15,4 % d'entre eux ne comportaient aucun de ces symptômes. Parmi les 314 autres jeunes, les problèmes les plus souvent rencontrés étaient le tabagisme et le stress scolaire (tableau V).

TABLEAU V – RÉPARTITION DE FRÉQUENCE DES 5 SYMPTÔMES DE 1^{ER} ET 2^E NIVEAU

Symptômes 1 ^{er} niveau (TSTS)	Nbre total de réponses à la question	% de Oui	Symptômes 2 ^e niveau (CAFARD)	Nbre total de réponses à la question	%
Traumato	352	30	agression	275	21
Sommeil	366	45	cauchemar	283	30
Tabac	355	55	fume tous les jours	286	37
Stress scolaire	364	51	absentéisme	292	25
Stress familial	354	36	ambiance désagréable	284	28

Parmi les jeunes ayant au moins un signe positif parmi les questions d'ouverture (tableau VI) :

- 33 % (121) n'avaient pas de signe de gravité ou celui-ci n'a pas été recherché ;
- 52 % (193) avaient au moins 1 question « filtre » positive et un signe de gravité (agression, cauchemar, fume tous les jours, absentéisme, ambiance familiale) ;
- 27 % (99) avaient au minimum 2 signes de gravité et une question « filtre » positive.

Au final, la question du suicide a été abordée chez 174 jeunes adolescents de manière directe (alors que théoriquement elle aurait dû être abordée dans 222 situations [au moins 2 réponses positives] soit dans 78 % des situations) ; 48 d'entre eux ont alors déclaré avoir déjà eu des idées suicidaires, dont 11 avaient également au moins un antécédent d'acte suicidaire.

Modalités d'application de l'outil selon les médecins

Si le pourcentage global de dépistage des conduites suicidaires était de 13 % (48/371), il variait selon les médecins dans une fourchette allant de 0 à 50 %. Il paraît donc intéressant de chercher à mettre en évidence des facteurs « explicatifs ». L'hypothèse à vérifier est l'existence de différences de pratiques et de comportements selon l'âge et le sexe du médecin. Pour cela, nous avons réalisé une comparaison des différents indicateurs selon la stratification utilisée pour la constitution de l'échantillon : médecins hommes et méde-

DÉPISTAGE DES CONDUITES SUICIDAIRES

TABLEAU VI – RÉPARTITION EN EFFECTIF CROISÉ DES SYMPTÔMES DE 1^{ER} ET 2^E NIVEAU (N = 371)

2 ^e niveau (gravité) 1 ^{er} niveau (filtre)	0	1	2	3	4	5	Total
0	53	3	1	0	0	0	57
1	63	30	3	1	0	0	97
2	31	34	8	1	0	0	74
3	12	21	14	14	6	0	67
4	4	8	7	12	13	0	44
5	11	1	4	4	4	8	32
Total	174	97	37	32	23	8	371

cins femmes, de moins de 45 ans (« juniors »), et de plus de 44 ans (« seniors »). Certains médecins ont-ils accepté et appliqué l'outil plus que d'autres ? Le dépistage a-t-il été plus appliqué chez certains médecins, et cela a-t-il permis d'améliorer la connaissance des idées et conduites suicidaires ? Cela a-t-il eu une influence sur les durées de consultation ou sur le sentiment de satisfaction ? (tableau VII)

L'acceptation de l'outil reste semblable dans chaque strate

Pertinence. La comparaison entre les strates montre que les hommes seniors et les femmes juniors ont le plus souvent ouvert le champ de la consultation. La différence est statistiquement significative. La comparaison des évolutions observées entre les phases I et II montre que seuls les médecins seniors, hommes et femmes, ont évolué dans le sens de l'hypothèse de départ, soit une augmentation du pourcentage de consultations comportant un écart entre le résultat et le motif de consultation.

Amélioration du dépistage. Les médecins masculins abordaient plus facilement le thème du suicide que les femmes et, parmi eux, les juniors plus que les seniors. Les différences selon les groupes variaient de 19 à 50 % ; elles sont significatives. Par contre, il n'a pas été observé de différences dans la fréquence des dépistages positifs selon les groupes.

