

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2020

N° 2020-66 et
2020-67

T H E S E

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Bertrand BRUGERE
et
Louis MAGHE

Présentée et soutenue publiquement le 7 Juillet 2020

**Évaluation de la faisabilité d'un test d'auto-dépistage par affichage,
du risque d'idées suicidaires et du risque de tentative de suicide, en
milieu scolaire chez des adolescents de classes de 4ème et 3ème.**

Président : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur François VANDERMERSCH

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Rémy Senand, pour nous avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury.

À Madame le Docteur Maud Jourdain, pour nous avoir accompagné au cours de notre parcours universitaire, et pour avoir accepté d'être membre de ce jury.

À Monsieur le Docteur Laurent Brutus, pour vos remarques précieuses concernant notre travail, et pour avoir accepté d'être membre de ce jury.

À Monsieur le Docteur François (Néri) Vandermersch, pour votre disponibilité à toute épreuve, vos remarques pertinentes, et pour avoir accepté d'être notre directeur de thèse.

À Madame le Docteur Sandrine Hild, pour votre disponibilité et vos précieux conseils apportés à notre travail.

À Madame le Docteur Christine Cheylan, pour l'intérêt porté à notre travail.

À Madame Laurence Lefer, Principale du collège Condorcet, pour votre disponibilité, votre accueil, et pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail.

À Madame Nathalie Cencier, Infirmière scolaire du collège Condorcet, pour votre accompagnement, et votre disponibilité pendant l'ensemble de notre intervention au sein du collège Condorcet.

À Madame Catherine Clergeaud, Infirmière scolaire du collège René Bernier, pour votre motivation et votre implication dans notre travail.

À l'ensemble du personnel des collèges Condorcet et René Bernier, pour votre accueil et votre implication.

À Monsieur le Docteur et Capitaine Basile Fuchs, pour son soutien moral et statistique à toute épreuve.

À Monsieur Alex Gransard, pour ton aide primordiale apportée à la réalisation de notre affiche.

Remerciements personnels de Bertrand

À Adèle, pour ton intelligence, ta patience, et ton beau caractère.

À mes parents, pour votre dévouement et votre soutien à toute épreuve.

À ma sœur, pour ta bienveillance et ton soutien dans les moments difficiles.

À Mamie Dédé, pour ta sensibilité et ton enthousiasme.

À Papi Pierre, Papi Franck et Mamie Paulette, que j'embrasse très fort.

À Clecle, Charlou, Caca, Lulu, Valou, Basou, Colas, Emilie et MIMIIII (!!!!!) pour votre amitié tout au long de ces années.

À Florian, Marwan et Louis car vous avez su rester gais en toutes circonstances.

À Lulu et Lolo, mes colocos en or.

À Louis le Mage, qui a su donner un peu de magie dans ces heures de dur labeur.

À Toutoune, pour ta sagesse.

Remerciements personnels de Louis

À mes parents, pour le soutien moral, leur écoute, et leur présence tout au long de mes études.

À mes frères, Victor et Clément, pour m'avoir accompagné durant toutes ces années.

À ma grand-mère, et mon grand-père, qui ont toujours été là pour m'épauler durant mes études.

À mes amis, qui m'ont vu et fait grandir depuis le début de mes études. À Antoine, pour ces longues après-midi studieuses pendant l'externat. À Jean, car quand Jean Mollé est là je ne ... pas. À Oh Raie, pour son savoir concernant les artistes de République Tchèque. À Dahna Nas, qui n'est pas Dahna Coupez. À Pauline, pour m'avoir supporté durant toutes ces années d'internat. À toutes les belles rencontres que j'ai pu faire durant ces 10 dernières années.

À Morgan, pour ton expertise, ta réassurance, et ton calme dans mes moments de doutes.

À Bertrand, car tu es une belle personne. Je suis heureux de passer cette étape importante à tes côtés.

À tous les professionnels de santé, qui m'ont formé et accompagné durant mon internat.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

BITS : Brimades-harcèlement Insomnie Tabagisme Stress

CESC : Comité d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté

CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de Décès

CPE : Conseiller Principal d'Éducation

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ESCAPAD : Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense

ESPAD : European School Survey on Alcohol and Others Drugs

HBSC : Health Behaviour in Schoolaged Children

IDE : Infirmière Diplômée d'État

IS : Idées Suicidaires

MICAS : Médecins Investigant en Consultation les Adolescents

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMSI-MCO : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information en Médecine, Chirurgie et Obstétrique

TS : Tentatives de Suicide

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

ULIS : Unité Localisée pour Inclusion Scolaire

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	2
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	4
TABLE DES MATIÈRES.....	5
INTRODUCTION.....	8
I. L'ADOLESCENCE : DÉFINITIONS ET SPÉCIFICITÉS.....	9
I.1. Définitions.....	9
I.2. « L'adolescence » : un fort relativisme temporel et culturel.....	9
I.3. L'influence du numérique.....	10
I.4. Psychologie de l'adolescence.....	11
II. LE SUICIDE ADOLESCENT : ÉPIDÉMIOLOGIE ET PSYCHOPATHOLOGIE.....	15
II.1. Contexte.....	15
II.2. Définitions.....	15
II.3. Épidémiologie.....	16
II.4. Le suicide : Facteurs de risques et facteurs protecteurs.....	21
II.5. Le suicidant.....	26
II.6. L'acte suicidaire.....	28
III. LA PRÉVENTION DU SUICIDE ADOLESCENT.....	31
III.1. Concepts de préventions.....	31
III.2. Les programmes et les types d'interventions de prévention du suicide.....	32
III.3. Un manque d'uniformisation et d'évaluation des méthodes de prévention du risque suicidaire.....	34
III.4. Exemples d'interventions existantes pour la prévention et le repérage du risque suicidaire en milieu scolaire.....	34
IV. JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE.....	39
IV.1. Dépister les idées suicidaire, une nécessité.....	39
IV.2. Difficultés pour le médecin traitant de dépister le risque suicidaire chez l'adolescent.....	40
IV.3. Utilisation du « BITS test » pour le dépistage des idées suicidaires.....	42
IV.4. Intérêt d'un questionnaire.....	45

IV.5. Hypothèses.....	45
IV.6. Objectifs.....	45
V. MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	46
V.1. Population étudiée.....	46
V.2. Organisation de l’affichage des tests.....	47
V.3. Critères de jugement.....	49
V.4. Traitement des données.....	50
V.5. Analyses statistiques.....	52
V.6. Aspects éthiques et réglementaires.....	53
VI. RÉSULTATS.....	56
VI.1. Sélection des élèves.....	56
VI.2. Description de la population étudiée.....	57
VI.3. Résultats principaux de l’étude.....	58
VI.4. Facteurs de risques potentiels d’obtenir un résultat positif au BITS test.....	60
VI.5. Personnes ressources des élèves.....	64
VII. DISCUSSION.....	67
VII.1. Caractéristiques de la population étudiée.....	67
VII.2. Prévalence d’élèves ayant réalisé le BITS test.....	68
VII.3. Prévalence des élèves ayant obtenu un résultat positif.....	68
VII.4. Facteurs de risque potentiels d’obtenir un résultat positif au test.....	69
VII.5. Personnes ressources des élèves.....	69
VII.6. La place de l’éthique dans notre étude.....	70
VII.7. Liens de notre intervention avec la médecine générale.....	70
VII.8. Forces et limites de l’étude.....	71
VII.9. Perspectives.....	74
VIII. CONCLUSION.....	75
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	76

ANNEXES.....	84
Annexe 1 : Items présents dans le test TSTS-CAFARD.....	84
Annexe 2 : Lettre d’information à destination des établissements scolaires.....	85
Annexe 3 : Lettre d’information destinée aux équipes éducatives.....	86
Annexe 4 : Lettre d’information et la feuille d’accord parental.....	87
Annexe 5 : Affiche présentant le BITS test mise en place dans les collèges concernés par l’étude.....	88
Annexe 6 : Questionnaire distribué aux élèves inclus dans l’étude.....	89

INTRODUCTION

L'adolescence est une période charnière dans la vie d'un individu. Elle définira son rapport au monde et influencera son avenir. Aucun adolescent ne fait l'économie des difficultés que cette période impose. Vivre cette période c'est vivre une série d'obstacles. Aucun ne part avec le même bagage et ne progresse avec le même soutien. L'adolescence est souvent vécue comme une période de souffrance. Le suicide peut devenir pour certains l'unique façon de mettre un terme à cette souffrance.

Le suicide de l'adolescent reste trop fréquent. Selon les sources, entre 2,7% et 9,5% des adolescents de 17 ans déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie (1).

Nous avons pu remarquer dans notre expérience de jeunes médecins généralistes que l'adolescent se confiait peu en consultation. Dans ce contexte, nous nous sommes demandés comment encourager l'adolescent en souffrance à se confier. De nombreux travaux ont cherché à proposer des outils de dépistage à destination des médecins généralistes pour ouvrir la discussion avec les adolescents.

Nous nous intéresserons particulièrement au BITS test qui évalue la probabilité pour un adolescent d'avoir présenté des idées suicidaires dans l'année ou d'avoir fait une tentative de suicide au cours de sa vie (2). Dans une étude réalisée en cabinet de médecine générale, le BITS test avait permis de repérer 11% d'adolescents à risque suicidaire (3).

L'adolescent, dans sa recherche naissante d'autonomie, désire être plus acteur de sa santé. Pour répondre à cette attente, nous avons décidé de réaliser une campagne d'auto-dépistage, via des affiches exposant le BITS test. Afin de toucher une population plus large, nous avons réalisé cette campagne en milieu scolaire.

L'objectif principal de notre travail sera d'évaluer la faisabilité d'une campagne d'auto-dépistage du risque suicidaire par affichage en milieu scolaire. Secondairement, nous chercherons à comparer la prévalence d'élèves ayant un résultat positif au test, à celle retrouvée dans d'autres études. Enfin, nous nous intéresserons aux personnes ressources choisies par les adolescents.

Nous montrerons que l'adolescence est une notion complexe, en mouvement, et tout à fait relative. Afin de mieux comprendre notre travail, certains rappels nous semblent importants. Ils concerneront l'adolescence dans sa globalité, les particularités du suicide à cette période ainsi que les stratégies de prévention déjà existantes pour lutter contre ce phénomène. Nous expliquerons pourquoi, en tant que futurs médecins généralistes, nous avons choisi d'intervenir dans des collèges en utilisant l'auto-dépistage par affichage.

I. L'ADOLESCENCE : DÉFINITIONS ET SPÉCIFICITÉS

I.1. Définitions

L'adolescence est un concept sans définition précise ou exhaustive. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la définit comme une période de la vie comprise entre 10 et 19 ans (4). Cette définition, bien qu'arbitraire, à l'avantage de simplifier les études épidémiologiques.

En 2019, on comptait 8 319 674 individus âgés de 10 à 19 ans, soit 12,42% de la population française (5).

Étymologiquement, l'adolescent est « celui qui est en train de grandir » et qui commence à prendre la parole par opposition à « l'infans », « celui qui ne parle pas », et l'adulte (adultus) « celui qui a cessé de grandir » (6)

Le mot « adulescens » existait depuis la Rome antique mais il ne fait son apparition dans le dictionnaire qu'en 1850, pour désigner les jeunes hommes de la bourgeoisie en formation dans les lycées et qui n'étaient pas encore entrés dans la vie active (7).

Avec l'avènement de l'école obligatoire par Jules Ferry en 1882, l'adolescence va alors concerner toutes les classes sociales. L'enfance correspondait à l'école primaire, la période adulte au service militaire. L'adolescence correspondait à l'école communale, située entre les deux (8).

Donc, depuis son apparition dans le dictionnaire et dans sa définition actuelle, l'adolescence désigne une période située entre l'enfance et l'âge adulte.

I.2. « L'adolescence » : un fort relativisme temporel et culturel

L'adolescence n'existe pas dans toutes les cultures, comme le montre Margaret Mead en étudiant les populations des îles Samoa en Indonésie (9). Dans les cultures traditionnelles, le rite de passage de l'âge d'enfant à l'âge d'adulte se substitue à cette période. Après avoir réussi l'épreuve, l'enfant devient adulte.

Dans notre société occidentale, elle prend la forme d'une transformation progressive. Cette période de transformation est en évolution permanente depuis l'après guerre et s'étale de plus en plus dans le temps.