Durées de consultation :

– globalement, les durées de consultation étaient équivalentes en phase II et en phase I : 16 minutes ; mais les durées étaient en moyenne moins importantes chez les hommes que chez les femmes, et parmi eux chez les plus jeunes ;

– quand le médecin élargissait le champ de la consultation, la durée augmentait à 18 minutes et demie quelle que soit la phase ;

– en cas de dépistage positif, la durée de consultation augmentait à 20 minutes, mais avec des différences importantes selon les

groupes : moins de 15 minutes chez les hommes juniors, près de 23 minutes chez les femmes seniors.

Impressions des médecins

Une analyse par un entretien semi-directif auprès des 23 premiers médecins disponibles fait apparaître que :

– 40 % ne seraient pas venus à une réunion en soirée proposant cette étude, 26 % auraient refusé de remplir les questionnaires si le travail avait été bénévole, tous ont estimé le principe du délégué médical de santé publique positif ;

– tous les médecins ont lu le document remis, 57 % d'entre eux y ont appris quelque chose, 35 % ont été confortés dans leurs connaissances, 78 % ont jugé que l'intégralité des questions était facile à retenir ;

– 74 % des médecins ont indiqué qu'il leur était plus facile dorénavant d'aborder le sujet du suicide avec les jeunes et que ce test leur avait été utile. Pour 26 % d'entre eux, cela n'a rien changé ;

– 87 % des médecins ont estimé que le test leur avait permis d'améliorer la qualité des entretiens cliniques ;

– 39 % en ont parlé spontanément à un confrère, et 44 % l'utilisaient encore hors enquête et hors de toute consigne lors de la dernière consultation avec un adolescent.

DISCUSSION

Méthode

La méthode, un ARC – délégué médical de santé publique – qui rend visite à chaque médecin, a montré ici tout son intérêt. Outre l'importance de ce contact direct personnalisé, l'acceptabilité excellente de l'enquête par les généralistes est aussi liée à l'indemnisation proposée, et au type de proposition associant un groupe de généraliste ayant déjà réalisé une étude dans ce domaine, un référent universitaire et un épidémiologiste régional. En effet, 72 % des médecins contactés par téléphone ont terminé les 2 phases de l'enquête. Ce taux peut être considéré comme particulièrement élevé pour un travail partant d'un échantillon de 40 médecins tirés au sort dans un fichier départemental. Par ailleurs, un taux d'abandon limité à 6 % en phase II peut être considéré comme faible et montre l'intérêt soutenu des médecins. Cette qualité de recueil est illustrée par la forte similitude entre les données des motifs initiaux de consultations de cette enquête et les données de référence.

TABLEAU VII – COMPARAISON DES RÉSULTATS SELON LES CARACTÉRISTIQUES MÉDECINS

Critères	Variables	< 45 ans : « Juniors »		> 44 ans : « Seniors »		Test statistique
		Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	
Acceptation outil	% questions avec TSTS	70	69	61	61	ns
Écart motif-résultat (P2)	% questions avec écart	26	44	50	33	**
Écart motif-résultat (P1)	% questions avec écart	35	43	38	26	**
Suicide abordé	% de questionnaires dans lequel le suicide a été abordé	50	33	41	19	***
Dépistage positif	% de réponses positives à la questions sur les idées suicidaires	7	10	13	7	ns
Indice de satisfaction	Indice moyen	6	6,9	7	8,3	***
Durée de consultation	Durée moyenne (min)	12,5	17,8	15,7	18,8	***
Durée si dépistage +	Durée moyenne (min)	14,6	21,3	18,3	22,9	***
Indice satisfaction si écart motif-résultat (P2)	Indice moyen	6,5	7	7,7	8,3	***
Indice satisfaction si écart motif-résultat (P1)	Indice moyen	6,3	6,9	7,9	8	***
Ecart motif-résultat selon le sexe de l'adolescent	masculin	30	45	55	30	**
	féminin	26	44	43	36	ns
Dépistage positif selon le sexe de l'adolescent	masculin	7,7	6,7	3,9	2	ns
	féminin	3,8	3,8	11,9	20,7	10,4 ns

P1 : phase I ; P2 : phase II ; ns : non significatif ; ** : p < 0,01 ; test khi2 : significatif à 1 % ; *** : p < 0,001 test significatif à 1 %.

En effet, la comparaison avec les données de référence nationale (enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) IMS-Health et CreDES 2001) des motifs de consultation montre, à âge et sexe comparables, des fréquences superposables (CreDES 2001 : motif somatique = 75 % ; administratif = 19 % ; psy = 6 % ; et dans notre enquête respectivement : 74,5 %, 19 %, 6,5 %).