Les modalités de passage de l'âge d'enfant à celui d'adulte caractérisant l'adolescence ont changé. Il y a encore quelques années, dans nos sociétés modernes occidentalisées, l'adolescence se caractérisait par la constitution d'un « projet de vie », destiné à acquérir une autonomie financière et familiale. Actuellement, cette modalité de passage est progressivement remplacée par l'expérimentation. La société change rapidement. L'individu doit s'adapter en permanence. La flexibilité devient alors une condition nécessaire au développement de l'individu.

L'expérimentation permet de se construire indépendamment d'un environnement vécu parfois comme chaotique (6).

L'adolescence semble durer de plus en plus longtemps, deux facteurs peuvent l'expliquer :

- La prolongation de la scolarité avec l'école obligatoire jusqu'à 16 ans depuis 1959 (10)
- L'entrée de plus en plus tardive dans la vie active : le travail avant 16 ans est maintenant réservé aux apprentissages, le chômage chez les 15-24 ans atteint 25% au 3ème trimestre 2016 (11).

Le modèle adolescent évolue parallèlement au bouleversement de la structure familiale. Dans la famille, on assiste à un abandon du modèle unique de l'autorité patriarcale. La parole circule plus librement. La transmission verticale des valeurs morales, parents-enfants, est de moins en moins légitimée. L'adolescent va forger ses propres valeurs. Comme l'écrit G.Pietropolli-Charmet, l'adolescent devient alors un « libre penseur moderne » (12).

I.3. L'influence du numérique

Nous savons que 96% des adolescents possèdent un smartphone et 99% un ordinateur. Cette possession est précoce (13). Le temps passé devant les écrans augmente avec l'âge. Entre 9 ans et 16 ans, les adolescents sont 58 % à se connecter quotidiennement à internet, et jusqu'à 87 % chez les 15-16 ans (14).

L'outil médiatique donne accès à une infinité de points de vue. L'absence de médiateur entre l'adolescent et son écran pose problème. L'adolescence est une période déterminante dans l'acquisition des valeurs morales d'un individu. Or, nous savons qu'internet n'a pas cette vocation. L'adolescent a quasiment toujours été entouré, sauf exception, d'un réseau d'adultes bienveillants (qu'il soit familial ou éducatif) pouvant l'aider à se construire. L'arrivée d'internet est une évolution radicale.

Selon Rolling et Ligier, cette dynamique de recul des valeurs parentales au profit d'une infinité de valeurs circulantes accroît le besoin de reconnaissance de l'adolescent vis à vis de ses pairs et renforce l'exigence sociale (1). Les réseaux sociaux sont devenus les garants de cette exigence sociale puisque 97% des adolescents y circulent régulièrement (15). L'adolescent travaille son image et en devient potentiellement l'esclave. Cela n'est pas sans rappeler le mythe de narcissse qui se noie dans l'admiration de son propre reflet.

Cela pourrait expliquer que des adolescents en apparence « conformes » à la désirabilité sociale (bon résultats scolaires, amis nombreux, activités sportives et culturelles) puissent ressentir une grande souffrance, d'autant plus grande qu'elle est dissimulée (1).

I.4. Psychologie de l'adolescence

La notion de « crise d'adolescence » est un concept amené d'abord par J.J.Rousseau dans *l'Emile ou de l'éducation* (16) puis théorisé par M.Debesse dans *La crise d'originalité juvénile*(17). Elle survient lorsque l'adolescent, en quête de son identité, manifeste son indépendance et son désir d'autonomie en s'opposant aux normes sociales.

Ce concept pose le problème de ne pas séparer les états de souffrances propres à l'adolescence et un état pathologique comme la dépression caractérisée. Ce terme a été remplacé par la notion de travail psychique. A.Bracconier et P.Jeammet définissent les buts du travail psychique :

- Assumer un corps sexué et définir une identité sexuelle.
- Rompre les liens de dépendance vis-à-vis des parents et achever un processus d'individualisation conduisant le sujet à la constitution d'un sentiment d'identité le différenciant d'autrui.
- Se projeter dans l'avenir et s'efforcer de tendre vers un compromis entre ce qu'on croit être et ce qu'on souhaite être.
- Faire face aux émotions et aux affects qui surgissent dans les situations difficiles.

Le travail psychique a 3 composantes : la composante corporelle, la composante familiale et la composante sociale (18).

I.4.1. La composante corporelle

On ne peut pas parler du travail psychique lié au corps sans parler de la puberté, qui est d'ailleurs le seul fait scientifique objectif de la transition entre l'enfance et l'âge adulte. Elle débute par la maturation de la fonction hypothalamo hypophysaire. Une fois mature, l'axe hypothalamo hypophysaire va agir sur les gonades. La stimulation des gonades va être à l'origine d'une sécrétion accrue de stéroïdes sexuels. Ils vont, par leur action sur les tissus cibles, déclencher l'apparition des bouleversements physiques propres à l'adolescence (autrement appelés caractères sexuels secondaires) (6).

Chez la fille, les premières manifestations pubertaires correspondent au développement des glandes mammaires qui se produit entre 8 et 13 ans pour 95% d'entre elles. Il s'en suit l'apparition de la pilosité pubienne puis axillaire. Les premières règles apparaissent autour de 13 ans.

Chez le garçon, le premier signe de puberté est l'augmentation du volume testiculaire. Il s'en suit, comme chez les filles, l'apparition de la pilosité. La pilosité faciale, la pilosité corporelle, la mue de la voix et la modification de la corpulence surviennent plus tard (6).

Le corps en changement suscite des questionnements sur le plan physique : l'attention portée au corps, les inquiétudes sur les différentes parties, les éventuelles craintes d'allure dysmorphophobique.

Cette décharge soudaine de stéroïdes sexuels va non seulement modifier le corps de l'enfant mais également ses représentations internes, ses affects et ses émotions. Des questions existentielles apparaissent alors : Qui suis-je ? Que vais-je devenir ? (18).

De plus, ces changements émotionnels précèdent la maturité des fonctions exécutives, nécessaire à la régulation émotionnelle et à l'auto-contrôle. Cela pourrait expliquer l'impulsivité caractérisant l'adolescent et sa vulnérabilité face aux prises de risques inconsidérées (19).

Ce décalage entre puberté visible et puberté subjective propre à l'adolescente en font une difficulté supplémentaire. L'adolescente va avoir tendance à côtoyer des garçons plus âgés, correspondant à son statut pubertaire visible. Elle est plus ou moins « esclave » de son statut pubertaire. Certaines études montrent que la précarité socio-économique, la présence de conflits familiaux et l'absence du père favoriseraient la puberté précoce. Ces événements étant en eux-mêmes des facteurs de risques de mal-être, nous comprenons alors pourquoi la puberté précoce est reliée à une augmentation du risque suicidaire chez les adolescents (6).

Au moment de la puberté, l'enfant doit renoncer à l'omnipotence infantile, c'est à dire la possibilité de disposer d'une bisexualité potentielle. Le corps impose alors à l'adolescent une sexualité, qui n'est pas nécessairement celle choisie par son psychisme. Quand il existe, ce conflit peut être à l'origine de souffrance et de psychopathologie (18).

I.4.2. La composante familiale

Pour se construire, l'adolescent doit se séparer de ses parents. Il existe deux phases de séparation.

La première, appelée séparation-individuation par Margaret Mahler (20) a lieu dès le 6ème mois de la vie. Selon elle, l'enfant évolue dans un substrat familial (ses parents) comme une cellule évolue dans son substrat physiologique. Initialement, l'enveloppe de cette cellule est perméable. L'enfant vit l'état émotionnel de sa mère comme le sien et inversement. C'est une relation symbiotique. Plus tard, quand l'enfant parvient à internaliser la présence maternelle, cette enveloppe s'imperméabilise. L'enfant accède à ses propres émotions et ne vit plus les siennes. Il a le sentiment d'être séparé de ses parents et du monde dans son ensemble. Il devient un individu.

Pour P.Blos (20), cette séparation se répète à l'adolescence avec un autre but, s'autonomiser. Quand la première phase permet à l'enfant de s'individualiser en internalisant la présence maternelle, la deuxième phase permet à l'enfant de se séparer de ses objets internalisés pour rencontrer un objet réel. Dans une lecture oedipienne, cette deuxième phase de séparation pendant l'adolescence serait initiée par la puberté. L'enfant devenant sexué, il ne peut plus conserver des rapports non incestueux avec son parent du même sexe et doit donc s'en séparer. Dans cette dynamique d'autonomisation, l'adolescent est à la quête de ses propres limites. Elles concernent aussi bien son corps (style d'habillement, performance physique) que son intellect (sujets d'intérêts personnels) ou ses liens sociaux. Un exemple typique est les horaires de rentrée de soirée pour tester les limites des interdits parentaux (18).

Cette dynamique de séparation menace l'adolescent. Quand la première phase de séparation-individuation ne se déroule pas correctement, la deuxième phase d'individuation devant avoir lieu pendant l'adolescence peut être un échec et peut être à l'origine de pathologies de l'attachement.

L'adolescent peut être menacé par la dépression, en lien avec les pertes que la phase de séparation engendre : perte de la quiétude de l'enfance, de la stabilité de l'image du corps, du refuge parental pré-œdipien.

Si l'adolescent ne peut tolérer les moments de souffrances « physiologiques » de cette période à cause de son vécu (séparations multiples, placements, carence affective précoce), il risque d'évacuer le malaise par des conduites à type de passage à l'acte. En revanche, s'il les tolère, il pourra les intégrer et les surmonter (18).

L'approche systémique est essentielle pour appréhender le travail psychique de l'adolescent. Elle permet de comprendre que l'adolescent est directement dépendant du travail psychique de ses parents. C'est une relation qui fonctionne en miroir. Pour que l'adolescent puisse effectuer ce travail de séparation, les parents doivent le permettre. Ils doivent pouvoir faire le deuil de la fusion infantile. Les problèmes intergénérationnels, l'inconstance des figures parentales, peuvent gêner ce processus de séparation et rendre difficile le passage de l'adolescence au stade adulte (18).

I.4.3. La composante sociale

Au sein de cette dynamique de séparation, l'adolescent trouve un autre sujet d'investissement, ce qui lui est extérieur. Ses parents ne vont pas pouvoir lui fournir les satisfactions qu'ils lui fournissaient étant enfant.

Deux domaines vont alors être investis par l'adolescent: ses pairs et son intellect.

La relation aux pairs comprend 3 temps différents (18) :

- Le temps des copains.

Temps des relations au sein de petits groupes se voulant homogènes. Homogénéité qui permet d'atténuer les doutes liés aux transformations physiques.

- Le temps de l'ami.

Relation de projection narcissique typique. Il s'agit d'être entres pairs du même sexe pour se reconnaître dans son sexe d'appartenance.

- Le temps de la petite amie ou du petit ami.

Elle traduit l'intégration de la différence des sexes. Elle inclut la capacité à se reconnaître soi même dans un sexe et d'accepter la différence anatomique des sexes.

Le rapport à l'intellect va permettre, grâce à l'acquisition de la pensée abstraite, le travail dit de « subjectivation ».

Selon la théorie de J.Piaget (21), la pensée abstraite est le dernier stade de la maturation cognitive qui comprend 4 stades. Elle a lieu entre 12 et 16 ans et permet à l'adolescent de réfléchir sur le possible et non sur le réel. Il lui permettra donc d'analyser ses pensées, de prendre du recul. Face à la conflictualité permanente qui caractérise l'adolescent, le travail de subjectivation est la compétence essentielle qui permettra à l'adolescent d'assumer le conflit psychique. Les pensées de type : « pourquoi je pense ainsi et quel sens peuvent avoir ces pensées ? » permettent à la tension psychique et à l'excitation de s'écouler peu à peu.

En cas de non investissement, l'adolescent doit expulser cette tension, notamment par le passage à l'acte suicidaire dans les cas les plus extrêmes.

II. LE SUICIDE ADOLESCENT : ÉPIDÉMIOLOGIE ET PSYCHOPATHOLOGIE

II.1. Contexte

Selon E. Durkheim, le suicide est « la fin de la vie, résultant directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif de la victime elle-même, qui sait qu'elle va se tuer » (22).

Au début du 20^{ème} siècle, les psychiatres considéraient le suicide comme une maladie mentale. Au cours des années 60, notre compréhension de l'acte suicidaire évolue. Il était considéré comme le résultat de facteurs multiples, innés et/ou acquis, et non comme une maladie psychiatrique à proprement dit. L'adolescence, mal connue à cette époque, était considérée comme une période de « crise complexe » où le suicide ne manquait pas de justifications. Cette forme de banalisation du suicide adolescent se heurte aux données épidémiologiques actuelles, qui le place comme la 2^{ème} cause de mortalité des 15-19 ans (23).

Nous avons tendance à relier le suicide à un événement ponctuel survenant dans la vie d'un individu alors que cette idée est fausse. Même si l'acte suicidaire survient à la suite d'un événement particulier dit « de rupture » (séparation parentale, déménagement, perte d'un proche,...), il se concrétise parce qu'il survient sur une personnalité fragile, chez un individu qui n'a pas les ressources nécessaires pour gérer cette montée tensionnelle (18). Le contexte relationnel dans lequel le suicide prend place a également son importance. Les ressources personnelles ou environnementales agissant en complémentarité, ou non, dans la genèse de l'acte suicidaire.

II.2. Définitions

Dans un premier temps, en nous basant sur le référentiel de psychiatrie, nous allons définir les concepts qui seront utilisés au cours de notre étude (24).

Tentative de suicide : « correspond à tout acte délibéré, visant à accomplir un geste de violence sur sa propre personne ou à ingérer une substance toxique ou des médicaments à une dose supérieure à la dose reconnue comme thérapeutique. Cet acte doit être inhabituel : les conduites addictives sont exclues ainsi que les automutilations répétées et les refus de s'alimenter ».

Le suicidant : « individu survivant à sa tentative de suicide »

Les idées suicidaires : « correspondent à la pensée de se donner la mort, à l'élaboration consciente d'un désir de mort qu'il soit actif ou passif. Quand ces idées sont exprimées, on parle de menace suicidaire »

Le suicidaire : « individu ayant des idées suicidaires ou exprimant des menaces suicidaires »

Les équivalents suicidaires : « conduites à risques mettant en jeu la vie du sujet sans qu'il en ait réellement conscience ».

Le suicide : « acte délibéré d'en finir avec sa propre vie, entraînant le décès de l'individu »

II.3. Épidémiologie

Nous allons dans cette partie faire un état des lieux des différentes études épidémiologiques et enquêtes de santé chez les adolescents, afin de décrire l'épidémiologie des tentatives de suicide, et des suicides chez les jeunes, au niveau international, national et local.

II.3.1. Épidémiologie des tentatives de suicide adolescents

L'épidémiologie des tentatives de suicide présente comme principale limite, que seules les tentatives de suicide déclarées par les adolescents, les médecins, et les jeunes hospitalisés pour des tentatives de suicide sont répertoriées. Le taux de tentatives de suicide est donc sous estimé. En effet, selon les données de l'Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense (ESCAPAD) réalisée en 2017, seulement un quart des tentatives de suicide déclarées au cours de la vie par les jeunes de 17 ans avaient donné lieu à une hospitalisation (25).

II.3.1.1. En France

Données issues des enquêtes ESCAPAD

On observe en France que l'idéation, la planification, et la tentative de suicide sont prédominantes chez les adolescentes avec un sexe ratio d'environ 2,5, alors que le suicide est environ 3 fois plus fréquent chez les garçons. Le suicide s'associe donc chez les garçons à des passages à l'acte plus violents (25).

En 2014, l'enquête ESCAPAD, réalisée dans le cadre de la journée de défense et citoyenneté, par auto-questionnaire auprès de 26 351 adolescents, révélait que 2,7% de l'ensemble des jeunes de 17 ans déclaraient avoir fait au cours de leur vie une tentative de suicide ayant entraîné une hospitalisation. Un adolescent sur dix (10,4%) déclarait avoir pensé au moins une fois au suicide au cours des douze derniers mois (**Tableau 1**).

En %

	Garçons	Filles	Ensemble	Rapport taux garçons/filles	Significativité
Pensées suicidaires	7,5	13,3	10,4	0,57	***
Tentative de suicide	1,7	3,8	2,7	0,45	***
État dépressif modéré	16,9	25	20,8	0,68	***
État dépressif sévère	3,6	7,1	5,3	0,51	***

Rapport taux garçons/filles.

*** p<0,001.

Champ • Français âgés de 17 ans en 2014, résidant en Métropole.

Source • Enquête ESCAPAD 2014.

Tableau 1: Pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les adolescents de 17 ans en 2014 (1)

Données issues du PMSI-MCO

Les données issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie et obstétrique (PMSI-MCO) de 2017 confirment l'importance du nombre de tentatives de suicide chez les adolescentes avec des taux standardisés annuels d'hospitalisation pour tentative de suicide particulièrement élevés parmi les filles de 15 à 19 ans (en moyenne 40 pour 10 000 contre des taux inférieurs à 15 pour 10 000 dans le reste de la population) (26).

Données issues de l'enquête ESPAD

Selon l'enquête European School Survey on Alcohol and Others Drugs (ESPAD) réalisée en 2015 en France, 9,5% des lycéens interrogés ont déclaré avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie, et 3% ont déclarés en avoir fait plusieurs.

Les lycéennes rapportent environ deux fois plus souvent des tentatives de suicide que les garçons (13% contre 6%). L'âge moyen lors de la première tentative est de 13,6 ans, sans différence entre filles (13,7 ans) et garçons (13,4 ans).

Environ 22,3% des lycéens qui ont déclaré une tentative de suicide rapportaient avoir été hospitalisés par la suite pour ce motif. Aucune différence n'apparaissait selon la classe dans laquelle se trouvait le lycéen.

En revanche, les lycéens en filière professionnelle étaient plus nombreux à déclarer des tentatives de suicide que les élèves en filières générale et technique (12% contre 8%) (1).

Données issues du baromètre de santé publique France

En 2017, selon le baromètre santé publique France, 7,2% des 18-75 ans déclaraient avoir tenté de se suicider au cours de leur vie (9,9% des femmes, et 4,4% des hommes).

La majorité des tentatives de suicide ont eu lieu avant l'âge de 25 ans (42,4% chez les hommes et 56% chez les femmes), et c'est entre 15 et 19 ans que la proportion de suicidants était la plus importante, avec 30,1% de femmes concernées et 19,5% d'hommes (27).

II.3.1.2. En Pays de la Loire

En Pays de la Loire, selon l'enquête ESCAPAD de 2014, 2,8% des jeunes de 17 ans ont commis une tentative de suicide au cours de leur vie, un taux statistiquement équivalent à celui de l'ensemble de la Métropole (1).

Toujours selon l'enquête ESCAPAD réalisée en 2014, en Pays de la Loire 10,9% des jeunes de 17 ans ont eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, un taux statistiquement équivalent à celui de l'ensemble de la Métropole.

Selon le PMSI-MCO, en Pays de la Loire, entre 2015 et 2017, le taux annuel d'hospitalisations pour tentative de suicide le plus élevé était observé chez les adolescentes âgées de 15-19 ans (368 pour 100 000).

En 2017, les données du réseau Organisation de la surveillance coordonnée des urgences (OSCOUR), qui répertoriaient les causes syndromiques des passages dans les structures d'urgences dans les Pays de la Loire, retrouvaient une surreprésentation des femmes dans toutes les classes d'âges concernant les recours pour tentative de suicide. Les adolescentes de 15 à 19 ans représentaient une part importante de celles-ci (28).

II.3.2. Épidémiologie des suicides adolescents

Le nombre de décès par suicide est sous-estimé du fait de la difficulté d'affirmer la nature intentionnelle d'un certain nombre de morts violentes.

De plus, en France, les certificats de décès ne sont pas toujours renvoyés au Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc), ou peuvent être renvoyés sans mention des causes du décès. Plusieurs instituts de médecine légale ne transmettent pas systématiquement les résultats des autopsies au CépiDc. De ce fait, un certain nombre de suicides sont comptabilisés en tant que décès de "causes inconnues" ou décès par "traumatisme et empoisonnement non déterminé quant à l'intention".

En France, la sous-estimation du nombre de suicides serait actuellement de près de 10% (29).

II.3.2.1. Épidémiologie des suicides adolescents dans le monde

Selon une étude réalisée sur des données mondiales de 2004, le taux de suicide mondial était de 6% de tous les décès chez les moins de 25 ans. Le suicide représente la 2ème cause de décès des 10-24 ans dans le monde après les accidents de la route.

Dans les pays à revenu élevé, les accidents de la circulation ont causé 32% des décès chez les hommes âgés de 10 à 24 ans. La violence et le suicide représentaient respectivement 10% et 15%. Chez les femmes, les accidents de la circulation (27%) et les suicides (12%) étaient les principales causes de décès.

Entre 10 et 14 ans, le suicide était la 10ème cause de décès soit 11 000 décès (2,0%).

Entre 15 et 19 ans, le suicide était la 2ème cause de décès, soit 60 000 décès (7.3%). Le suicide représentait la première cause de décès chez les filles (8,2%), et la troisième cause de décès chez les garçons (6,2%) (23).

II.3.2.2. Épidémiologie des suicides adolescents en Europe

Selon les données Eurostat, en 2016, en Europe (soit 28 pays) le taux de mortalité par suicide chez le 15-19 ans était de 4,22 pour 100 000 habitants.

Le taux de mortalité par suicide le plus élevé, était en Islande avec un taux de mortalité de 18,16 pour 100 000 habitants.

Les taux de mortalité par suicide les plus faibles, étaient en Grèce et au Portugal avec respectivement un taux de mortalité de 1,12 et 1,79 pour 100 000 habitants.

Comparativement, en France le taux de mortalité par suicide était de 3,37 pour 100 000 habitants.

La **Figure 1** ci-dessous donne un aperçu du taux de mortalité par suicide chez les 15-19 ans pour 100 000 habitants en 2016 par pays en Europe (30). On peut noter qu'il semblerait exister un gradient nord-sud, concernant le taux de mortalité dans les pays d'Europe.

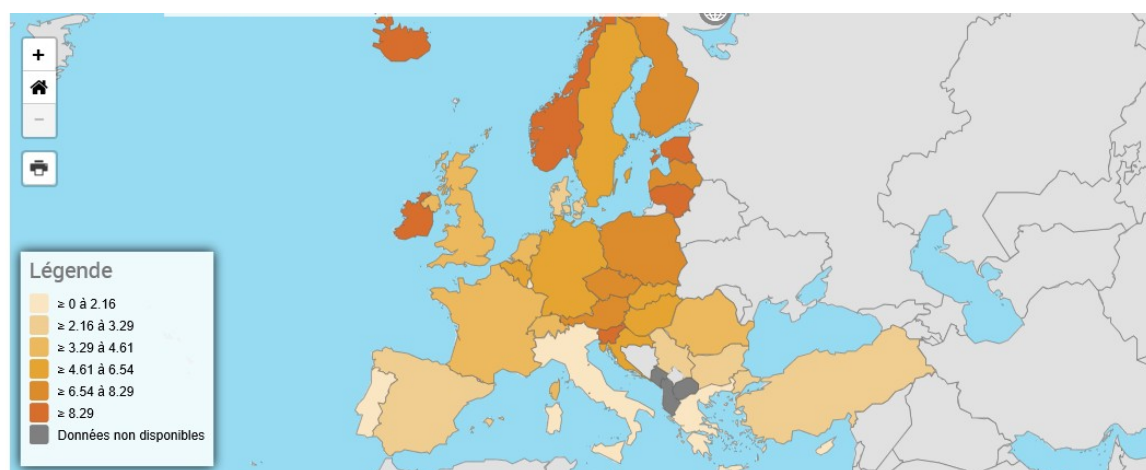


Figure 1 : Taux de mortalité par suicide chez les 15-19 ans pour 100 000 habitants en 2016 par pays (30)

II.3.2.3. Épidémiologie des suicides adolescents en France

En France, comme dans les pays industrialisés d'Amérique du Nord et du Pacifique, le suicide est la deuxième cause de décès derrière les accidents parmi les 15-24 ans (31).

Selon les données de l'Inserm, le suicide de l'enfant (moins de 14 ans) est rare, puis explose avec l'entrée dans l'adolescence.

En France, en 2014, chez les 1-14 ans, le suicide représentait 2,4%, de tous les décès (soit 27 décès). Il représentait 2,5% des décès chez les filles, et 2,4% chez les garçons.

Chez les 15-24 ans la part de décès par suicide en France, était de 16,2%, soit 373 décès. Le suicide représentait 15,0% des décès chez les filles soit 92 décès, et 16,6% des décès chez les garçons soit 281 décès .

Toujours selon les données de l'Inserm, on note une diminution de 17,6%, du taux standardisé de mortalité par suicide entre 1 et 14 ans entre 2003 et 2014

On observe également une diminution du taux standardisé de mortalité par suicide entre 15 et 24 ans de 39,0%, entre 2003 et 2014 (1).