La phase I a mis en évidence qu'un écart entre le motif et le résultat de consultation entraîne un allongement de la durée de l'entretien, sans toutefois améliorer l'indice de satisfaction. Cela souligne la difficulté rencontrée par les médecins pour aborder des thèmes particulièrement délicats et non somatiques chez les adolescents.

Ce test améliore le contact avec l'adolescent

L'hypothèse principale selon laquelle le contact avec l'adolescent au cours de la consultation était facilité en phase II par l'utilisation de l'outil de dépistage est vérifiée, mais uniquement sous condition de son usage. En effet, si l'outil a modifié nettement l'orientation de ceux des adolescents dans laquelle il a été utilisé, il n'a pas eu à ce stade des effets de « contagion » sur les autres consultations où il n'était pas utilisé. Il n'est donc pas étonnant que l'utilisation de l'outil ait apporté un supplément de satisfaction, mais surtout pour les consultations élargies par rapport au motif.

Temps de consultation non allongé. Un aspect intéressant de son ergonomie en médecine générale est que son usage n'a pas allongé de temps de consultation, sauf en cas de dépistage positif.

85 % des jeunes interrogés ont été concernés par au moins une question d'ouverture avec, pour la moitié d'entre eux, un critère de gravité. Cependant, les questions du TSTS semblent plus adaptées au dépistage des antécédents suicidaires des adolescentes qu'à ceux des adolescents, bien que toutes les différences soient statistiquement significatives. De toute façon, l'intérêt du processus présenté n'est pas tant dans la pertinence de son déterminisme que dans le soutien apporté au médecin pour cerner rapidement une situation, et ce en toute circonstances.

Une utilisation non systématique. Cependant, un tiers des jeunes n'ont pas été interrogés. Les médecins ont donc utilisé le test de manière discriminante. Ont-ils fait spontanément une sélection en estimant que certains n'étaient sûrement pas concernés par ces problèmes ou bien n'en ont-ils pas eu tout simplement le temps ou l'opportunité ? La confrontation avec les données connues sur ces symptômes en population générale fait pencher pour la première hypothèse, car les taux sont ici nettement plus élevés dans le test TSTS ou dans le CAFARD que ceux observés en population générale de jeunes âgés de 12 à 18 ans (troubles du sommeil : ici, 45 % et population générale : 32 % ; cauchemars : ici, 23 % et population générale : 10 %).

Le suicide abordé une fois sur trois. L'important est que parmi l'ensemble des consultants âgés de 12 à 20 ans tout-venant, et même avec une utilisation partielle du test, la question du suicide a été abordée chez plus de 30 % (174/571) d'entre eux, et le dépistage d'antécédents suicidaires réalisé chez 8,5 % (48/571). Cependant, les médecins étaient, dans le contexte d'une étude, avec une rémunération à la clé pour le renvoi de leurs données. Si cet aspect ne peut pas modifier les prévalences des motifs, elle peut majorer la fréquence d'utilisation du TSTS et donc les résultats. Il serait particulièrement intéressant de réaliser un travail spécifique de l'impact d'une information en dehors du contexte d'une étude ou d'un enjeu financier.

Une utilisation différente selon l'âge et le sexe du médecin. Les médecins de cette étude semblent s'être impliqués chacun différemment : quelques spécificités significatives se dégagent des échantillons stratifiés :

- les médecins seniors, hommes ou femmes, évoluent davantage entre les phases I et II pour dépasser le motif initial de consultation ; parallèlement, ils déclarent des indices de satisfaction plus élevés que les jeunes médecins ;

- les médecins hommes se dégagent plus facilement que les femmes du motif de consultations avec les adolescents garçons. Ils abordent plus volontiers que leurs consœurs le thème du suicide dans leurs entretiens, même si la durée moyenne de leurs consultations est inférieure ;

- les médecins hommes juniors ont beaucoup plus souvent utilisé le test mais leurs consultations, en général plus brèves que celles des autres, les amènent à élargir moins souvent le champ de leurs entretiens. Le thème du suicide a ainsi été souvent abordé, mais sans obtenir de réponse positive, soit que leur clientèle ait moins ce problème, soit qu'elle désire le cacher ;

- les médecins femmes seniors ont des durées de consultation plus longues. Mais s'écartent moins souvent du motif et d'ailleurs abordent moins souvent le thème du suicide que les autres médecins. Elles semblent s'en satisfaire car leur indice est le plus élevé

Des inconnues persistent. Il sera certainement utile de prendre en compte ces remarques pour les modes de communication du test aux médecins. Mais il reste deux principales inconnues : ces avancées sur l'attention au mal-être des adolescents et le dépistage des tendances suicidaires tiendront-elles dans le temps ? Sont-elles exportables à une communication faite en dehors d'une étude ? Cela devra nécessairement faire l'objet d'un travail complémentaire.