II.3.2.4. Épidémiologie des suicides adolescents en Pays de la Loire

Entre 2013 et 2015, selon des données issues du CépiDc, 695 personnes de plus de 10 ans résidant en Pays de la Loire, se sont suicidées et 79% d'entre elles étaient des hommes (n=549).

Avec un taux standardisé de 21,3 suicides pour 100 000 habitants (36,1 pour 100 000 chez les hommes et 8,5 pour 100 000 chez les femmes), les Pays de la Loire se situaient parmi les régions les plus fortement touchées.

En Pays de la Loire, entre 2013 et 2015, les hommes représentaient 78% (1 653/2 116) des suicides et étaient majoritaires dans toutes les classes d'âge.

Les 45-54 ans représentaient presque le quart des suicides (n=501) et les 10-14 ans la plus petite part (0,2%, n=4). Les jeunes de 15 à 24 ans représentaient 4%.

En Pays de la Loire, entre 2013 et 2015, les suicides représentaient la plus forte part des causes de décès chez les jeunes : 16,9% chez les 15-19 ans, 21,8% chez les 20-24 ans, et 26,4% chez les 25 à 29 ans (28).

II.3.3. Les modes de tentatives de suicide et des suicides chez les adolescents en France

Pour les 15-24 ans, le décès par suicide est souvent la conséquence du recours à des moyens à fort potentiel létal. Chez les garçons la pendaison et l'usage d'arme à feu représentent plus des deux tiers des suicides. Chez les filles l'intoxication et la pendaison représentent plus de la moitié des suicides.

Concernant la tentative de suicide entre 15 et 24 ans, l'auto-intoxication médicamenteuse est de loin la méthode la plus utilisée. Le médicament utilisé est souvent le même qui a été prescrit à l'adolescent lors d'une précédente consultation. Les tentatives de suicide par phlébotomies justifient aussi un nombre conséquent d'hospitalisations (32).

II.3.4. Conclusion concernant l'épidémiologie des tentatives de suicide et les suicides chez les adolescents

On observe donc que environ 3% des adolescents déclarent avoir fait un tentative de suicide au cours de leur vie, et environ 10% auraient eu des idées suicidaires dans leur vie. Le suicide des adolescents représente en France la deuxième cause de mortalité. En Pays de la Loire ces chiffres se rapprochent des données nationales. Les idées suicidaires et les tentatives de suicide prédominent chez les adolescentes, alors que le suicide concerne plus les adolescents.

Ces données montrent donc l'importance de mener des actions de santé publique dans ce domaine.

Avant d'aborder les moyens de prévention existants, il est important de connaître les facteurs de risques et les facteurs protecteurs du risque suicidaire chez les adolescents.

II.4. Le suicide : Facteurs de risques et facteurs protecteurs

II.4.1. Les facteurs de risque de tentatives de suicide chez l'adolescent

Nous allons développer ici les facteurs de risque associés aux tentatives de suicide et aux passages à l'acte suicidaire.

II.4.1.1. Facteurs de risque individuels

II.4.1.1.1. Le genre

Dans plusieurs études le sexe féminin était plus représenté pour les tentatives de suicide. En effet les tentatives de suicide sont, selon l'étude ESCAPAD de 2014 et l'enquête ESPAD de 2015, environ 2 fois plus fréquentes chez les filles que chez les garçons (le rapport du taux de tentative de suicide garçons/filles était de 2,2) (1).

II.4.1.1.2. Antécédent de tentative de suicide et récurrence suicidaire

Le facteur de risque le plus puissant de tentative de suicide est représenté par l'existence d'une tentative de suicide antérieure avec un ODDS ratio entre 1,8 et 17 (33).

Il est également observé que plus la tentative de suicide est réalisée tôt, plus le risque de récurrence est élevé (34).

II.4.1.1.3. Pathologies psychiatriques

Une étude cas témoins d'enfants et d'adolescents suicidés réalisée en 2008, montre que le risque de suicide abouti est multiplié par environ 40 en cas de trouble dépressif, 7 en cas d'abus ou dépendance à l'alcool ou une autre substance, et 6 en cas de troubles perturbateurs (35).

Chez les adolescents ayant fait une tentative de suicide, on retrouve les mêmes facteurs psychiatriques. Notamment la dépression caractérisée, avec un risque de tentative de suicide multiplié par 11 comparativement à la population générale (36).

II.4.1.1.4. Consommation de tabac, d'alcool, et de substances illicites

Chez les garçons et les filles, les tentatives de suicide et les pensées suicidaires sont fortement associées à la consommation de tabac quotidienne, à la consommation de substances illicites, et dans une moindre mesure à l'usage régulier d'alcool (37).

II.4.1.1.5. Les troubles du sommeil

Une étude portant sur des jeunes âgés de 11 à 14 ans, a trouvé une corrélation entre réduction chronique du temps de sommeil et symptômes dépressifs (38).

Une autre étude réalisée sur des adolescents de 13 à 19 ans, aux États-Unis, mettait en évidence un lien significatif entre les problèmes de sommeil et le suicide (39).

X.Liu, par une étude réalisée en Chine en 2004 auprès d'adolescents scolarisés, indique et précise que dormir moins de huit heures par nuit est associé à un plus haut risque pour les adolescents de faire une tentative de suicide que chez les adolescents qui dorment neuf heures ou plus par nuit. Il indique également que les cauchemars fréquents étaient significativement associés à une augmentation du risque de tentative de suicide (40).

II.4.1.2. Facteurs somatiques et image corporelle

Le fait de présenter une maladie somatique et surtout de percevoir sa santé comme précaire multiplie par 3 le risque de tentative de suicide (41).

D'autres auteurs ont retrouvé que l'insatisfaction de l'image corporelle, et plus précisément la perception erronée de son poids, augmentait également le risque de tentative de suicide (33).

II.4.1.3. Facteurs familiaux

II.4.1.3.1. Structure familiale

Selon E.Janssen, qui s'était basé sur l'étude ESCAPAD de 2017, les adolescents vivant dans une famille avec deux parents présentaient un risque de tentative de suicide moindre que ceux issus de familles recomposées ou monoparentales. Pour les adolescents vivant dans une famille monoparentale l'ODDS ratio de tentative de suicide au cours de la vie était de 1,76 (IC95% [1,30-2,37]) pour les garçons, et de 1,67 (IC95% [1,39-2,01]) pour les filles. Pour les adolescents vivant dans une famille recomposée l'ODDS ratio de tentative de suicide au cours de la vie était de 1,43 (IC95% [0,93-2,20]) pour les garçons, et de 1,90 (IC95% [1,50-2,41]) pour les filles (37).

II.4.1.3.2. Antécédents familiaux de suicide ou de tentative de suicide

Le risque de suicide de l'adolescent est multiplié par 5 en cas de décès de la mère et par 2 en cas de décès du père (42).

Le suicide d'un parent ou d'un proche constitue un facteur de risque de tentative de suicide prolongé jusqu'à l'âge adulte, et immédiat à l'adolescence (33).

II.4.1.3.3. Psychopathologie parentale

Des taux élevés de psychopathologie parentale sont retrouvés en cas de suicide, d'idées suicidaires et de tentative de suicide chez l'adolescent. La dépression, notamment maternelle, et l'abus de substances toxiques chez les parents sont principalement retrouvés (43).

II.4.1.5. Facteurs environnementaux

II.4.1.5.1. Exposition au suicide ou à la tentative de suicide

Le risque de tentative de suicide suite à l'exposition à un suicide ou à une tentative de suicide, semble assez spécifique aux adolescents et jeunes adultes. L'impact de la « contagiosité » semblant s'atténuer, voire disparaître chez les plus de 24 ans.

Le risque de passage à l'acte suicidaire est d'autant plus grand que l'adolescent avait des liens de proximité affective avec la précédente victime.

Des séries de suicides semblent être rapportées chez des adolescents vivant en collectivité. Ce qui est le cas de la grande majorité des jeunes, ne serait-ce qu'au travers de la fréquentation d'un établissement scolaire (36).

II.4.1.5.2. Événements de vie négatifs et traumatiques

Les événements de vie négatifs peuvent être multiples. Par exemple, les difficultés scolaires, une rupture sentimentale, le décès d'un proche, des problèmes avec la justice, ou encore des conflits avec les proches.

Tous ces événements sont associés à un plus grand risque de suicide ou de tentative de suicide.

Des difficultés scolaires, un échec scolaire, et plus encore une rupture avec la scolarité, sont des facteurs de risque de suicide ou de tentative de suicide, mais habituellement associés aux autres facteurs précédemment cités, notamment la dépression (33).

Les facteurs traumatiques sont par exemple la violence physique, la maltraitance, et l'abus sexuel. Les antécédents d'agression ou le fait d'avoir été témoin d'agression sont des facteurs de risques d'idées suicidaires et de tentative de suicide. La violence intrafamiliale, que l'adolescent en soit la victime directe ou qu'il y soit exposé (assister à des scènes de violence entre les parents, voir un frère ou une sœur être maltraité) est corrélée avec un plus grand risque de tentative de suicide (43).

II.4.1.5.3. Qualité de la relation avec les pairs et capacités de communication

Le harcèlement (que l'adolescent en soit victime ou agresseur) multiplie par 6 le risque suicidaire (44).

Les adolescents se suicidant sont souvent confrontés à des difficultés relationnelles et semblent faire preuve d'une faible compétence pour résoudre les problèmes interpersonnels, ce qui témoigne d'une vulnérabilité relationnelle.

Plus généralement, l'incapacité à communiquer, et le refus d'aide sont des facteurs de risque de suicide (36).

II.4.1.6. Facteurs socio-économiques

Un faible niveau socio-économique des parents est un facteur de risque, mais qui ne persiste pas lorsque l'on prend en compte la qualité des relations intrafamiliales (33).

II.4.1.7. Conclusion concernant les facteurs de risque

La dépression présente l'association la plus forte, suivie du sexe (les filles étant surreprésentées) et de la structure familiale (les adolescents vivant dans une famille avec deux parents présentant des prévalences moindres que ceux issus de familles recomposées ou monoparentales). Les adolescents non scolarisés déclarent davantage d'idées suicidaires et de tentatives de suicide.

On observe également qu'idées suicidaires et tentatives de suicide sont associées à l'usage quotidien de tabac, à la consommation de substances illicites et, à l'usage régulier d'alcool.

Un défaut de la capacité à communiquer est un facteur de risque de suicide. L'intérêt de mise en place de compétences psychosociales auprès des adolescents paraît donc être un moyen d'action possible pour réduire le risque de passage à l'acte suicidaire.

II.4.2. Les facteurs protecteurs

II.4.2.1. Estime de soi

Une bonne estime de soi, c'est-à-dire le sentiment de se sentir utile et la perception de ses qualités personnelles, protège du risque suicidaire (45).

La conscience de soi et de son corps est un facteur protecteur contre la dépression (33).

II.4.2.2. Le soutien social et les capacités de communication

Le soutien social peut être vu sous 4 axes. Il peut être émotionnel (manifestation de confiance, empathie, amour), informationnel (informations, conseils), instrumental (assistance technique, financière) et réflexif (retour d'information sur soi-même par autrui).

Les adolescents suicidants sont souvent confrontés à un défaut de soutien social, à des difficultés relationnelles, et semblent faire preuve d'une faible compétence pour résoudre des problèmes avec des tiers (parents ou pairs) (36).

II.5. Le suicidant

II.5.1. Intérêt d'une approche psychopathologique du suicidant

Comme nous venons de le voir, les études psychiatriques ont montré des liens statistiques solides entre le suicide et les pathologies psychiatriques, et notamment avec la dépression et les addictions. Cependant, aucun lien de causalité n'a jamais été établi. Comment savoir si la dépression, les addictions et le suicide ne possèdent tout simplement pas des facteurs communs ?

Une étude ne montrant aucun lien entre syndrome dépressif et patients hospitalisés pour tentative de suicide est d'ailleurs intrigante. Le seul lien statistique identifiable était celui entre tentatives de suicide et antécédent de tentatives de suicide (46).

Le rajeunissement des suicidants ainsi que l'augmentation des tentatives de suicide, sans augmentation de la prévalence des dépressions depuis 1965 pose également question sur ce lien de causalité (47).

Une approche psychopathologique, recentrant le problème sur le sujet et son histoire, semble donc complémentaire à l'approche psychiatrique de la tentative de suicide.

II.5.2. Les arguments en faveur de l'approche psychopathologique du suicidant

En contrôlant les facteurs de risques statistiquement significatifs comme la dépression et l'addiction aux substances, on remarque que les adolescents ayant des attaques de panique avaient 3 fois plus d'idées suicidaires et ont fait 3 fois plus de tentatives de suicide (48).

L'augmentation des suicides des pré-adolescents, chez qui les pathologies psychiatriques telles que la dépression ou l'addiction aux substances sont habituellement absentes, et les conflits avec les pairs et les parents prédominant, confirment l'importance de la cognition et de l'affectivité dans la genèse de la tentative de suicide (49).

Une étude norvégienne de grande ampleur montrait un lien entre décalage dans le développement pubertaire (puberté précoce chez les filles, puberté retardée chez les garçons) et tentative de suicide (50).

Les travaux de J.Bowlby (51) ont montré l'importance des réactions de la figure d'attachement de l'enfant pour qu'il puisse acquérir un sentiment de sécurité satisfaisant. Le lien entre bas niveau de sécurité et suicide souligne l'importance de la nature de l'attachement d'un individu dans la genèse de l'acte suicidaire.

Une autre étude met en avant la vulnérabilité narcissique particulière de la majorité des suicidants (52).

Les études mettent donc en évidence des liens statistiques solides entre pathologies psychiatriques et suicide. Cependant, il est intéressant de remarquer que la dépression, la tentative de suicide ou les conduites addictives peuvent être des symptômes des failles de l'individu dans la construction de son rapport au monde (vulnérabilité narcissique, bas niveau du sentiment de sécurité, puberté précoce,...).

Le problème du suicide est complexe et nécessite de comprendre l'individu dans sa globalité.

II.5.3. La question des auto-mutilations : facteur de risque ou facteur protecteur ?

Les adolescents engagés dans des scarifications sont plus à risques de tentative de suicide (53) (54) (55).

La question est de savoir si les automutilations sont un facteur de vulnérabilité ou un facteur protecteur dans la genèse du risque suicidaire. Les avis divergent. Certains auteurs sont d'avis que leur caractère irrépressible et l'isolement qu'elles provoquent amènent à l'acte suicidaire (56), d'autres que les automutilations sont un moyen de lutte contre le passage à l'acte. Des études montrent une meilleure verbalisation, un meilleur fonctionnement psychique, et un verrouillage de « l'agir » grâce à l'automutilation dans les moments de crise.

Les tentatives de suicide et les scarifications possèdent des facteurs de risques communs avec en priorité la dépression, mais aucune conclusion ne peut être établie quand à un éventuel lien de causalité entre les scarifications et les tentatives de suicide (54).

II.6. L'acte suicidaire

II.6.1. La crise suicidaire

II.6.1.1. Définition

La crise suicidaire est un moment de crise psychique qui survient dans un contexte particulier.

Ce contexte résulte d'un épuisement des mécanismes d'ajustement de l'individu face aux événements extérieurs, qui est face à un échec successif des alternatives pouvant lui permettre d'aller mieux. Une fois toutes les alternatives épuisées, le suicide semble être l'unique solution pour sortir de la crise. La **Figure 2** présente ci dessous illustre le mécanisme d'épuisement des différentes alternatives précédant la crise suicidaire.

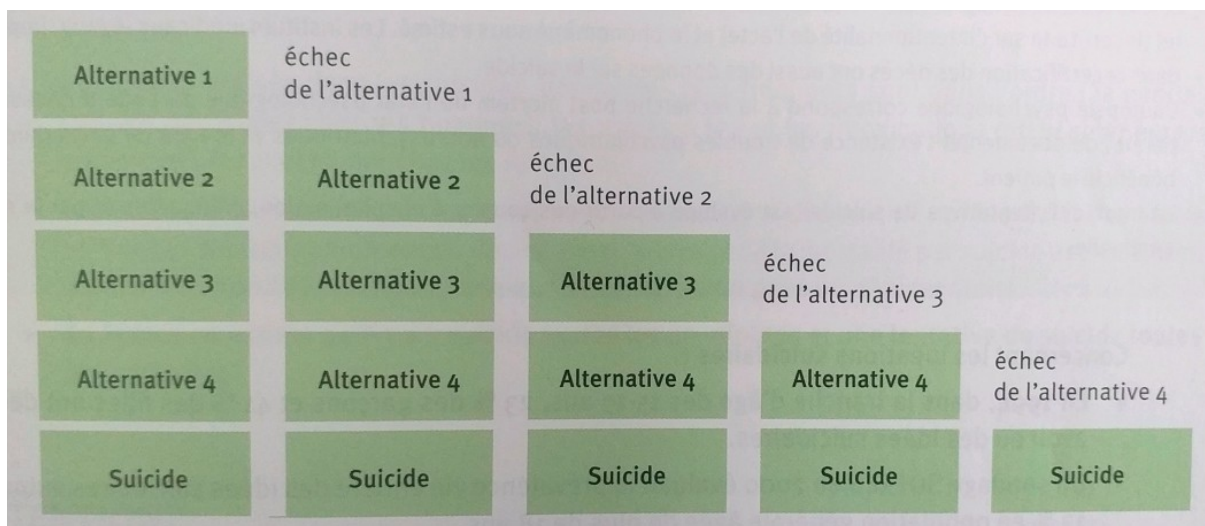


Figure 2 : Illustration du mécanisme d'épuisement des différentes alternatives précédant la crise suicidaire (32).

La crise suicidaire est réversible et temporaire, et le suicide comme alternative possible en fait toute la gravité (24).

Spécifions que l'acte suicidaire a pour but mettre fin à une tension psychique devenue insupportable, il ne correspond pas à un véritable désir de mort, d'autant plus chez l'adolescent.

II.6.1.2. Particularités de la crise suicidaire chez l'adolescent

II.6.1.2.1. L'adolescent réagit avec plus de virulence aux événements extérieurs.

L'adolescent a tendance à voir le moment présent comme quelque chose d'immuable contrairement à l'adulte qui a le recul nécessaire pour comprendre que les souffrances s'estompent avec le temps (12).

En envisageant peu les alternatives possibles au suicide, l'adolescent pourrait avoir tendance à passer plus rapidement à l'acte.

II.6.1.2.2. L'adolescent entretient un rapport particulier à la mort

A l'adolescence, le jeune demeure marqué par une image de la mort qui ne le concerne pas vraiment. Il vit longtemps dans un sentiment d'immortalité.

Les paroles prononcées après une tentative de suicide montrent en effet que le jeune n'a pas intégré dans son geste l'irréversibilité de la mort. La tentative de suicide est souvent un moyen de faire réagir son entourage : « Je voulais que mon père fasse enfin attention à moi » ; « je voulais faire bouger ma mère ».

En situation de détresse, elle est également la recherche d'un ailleurs, d'un lieu éloigné des souffrances : « Je voulais dormir » ; « Je voulais que ça s'arrête » ; « Je voulais me tuer mais pas forcément mourir ».

Parfois le suicide est même le résultat d'une pensée très ambivalente, qui consiste à penser que le suicide est le seul moyen de reprendre le contrôle de sa vie (12).

I.Orbach et H.Glaubman montrent que les jeunes, suicidants ou non, ont un rapport faussé à la mort. Cette tendance serait décuplée chez les suicidants. Dans leur étude, les enfants suicidaires montraient une croyance dans le retour à la vie après la mort plus importante que les deux autres groupes. Ils interprètent cette déformation de la représentation comme un mécanisme de défense contre des idées de mort qui seraient angoissantes. L'enfant se protégerait contre la menace de sa propre mort en envisageant la mort comme une autre forme de vie. Selon leur hypothèse, la distorsion de cette représentation serait due à un dysfonctionnement cognitif (57).

II.6.1.2.3. Reprendre le contrôle

Le suicide, par l'attaque du corps, est également considéré comme un moyen de reprendre la maîtrise des événements et de mettre fin au sentiment de passivité. Il permet de faire face au sentiment d'impuissance provoqué par un corps imparfait physiologiquement (18).

Que ce soit pour mettre fin à une tension psychique ou pour reprendre le contrôle d'une vie qui lui échappe, l'adolescent n'envisage pas l'irréversibilité de son geste. Ce qui fait toute la gravité du suicide à cet âge.

II.6.1.3. Manifestation de la crise suicidaire chez l'adolescent

Selon le référentiel de psychiatrie (24), la crise suicidaire chez l'adolescent peut se manifester par différents signes. On peut noter par exemple :

- La baisse des résultats scolaires
- L'hyperactivité
- L'attirance pour la marginalité
- Les conduites excessives ou déviantes
- Les conduites ordaliques (le sujet met sa vie entre les mains du hasard)
- Des troubles du comportement alimentaire
- Une hétéro ou auto agressivité
- Des fugues
- Des propos écrits avec des allusions directes ou indirectes telles que « vous allez avoir la paix ».
- Des comportements de retraits avec isolement affectif.

II.6.1.4. Cas des équivalents suicidaires

L'équivalent suicidaire est une autre stratégie pour sortir de la crise suicidaire.

Les prises de risques ou les conduites ordaliques accompagnées d'idées suicidaires peuvent être considérés comme des équivalents suicidaires.

Une étude en faveur de cette considération, montre que les adolescents ayant eu au moins deux accidents présentent plus de troubles anxio-dépressifs (58).

III. LA PRÉVENTION DU SUICIDE ADOLESCENT

III.1. Concepts de préventions

Selon l’OMS, la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents, et des handicaps.

III.1.1. Le concept de prévention primaire, secondaire, et tertiaire

- La prévention primaire est l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et à donc réduire, autant que faire se peut les risques d'apparition de nouveaux cas. Sont donc pris en compte à ce stade de la prévention les conduites individuelles à risque, comme les risques en terme environnementaux ou sociétaux.

- La prévention secondaire est l'ensemble des actes visant à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Ce stade recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque.

- La prévention tertiaire intervient à un stade où il importe de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie.

III.1.2. Le concept de prévention universelle, sélective, et indiquée

Dans un rapport réalisé en 1994 sur la recherche en prévention, l'Institute of Medicine de Washington a proposé un nouveau cadre de classification pour la prévention, basé sur un modèle proposé par RS.Gordon en 1982. Au lieu d'utiliser les notions de prévention primaire, secondaire, et tertiaire, les auteurs proposent le concept de prévention universelle, sélective (ou prévention choisie) et indiquée. Ce concept se réfère plutôt aux groupes sur lesquels on peut agir plutôt que directement sur l'évènement à prévenir.

- La prévention universelle : Ce type de prévention vise la population générale ou certains groupes (une communauté, les écoles) sans tenir compte des risques individuels. En effet, tous les membres de la population partagent, en principe, au minimum un même « risque général » face à un problème identifié. Le but premier de la prévention universelle est de fournir à tous les individus d'une population, de l'information et des compétences pour réduire l'importance du problème visé. On peut citer comme exemples de prévention universelle, les campagnes médiatiques (radio, télévision, presse écrite) d'information et les programmes de prévention enseignés à tous les élèves d'une école.

- La prévention sélective ou prévention choisie : Ce type de prévention concerne les individus que l'on considère comme les plus exposés au problème visé, c'est-à-dire qui présentent un ou plusieurs facteurs de risque connus. Les groupes à risques cibles peuvent donc être, par exemple, les adolescents, les personnes de sexe masculin, les consommateurs de drogues ou les personnes ayant subi des sévices physiques.

- La prévention indiquée : Ce type de prévention vise les personnes ayant déjà manifesté un ou des comportements associés au problème visé. Ici, l'intervention se situe au niveau de l'individu et s'intéresse donc à ses propres facteurs de risque.

III.2. Les programmes et les types d'interventions de prévention du suicide

La prévention du suicide dans la population générale représente une priorité au niveau mondial, comme l'indique l'OMS, dans son rapport « Prévention du suicide, l'état d'urgence mondial » publié en 2014. En effet l'OMS élève la prévention du suicide au rang des priorités de santé publique et promeut la mise en place d'une stratégie d'intervention adossée à une « approche multisectorielle et globale du suicide impliquant toutes les parties prenantes et tous les secteurs concernés » (59).

III.2.1. Synthèse de la littérature sur les interventions efficaces

Une revue de littérature sur les moyens d'action réalisée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) (60) a permis de cibler les modalités d'action qui ont un impact avéré sur la prévention du risque suicidaire :

- La restriction de l'accès aux moyens létaux, d'une manière générale (au niveau national) mais également et surtout dans le cadre de vie des personnes considérées à risque (au niveau local ou individuel). La restriction de l'accès aux moyens létaux est citée comme l'une des trois meilleures pratiques de prévention du suicide (61).