CONCLUSION

Le test « TSTS » proposé dans cette étude, met suffisamment à l'aise le praticien pour qu'il puisse aborder la question du suicide avec les adolescents à partir d'indices simples. L'audit pratiqué sur l'usage de ce test souligne la très bonne acceptabilité par le praticien « naïf » et son efficacité pour dépister les antécédents suicidaires. Son utilisation entraîne une amélioration significative de l'ouverture de la consultation à des préoccupations différentes du motif initial.

Ainsi, le dépistage des comportements ou antécédents suicidaires est possible en consultation et cela quel qu'en soit le motif initial. Il paraît donc particulièrement utile de faire connaître cette méthode aux médecins généralistes. Cependant, son succès ne peut se développer sans l'élaboration à court terme d'un référentiel sur l'attitude nécessaire à adopter lors de la mise en évidence d'un problème suicidaire actuel ou ancien.

Cette condition est essentielle pour que le médecin généraliste se sente à l'aise dans la prise en compte des difficultés existentielles qu'il met à jour chez l'adolescent. C'est le travail que nous développons actuellement. ■

TO DETECT TEENAGERS' SUICIDE BEHAVIOUR. ELABORATION OF A TEST AND ITS VALIDATION

CONTEXT : GENERAL PRACTITIONER IS USED TO BE CONSULTED BY TEENAGERS WHO HAVE ALREADY HAD SUICIDE IDEAS OR ATTEMPTED SUICIDE AND WHO WERE NOT BEEN TAKING CARE FOR. THE MOST OF THE TIME THE GP DOESN'T KNOW THEIR ANTECEDENTS; BUT AS THEY ARE AT RISK TO DO IT AGAIN, IT'S IMPORTANT TO DETECT THEM.

OBJECTIVE : TO ELABORATE AND TO VALIDATE A TEST TO DETECT TEENAGERS' SUICIDE BEHAVIOUR.

METHOD : AFTER PARTICIPATING TO A SURVEY (LYCOLL) WHICH INCLUDED 3 872 TEENAGERS, 17 GPs AND 3 PSYCHIATRISTS (ADOC) CREATED A SCREENING TEST TO BE USED BY GPs. IT WAS A QUESTIONNAIRE, NAMED TSTS, WITH 4 QUESTIONS COMPLETED BY 5 ITEMS TO EXPLORE THE TROUBLES' SEVERITY. THEN, THIS TEST HAS BEEN EXPERIENCED AMONG 38 GPs WHO DIDN'T KNOW IT BEFORE. THIS STUDY HAS BEEN DONE AS A CLINICAL AUDIT. EACH PHYSICIAN HAS BEEN VISITED BY A RESEARCH CLINICAL ASSISTANT WHO HAD BEEN TAUGHT FOR IT, TO ESTIMATE THE SCREENING OF SUICIDE IDEAS OR ATTEMPTED SUICIDE BEFORE AND AFTER TAKING KNOWLEDGE OF THE TEST.

RESULTS : RESULTS INDICATE A VERY GOOD ACCEPTABILITY OF THIS SCREENING TOOL WHICH HAS BEEN USED FOR 60% OF TEENAGERS' OFFICE VISITS. IT ALLOWED TO GUIDE A LARGE NUMBER OF VISITS TOWARDS PREOCCUPATIONS WHICH WERE DIFFERENT FROM THE INITIAL ONE AND TO DETECT SUICIDE ANTECEDENTS AMONG 13% TEENAGERS "TESTED" AMONG WHOM 2/3 HAD ALREADY SEEN A GP.

CONCLUSION : THIS TEST IS RECOMMENDED TO GPs IN USUAL PRACTICE TO DETECT TEENAGERS AT SUICIDE RISK.

REV PRAT MED GEN 2004 ; 18 : XX-XX.