- Le maintien d'un contact avec les personnes à risque, en particulier à la suite d'une tentative de suicide. Le contact doit persister sur une période suffisamment longue. Les modalités d'intervention les plus efficaces impliquent un nombre important de contacts sur une période relativement longue. Ces contacts doivent être à l'initiative des soignants et avoir une dimension relationnelle et personnelle.

- Les lignes d'appels téléphoniques et numéros d'urgence, et leur déclinaison au niveau local pour orienter vers des dispositifs d'aide ciblés en fonction des publics (âge et genre). Il est important de les distinguer des simples « lignes d'écoute » dont l'efficacité n'est pas démontrée. Elles ont

toutefois un impact positif sur la réduction des taux de suicide, mais la recherche demeure extrêmement limitée autour de ces pratiques.

- La formation de tous les médecins généralistes d'un territoire à la prise en charge des troubles dépressifs. Mais aussi la formation au repérage de la crise suicidaire des professionnels au contact direct des personnes à risque (notamment dans les institutions).

- La réorganisation des soins autour d'interventions efficaces durant la phase de traitement des patients. Les interventions sociales basées sur des sentinelles pour les suicidants n'ont montré qu'une efficacité limitée, à la différence d'interventions reposant sur un suivi individualisé, intensif et de long terme (plusieurs semaines) par un professionnel de santé.

- L'information du grand public qui doit être ciblée sur les facteurs de risque du suicide (et non sur le suicide en lui-même), tout particulièrement la dépression. Cette information doit être déclinée au niveau local avec une information utilisable localement sur les lieux de prise en charge et de soin. Les campagnes d'information du grand public montrent des effets positifs dans la mesure où celles-ci visent les facteurs de risque du suicide (tels que la dépression) et non directement la prévention du suicide, et à condition qu'elles soient directement associées à une offre de prise en charge.

- Les programmes en milieu scolaire. L'évaluation des interventions ciblées sur les élèves à risque en milieu scolaire montre que la formation d'adultes peut être bénéfique mais également suffisante. Les programmes de soutien par les pairs ne semblent pas apporter de valeur ajoutée. Le risque de stigmatisation et de dévoilement d'une souffrance dans un environnement qui n'est pas toujours sécurisant (par exemple l'école) et le risque d'accroître le sentiment de culpabilité des adolescents confrontés à la tentative de suicide d'un pair plaident d'ailleurs pour une utilisation prudente des programmes s'appuyant sur les pairs.

III.2.2. Programme national d'action contre le suicide en 2011-2014

Le programme national d'action contre le suicide, piloté par la direction générale de la santé aborde la prévention du suicide dans sa globalité et décline 6 axes, 21 mesures et 49 actions visant une prise en charge globale :

- Développement de la prévention et de la postvention
- Amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire et de leur entourage
- Information et communication autour de la santé mentale et de la prévention du suicide
- Formation des professionnels
- Développement des études et de la recherche
- Suivi et animation du programme au niveau local.

La mise en place de l'Observatoire National du Suicide en septembre 2013 a notamment pour objectif de renforcer les relations entre les différents acteurs concernés.

III.3. Un manque d'uniformisation et d'évaluation des méthodes de prévention du risque suicidaire

Selon le rapport de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) concernant la prévention du risque suicidaire chez l'adolescent, les dispositifs sont hétérogènes d'un territoire à l'autre, insuffisamment répertoriés et diffusés, et font rarement l'objet d'une évaluation scientifique (29).

La direction générale de la santé a réalisé en 2015 une synthèse des initiatives régionales contre le suicide au cours de la période 2011-2014 (62).

Les interventions en milieu scolaire sont les plus nombreuses. Elles sont réalisées soit par l'Instance Régionale d'Éducation et de Promotion Santé (IREPS), soit par des associations spécialisées en lien avec le rectorat. Les interventions sont diverses et souvent accompagnées d'un volet de développement des compétences psychosociales des élèves.

Les actions ne manquent pas mais les évaluations de ces dispositifs sont insuffisantes en France comme à l'étranger (63).

Sans parler du dépistage du risque suicidaire à proprement dit, il existe cependant des obligations légales auxquelles doivent répondre les établissements secondaires, et qui participent au repérage des adolescents en souffrance :

- Visite de dépistage obligatoire à l'entrée en sixième (article L.541-1 du code de l'éducation, articles L.1413-4, L.2112-5 et L.2132-1, R.4311-1 du code de santé publique). Ce dépistage inclus le repérage de possibles souffrances psychiques.
- Les Comités d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté (CESC) prévus par les articles R.421-46 et R.421-47 du code de l'éducation. Au cours des CESC seront discutés les sujets posant problèmes et pouvant être à l'origine de mal être chez certains élèves (harcèlement, violences physiques ou verbales...)

III.4. Exemples d'interventions existantes pour la prévention et le repérage du risque suicidaire en milieu scolaire

L'école constitue un milieu intéressant pour intervenir car les élèves y passent beaucoup de temps. Il existe une multitude d'interventions pour la prévention et le repérage du risque suicidaire en

milieu scolaire. Nous allons ici nous intéresser plus particulièrement à 3 types d'interventions en milieu scolaire ayant un lien avec notre sujet:

- Le développement des compétences psychosociales
- Le dépistage par auto-questionnaire
- La formation de sentinelles destinées au repérage des jeunes en souffrance

III.4.1. Le développement des compétences psychosociales

L'OMS a défini en 1993 les compétences psychosociales comme « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. »

Ces compétences essentielles sont étroitement liées à l'estime de soi et aux compétences relationnelles des adolescents.

L'OMS en identifie 10 principales, qui fonctionnent par paires :

- Savoir résoudre les problèmes / Savoir prendre des décisions
- Avoir une pensée critique / Avoir une pensée créatrice
- Savoir communiquer efficacement / Être habile dans les relations interpersonnelles
- Avoir conscience de soi / Avoir de l'empathie pour les autres
- Savoir gérer son stress / Savoir gérer ses émotions

Développer ses compétences psychosociales permet à l'enfant de mieux lutter contre les difficultés de la vie quotidienne, de travailler sa résilience (vivre et se développer malgré l'adversité) et de mieux gérer ses relations avec les autres.

En France, le développement des compétences psychosociales est la priorité du Programme national d'actions contre le suicide (mis en place entre 2011 et 2014). Il s'intègre dans les axes du parcours éducatif à la santé mis en place depuis la rentrée 2016 dans les collèges et lycées.

Certaines mesures sont en cours d'évaluation, comme par exemple en Pays de la Loire, où l'IREPS met en œuvre un programme de renforcement des compétences psychosociales des 7-12 ans en milieu scolaire. Il dure en moyenne 18 heures sur deux années consécutives, entre le CE2 et la 5ème.

Beaucoup de ces programmes ne visent pas explicitement la diminution de problèmes en particulier mais l'amélioration du bien-être des élèves. Dans certains domaines comme celui de la consommation de drogue, ou des comportements protecteurs en matière de sexualité, ils ont parfois

des effets durables. En effet une étude a démontré une diminution significative des idées suicidaires dans un groupe d'élèves bénéficiant de telles approches par rapport à un groupe contrôle (64).

III.4.2. Le dépistage du risque suicidaire par auto-questionnaires

Selon la littérature, c'est une méthode efficace pour repérer des situations à risques (65). Cette méthode est également efficace pour que les jeunes soient pris en charges (66).

Néanmoins, l'étude européenne SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe) ne montre pas d'efficacité significative des auto-questionnaires concernant le repérage des idées suicidaires ou des tentatives de suicide (67).

Cette méthode de dépistage à l'inconvénient d'avoir beaucoup de faux positifs mais permet cependant de repérer des adolescents qui n'aurait pas été repérés autrement. Elle permet également, si elle est incluse dans un cadre plus large de prévention et de repérage du risque suicidaire d'aborder le sujet du mal-être avec les adolescents.

Une multitude de ces questionnaires existent et il est important de connaître leur sensibilité et leur spécificité.

III.4.3. La formation de sentinelles

La formation de « sentinelles » consiste à former les adultes travaillant auprès des jeunes, les parents, ou même leurs pairs au repérage de comportements inquiétants (changement de comportement, expression d'idées noires...).

Il ne s'agit donc pas dans de telles situations de faire du dépistage systématique, mais de donner au personnel scolaire les moyens d'intervenir en cas de crise, auprès de jeunes qui donnent des messages de détresse et de souffrance.

Dans certaines interventions, les pairs peuvent également être formés au repérage. Ceux-ci sont invités à repérer parmi leurs camarades ceux qui exprimeraient une souffrance psychique et à les inciter à consulter. Ces programmes sont assez lourds à mettre en place et à maintenir. De plus ils n'ont pas apporté de preuves convaincantes de leur efficacité. Ils posent également, en confiant de telles responsabilités à des mineurs, des questions psychologiques et éthiques importantes qui ne doivent pas être mésestimées.

Une étude a montré que la formation d'adultes sentinelles était peu durable dans le temps. Les personnes formées qui ne pratiquaient pas de repérage perdaient rapidement leurs compétences, et seule les personnes qui communiquaient déjà avec les adolescents avant l'étude continuaient à utiliser ces outils à distance de la formation (68).

Cependant le programme SOS (Signs of Suicide), développé dans des collèges et lycées américains, semble montrer que la formation de sentinelles de la même classe d'âge que les élèves concernés montre une certaine efficacité. Il est destiné à former des pairs sentinelles, et est composé d'un cours de connaissances sur la dépression, le suicide, les outils de repérage, et les solutions possibles. Ce programme est organisé sur deux jours, et est dispensé à l'ensemble des élèves. Le message pédagogique insiste sur l'importance de reconnaître les signes de dépression ou les idées suicidaires chez un ami, de faire savoir à l'ami en question qu'on se préoccupe de son état, et d'informer un adulte responsable. Une évaluation montre une augmentation du recours aux IDE scolaires et CPE dans le mois suivant la formation (69).

La formation de pairs sentinelles est donc très discutée, et son efficacité reste encore à prouver, mais elle est une approche intéressante qui mérite d'être explorée.

III.4.3. Les programmes de prévention existants dans nos lieux d'interventions

III.4.3.1. Collège René Bernier (entretien auprès de l'infirmière scolaire Mme Clergeau)

Un premier bilan de santé a lieu au cours de l'année de sixième. Cet entretien consiste à prendre des mesures biométriques et à établir un premier contact avec l'élève. C'est également le moment de faire le point sur son entourage familial et ses conditions de vie.

L'entretien vise également à savoir comment l'élève se sent dans son collège et s'il présente des signes de souffrance psychique.

Les nouveaux élèves du collège sont systématiquement vu en entretien par l'infirmière scolaire.

Par la suite, une attention particulière est portée auprès des élèves qui se présentent régulièrement à l'infirmerie. Parfois, certains s'y rendent quotidiennement. Certains élèves sont adressés à l'infirmerie par des adultes de l'équipe pédagogique ou par un adulte travaillant dans l'environnement immédiat des élèves (surveillant, cuisinier, personnel d'entretien...).

Une cellule de veille a lieu une à deux fois par trimestre. Elle réunit le conseil principal d'éducation, le principal et le principal adjoint, la conseillère d'orientation. La situation de certains élèves y est abordée : absentéisme, échec scolaire, problèmes de comportements pendant ou en dehors des cours, les prises de risques, les comportements d'oppositions.

Le CESC a lieu une fois par trimestre. Les sujets posant problème dans le collège y sont abordés : violences physiques, jeux dangereux,...

En classe de 5ème débute le développement des compétences psychosociales qui permettent aux élèves de mieux gérer leurs émotions et les problématiques personnelles auxquels ils font face. Cet apprentissage prend différentes formes : ateliers, développement de l'estime de soi. Il prend la forme d'interventions régulières (3 à 4 par an) réalisées en demi-classe.

Ce travail en groupes restreints au contact des adultes permet de repérer des élèves en difficultés.

En classe de 3ème a lieu une sensibilisation à l'éducation affective et sexuelle. Elle est obligatoire dans le programme.

III.4.3.2. Collège Condorcet (entretien auprès de l'infirmière scolaire Mme Cencier)

A la suite d'un questionnaire réalisé auprès des élèves du collège en 2011, intitulé « inquiétudes des élèves », il est mis en évidence que le principal stress des élèves concerne leur orientation future.

Par la suite plusieurs séances sont réalisées avec la maison des adolescents et les élèves pour aborder leurs sources de stress. 5 séances d'1h30 sur une année permettent de dialoguer avec les élèves du collège concernant leur orientation, et leurs inquiétudes.

Depuis 2014, et la réforme des programmes scolaires, plusieurs séances concernant le développement des compétences psychosociales sont dispensées par un enseignant d'Histoire Géographie. En classe de 6ème, les séances sont axées sur la communication (orale, écrite, et corporelle). Elles peuvent se résumer par « je mets un mot sur une émotion ».

En classe de 5ème, les séances abordent la définition du conflit, avec notamment la gestion et l'évitement de celui-ci. Elles sont résumées par « j'apprends à faire mes propres choix ». Une intervention sur la consommation d'alcool et de drogues est incluse dans ces séances.

En classes de 4ème et 3ème, des séances d'éducation morale et civique abordent plusieurs sujets tels l'éducation à la sexualité et la vie affective, le harcèlement, l'homophobie, le cyberharcèlement, l'égalité homme/femme, et le sexisme.

Les axes de préventions y sont donc variés, avec pour but le développement des compétences psychosociales.

Deux axes de prévention font l'objet de plus d'attention du fait de la réalité du territoire de Saint-Philibert de Grand Lieux. En effet les deux principaux risques chez les 18-25 ans sont les accidents de la route, et la consommation d'alcool. Ces risques sont donc abordés dès le plus jeune âge, en classes de 4ème et 3ème.

IV. JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE

IV.1. Dépister les idées suicidaire, une nécessité

Selon une étude concernant des adolescents de 13 à 18 ans, un tiers de ceux présentant des idées suicidaires ont fait une tentative de suicide. La **Figure 3** montre le lien étroit entre les idées suicidaires (Ideation), la planification (Plan) et les tentatives de suicide (Attempt). On note une croissance exponentielle entre 12 et 15 ans, classe d'âge encadrant d'ailleurs la population de notre étude (70).

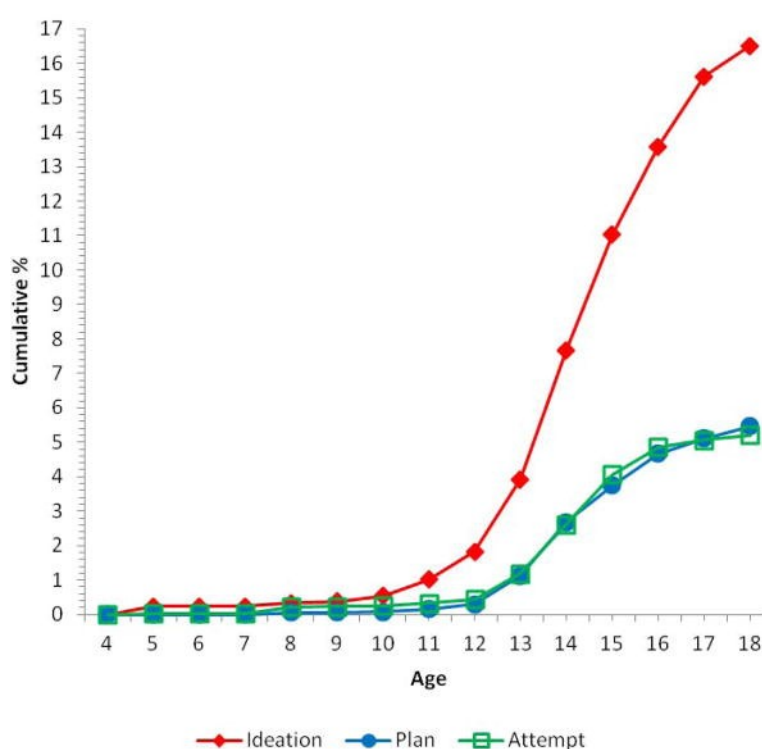


Figure 3: Courbes d'âge d'apparition des comportements suicidaires. Les valeurs sont toutes 0,0 pour les années 1 à 4 (84)

IV.2. Difficultés pour le médecin traitant de dépister le risque suicidaire chez l'adolescent

IV.2.1. Les adolescents et leur médecin traitant

D'après l'enquête adolescent 1993 (71), 94,2% des adolescents ont consulté un professionnel de santé dans l'année. 74,8% ont vu leur généraliste, et 6,5% ont vu un pédiatre. Parmi les professionnels de santé, le médecin généraliste est donc un interlocuteur privilégié de l'adolescent.

Ils se tournent également vers d'autres interlocuteurs : 18,1% ont vu le médecin scolaire, 43,4% l'infirmière scolaire, 4% un psychologue ou un psychiatre et 6,7% l'assistance sociale.

Les principaux motifs de consultation des adolescents concernent des problèmes somatiques ou des demandes de certificat. Les recours pour un motif d'ordre psychologique sont plus rares. Dans une étude réalisée par la DREES en juin 2004, 3% des consultations des 13-24 ans concernaient leur santé mentale (72). Dans une étude plus récente réalisée en Suisse, les consultations pour des motifs psychologiques représentaient 8% des motifs de consultations chez des individus de 18 +/- 2,5 ans (73).

Une thèse réalisée par Tsiouazololo Djonkou C. a montré que les adolescents se confiaient peu à leur généraliste en cas de mal-être (74).

Lacotte Marly E. a confirmé cette idée en montrant que 84% des adolescents qui se sentaient déprimés ne parlaient pas de ce ressenti avec leur médecin traitant. Par ailleurs, 31% des jeunes interrogés disaient avoir déjà pensé au suicide et 90% d'entre eux n'en avaient pas parlé à leur médecin traitant. 74% d'entre eux ne se confieraient pas à leur médecin traitant s'ils avaient des problèmes personnels (75).

Cependant, le médecin traitant reste le mieux placé pour comprendre et prévenir les situations de souffrance chez un adolescent. Il connaît bien son contexte familial et ses antécédents personnels, qui lui permettent de réaliser un dépistage ciblé chez les adolescents à risques.

Nous allons développer par la suite les barrières pouvant expliquer les difficultés pour l'adolescent à se confier au médecin généraliste.

IV.2.2. Barrières dans la relation médecin-adolescent

IV.2.2.1. Barrières liées au médecin

Des difficultés existent dans les rapports médecin-adolescent. Selon l'enquête de Jacobson L. (76), les jeunes avaient l'impression d'être considérés comme une population définie uniquement par leur

âge. Ils reprochaient aux médecins de les inclure dans un cadre épidémiologique et préventif plus que dans une démarche individuelle incluant leur singularité.

D'après P.Binder, il existe souvent un quiproquo entre le médecin généraliste et l'adolescent. Le médecin remarque que derrière le symptôme de l'adolescent il existe une souffrance psychologique mais il n'aborde pas le sujet par peur d'être ingérant. L'adolescent considère au contraire que son symptôme est justement un moyen d'aborder son mal-être.

Si le motif de la consultation est administratif ou préventif, le médecin va au-delà du motif initial de la consultation moins d'une fois sur deux et lorsque le motif est somatique une fois sur trois. De plus, ces ouvertures n'abordent les questions psychologiques que dans 4% des consultations (77).

En général, le médecin généraliste évoque le risque suicidaire avec le patient uniquement lorsqu'il est face à un état dépressif. Hors, nous savons que la moitié des suicides ont lieu hors d'un état dépressif caractérisé (77).

Ces chiffres nous interpellent et amènent à se questionner sur la nécessité d'aborder le risque suicidaire de manière systématique dans la consultation de l'adolescent.

La consultation des adolescents est généralement brève, centrée sur des problèmes somatiques, et une grande part de la thérapeutique est centrée sur la prescription médicamenteuse (78).

Selon la DREES, le temps de consultation pour la tranche d'âge des 7-14 ans était estimé à 13,5 minutes, pour celle des 15-24 ans à 13,9 minutes. Pour les patients plus âgées, il dépassait les 15 minutes (79) (80). Or, il est démontré que plus le temps de consultation des médecins généralistes est long et plus ils se consacrent à l'entretien social et aux problèmes psychosociaux (81).

Ces données peuvent expliquer le sentiment de frustration des adolescents à la fin de leur consultation. Ils déclarent n'avoir pas dit ce qu'ils souhaitent dans 30% des cas et jusqu'à 45% des cas dans les groupes à risques suicidaires (75).

IV.2.2.2. Barrières liées à l'adolescent

Le Champ d'action du médecin généraliste est mal connu des adolescents. Si 92% des adolescents pensent que leur médecin peut les aider sur leur santé physique, ils ne sont que 55% à le penser pour une problématique sexuelle, et seulement 32% pour une éventuelle dépression (75).

Les adolescents peuvent être réticents à évoquer des questions intimes auprès des médecins les connaissant depuis tout petit et soignant leur famille. Dans sa recherche d'autonomie, l'adolescent cherche à prendre de la distance avec sa famille mais le médecin généraliste semble représenter le mouvement inverse en lui rappelant son rôle d'enfant (7). Par ailleurs, à 18 ans, 2/3 des rendez vous sont demandés par les parents (82). Or, l'adolescent préfère être autonome dans ses demandes et se confiera d'avantage s'il est à l'initiative de la consultation.

Les adolescents connaissent mal leurs droits

Ils viennent souvent accompagnés de leurs parents en consultation (51% des filles et 61% des garçon) (77). Cependant, dans une thèse, sur 138 adolescents accompagnés en consultation, le médecin a demandé au tiers de sortir pour seulement 8 d'entre elles (83). Or, les adolescents préféreraient être seuls en consultation quand il s'agissait d'aborder des sujets intimes et seulement 50% connaissaient la loi du 4 mars 2002 leur permettant de consulter sans que leurs parents en soient informés (84).

L'obligation du secret professionnel n'est pas toujours connu des adolescents. 29% des jeunes en sont réellement informés par leur médecin traitant (75). Cela peut également constituer un frein dans la relation car pour 80% de jeunes, la confidentialité est l'aspect le plus important d'un service de santé (85).

IV.2.3. Choix de la tranche d'âge et du lieu d'intervention

Les données de la littérature concernant les idées suicidaires et les tentatives de suicide sont nombreuses concernant les adolescents de 15 à 17 ans, mais peu de données sont disponibles concernant les jeunes de 13 à 14 ans. Nous avons retrouvé deux études ayant étudié le risque suicidaire dans cette classe d'âge mais leurs résultats divergent. L'une retrouve une augmentation du risque suicidaire entre 12 et 17 ans (70), l'autre observe un risque suicidaire plus élevé à 14-15 ans que chez les adolescents plus âgés (86).

Le milieu scolaire est l'endroit le plus fréquenté par les jeunes en France puisque le taux de scolarisation est de 98,5% pour les garçons et de 99% pour les filles à l'âge de 14 ans (87).

C'est pourquoi nous nous sommes intéressés dans notre travail aux adolescents scolarisés dans les classes de 4ème et 3ème, correspondant majoritairement à la tranche d'âge des 13-14 ans.

IV.3. Utilisation du « BITS test » pour le dépistage des idées suicidaires

IV.3.1. Origine du BITS test

Nous avons constaté les difficultés pour les médecins généralistes d'appréhender l'état psychique des adolescents. Des tests ayant pour but de faciliter ce dépistage existent. Le Test Traumatologie Sommeil Tabac Stress Cauchemars Aggression Fumeur quotidien Absentéisme Ressenti Désagréable familial ou TSTS-CAFARD (**Annexe 1**), validé par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2014 (88), propose une aide au dépistage des idées suicidaires (89).

Deux réponses positives au test sont associées à une probabilité de 50% pour les filles et plus de 30% pour les garçons d'avoir déjà eu des idées ou actes suicidaires. Même si ce test n'aborde jamais de front le thème des idées ou actes suicidaires, il peut être utilisé pour leur dépistage.

Ce test a été élaboré sur des données de 1999 qui sont en partie devenues obsolètes au vu des modifications importantes de la société.

Une nouvelle forme d'agression est apparu depuis la naissance et l'expansion des réseaux sociaux : le cyber-harcèlement. Des études montrent qu'il augmente la prévalence de certaines maladies comme la dépression (90). Le cyber-harcèlement est corrélé à un risque de tentative de suicide 5 fois supérieur. Le risque suicidaire est également plus élevé en cas de cyber-harcèlement comparativement aux autres formes de harcèlement (91).

Dans ce contexte, Servant. C propose en 2004 le BITS test, une actualisation du test TSTS-Cafard (2). Elle s'est basée sur l'étude européenne Health Behaviour in Schoolaged Children (HBSC), destinant à dresser un état des lieux de l'état de santé des jeunes en Europe.

Elle a fait réaliser ce test dans des établissements en Poitou-Charentes. 923 questionnaires ont été récupérés.

Les questions relatives aux test TSTS-cafard absentes dans le HBSC ont ensuite été ajoutés au questionnaire, ainsi que deux questions sur le suicide : « au cours des 12 derniers mois, as-tu pensé au suicide ? » et « combien de fois as-tu tenté de te suicider au cours de ta vie ? »

Après analyse multivariée, on note une corrélation significative entre les idées suicidaires, les tentatives de suicide, et les 5 questions du test TSTS-cafard, excepté pour la partie « antécédent de traumatisme dans les 12 derniers mois » qui a donc été supprimée dans le nouveau test.

L'analyse du nouveau test montre une association significative de ces thèmes avec les idées suicidaires et tentatives de suicide.

Il comprend 4 questions avec pour chacune une question supplémentaire en cas de réponse positive, indiquant la gravité. Elles abordent les thèmes :

- du sommeil (As-tu souvent des troubles du sommeil ? Fais-tu fréquemment des cauchemars ?)
- du tabac (Consommes-tu du tabac ? Quotidiennement ?)
- du harcèlement (As-tu récemment été maltraité ou harcelé à l'école, y compris via ton téléphone ou internet ? Et en dehors de l'école ?)
- de l'anxiété (Te sens-tu stressé par le travail scolaire ou l'atmosphère familiale ? Par les deux ?)

La sensibilité et la spécificité du nouveau test sont respectivement de 75% et 70% pour une valeur seuil de 3 au test (la valeur minimale étant 0, la valeur maximale 8). (**Figure 4**)

Pour rappel, la littérature montre également une corrélation entre le risque suicidaire et les troubles du sommeil, la consommation de tabac, le harcèlement et l'anxiété (36,37,44,92).

Ce test a été appelé BITS test. Initialement validé seulement pour des jeunes de 15 ans, l'étude MICAS réalisée en 2017, a élargit son spectre d'utilisation, puisqu'il est maintenant validé pour des jeunes de 13 à 18 ans (3).

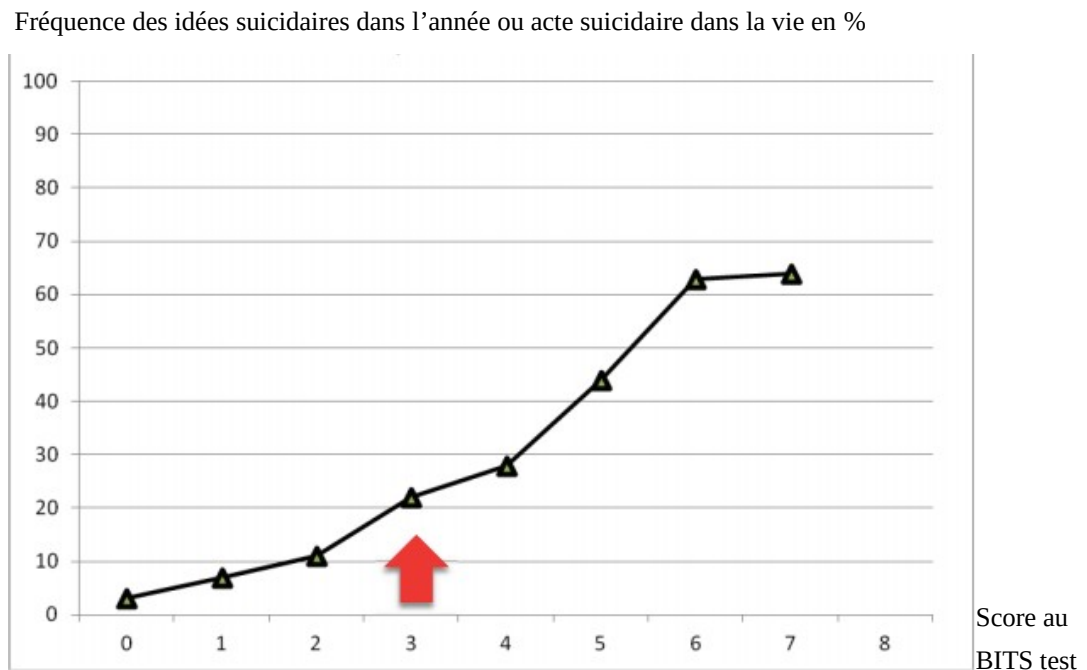


Figure 4 : Fréquence des idées suicidaires dans l'année ou acte suicidaire dans la vie selon le score au BITS test (2)

IV.3.2. Intérêt du BITS test

Le BITS test est un test facilement transposable sur une affiche car il comprend seulement 4 questions pouvant ouvrir sur 4 questions supplémentaires selon les réponses données par l'adolescent.

Sa sensibilité de 75% est plutôt correcte pour un test de dépistage.

« The Ask suicide screening », utilisé aux états-unis, aurait été un test intéressant car c'est un test à 4 questions avec une sensibilité (96,9%) et une spécificité (87,6%) remarquables (93). Cependant, il emploie les termes de « mort » et « se tuer », ce qui aurait posé problème pour l'obtention des autorisations académiques et parentales pour la réalisation de notre étude.

Les autres tests de dépistage reconnus, comme le test de Beck, sont des tests très efficaces pour évaluer le risque suicidaire. Cependant, ils sont plus un rôle d'aide diagnostique que de dépistage et ils nécessitent d'être réalisés par un professionnel de santé en entretien semi-dirigé.

IV.4. Intérêt d'un questionnaire

Les adolescents révèlent 2 à 3 fois plus souvent leurs « problèmes suicidaires » via un questionnaire anonyme, comparativement à une interview (94). D'après une étude, ils sont également favorables à l'utilisation d'un questionnaire pour aborder des problèmes psychologiques (95).

Comme nous l'avons vu, c'est une méthode efficace pour que les jeunes à risques soient repérés et pris en charge (65) (66).

IV.5. Hypothèses

Face au contexte décrit ci-dessus, les hypothèses suivantes ont été formulées :

- Il est possible de réaliser, dans les collèges de Loire-Atlantique, une campagne d'auto-dépistage du risque suicidaire chez l'adolescent par l'intermédiaire du BITS test.
- Il est possible d'identifier les facteurs associés à un résultat au BITS test positif chez les élèves de 4ème et de 3ème de Loire-Atlantique.
- Il est possible d'identifier les personnes ressources des adolescents de 4ème et de 3ème en Loire-Atlantique.

IV.6. Objectifs

IV.6.1. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude était d'estimer la prévalence des élèves de 4ème et 3ème ayant réalisé le BITS test présent sur l'affiche dans des collèges de Loire Atlantique.

IV.6.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de cette étude étaient d'estimer la prévalence d'élèves ayant un résultat positif au BITS test, d'établir les facteurs de risques individuels d'avoir un BITS test positif et d'identifier les personnes ressources des élèves de 4ème et 3ème de Loire-Atlantique.

V. MATÉRIELS ET MÉTHODES

Nous avons effectué une étude observationnelle descriptive transversale.

Une durée totale de 16 mois a été nécessaire pour la réalisation de cette étude.

Les premiers contacts avec la médecine scolaire du rectorat de l'académie de Nantes ont eu lieu au mois de décembre 2018. Les différentes rencontres avec notamment le Dr Christine CHEYLAN (Médecin responsable de la médecine scolaire de l'académie de Nantes) et Mr Emmanuel PADIOLEAU (Conseiller technique responsable du service infirmier) ont eu lieu de Décembre 2018 à Mars 2019, afin d'obtenir les différentes autorisations préalables à l'étude. L'autorisation du recteur de l'académie de Nantes nous a été délivrée le 15 Avril 2019.

Les premiers contacts avec les établissements scolaires ont eu lieu au mois de Mai 2019, mais du fait des examens de fin d'année scolaire et des vacances scolaires d'été les premières réponses ont eu lieu au mois de septembre 2019, et les premières rencontres fin octobre 2019.

L'étude s'est ensuite réalisée sur 3 mois de Janvier à Mars 2020.

L'analyse des résultats s'est réalisée sur 1 mois, en Avril 2020.

V.1. Population étudiée

La population source était l'ensemble des élèves de 4ème et 3ème de Loire-Atlantique.

La population cible était identique.

V.1.1. Critères d'inclusion et d'exclusion

V.1.1.1. Critères d'inclusion

Ont été inclus, les élèves de classes de 4ème et 3ème au moment de la réalisation du questionnaire, acceptant de participer à l'étude, et dont les parents avaient rempli une autorisation parentale.

L'accord du directeur d'établissement scolaire, des équipes médicales et paramédicales scolaires était nécessaire pour l'inclusion des élèves.

V.1.1.2. Critères d'exclusion

Ont été exclus, les élèves refusant de répondre au questionnaire, les élèves dont les parents n'avaient pas rempli l'autorisation parentale, les élèves dont les parents refusaient la participation de leur enfant à l'étude, et les élèves qui n'étaient pas en classe de 4ème ou de 3ème au moment de la réalisation du questionnaire.

V.1.2. Recrutement de la population de l'étude

V.1.2.1. Recrutement des établissements scolaires

Une lettre d'information, expliquant le but et les modalités de réalisation de notre étude à été envoyée par mail à tous les collèges, publics et privés, de Loire Atlantique.

La lettre d'information à destination des établissements scolaires est présente en **Annexe 2**.

A 3 semaines, à 3 mois puis à 4 mois, des relances par mail ont été réalisées.

Une lettre d'information à destination des équipes éducatives à également été transmise par le directeur d'établissement aux enseignants des établissements concernés par l'étude.

La lettre d'information destinée aux équipes éducatives est présentée en **Annexe 3**.

V.1.2.2. Recrutement des élèves

Une lettre d'information a également été distribuée à l'ensemble des parents des élèves concernés des établissements participant à l'étude. Le consentement des élèves et des parents d'élèves a été recherché.

La lettre d'information destinée aux parents d'élèves est disponible en **Annexe 4**.

V.2. Organisation de l'affichage des tests

Les différentes rencontres avec les équipes éducatives et médicales des collèges concernés a permis de mettre en place une stratégie d'affichage adaptée au mieux aux spécificités et aux demandes de chaque équipe.

V.2.1. Réalisation de l’affiche

La structure de cette affiche a été pensée et travaillée avec plusieurs intervenants (médecin scolaire, IDE scolaire, directeur d’établissement, pédopsychiatre, et psychologue de la maison des adolescents). Pour la rendre plus attractive, sa réalisation finale a été confiée à un graphiste.

Un système de points à l’aide de pièces (type jeux vidéos) devait le rendre plus ludique, afin d’inciter les élèves à le réaliser. Une première partie expliquait comment réaliser le test, une deuxième partie contenait le test, et une troisième partie expliquait comment interpréter le résultat du test et incitait l’élève avec un résultat positif, à en parler à une personne de confiance.

L’affiche réalisée est disponible en **Annexe 5**.

V.2.2. Taille de l’affiche

Deux formats d’affichage ont été proposés aux établissements scolaire : A3 (29,7 cm x 42,0 cm) ou A4 (21,0 cm x 29,7 cm).

V.2.3. Nombre d’affiches par établissement

Nous avons laissé la liberté aux établissements d’installer le nombre d’affiche qu’ils souhaitaient. Les établissements concernés ont décidé d’afficher 12 affiches (2 au format A3 et 10 au format A4).

V.2.4. Emplacements d’affichage dans les établissements

L’emplacement d’installation des affiches a été décidé après discussion avec les équipes éducatives, administratives, et médicales des différents établissements.

Ainsi plusieurs lieux de vie commune ont été visées dans les collèges tels le CDI, la cour de récréation, les couloirs, la salle de permanence, l’infirmierie scolaire, et les classes après accord des professeurs concernés et investis dans le projet.

V.2.5. Durée d’affichage avant le recueil de données

La durée d’affichage avant la réalisation du recueil de données a été décidée antérieurement à la réalisation de l’étude. C’est après plusieurs rencontres avec les différents intervenants des collèges concernés qu’il a été décidé qu’une durée de 4 à 8 semaines d’affichage semblait le plus adapté pour qu’une majeure partie des élèves aient pris connaissance de l’affiche. L’affichage dans les collèges a débuté en Janvier 2020.

V.3. Critères de jugement

V.3.1. Prévalence d'élèves ayant réalisé le test présent sur l'affiche

Le taux d'élèves ayant réalisé le test de dépistage présent sur l'affiche était le critère de jugement principal. Il a été obtenu par le rapport entre le nombre d'élèves ayant déclaré avoir fait le test présent sur l'affiche, et le nombre d'élèves ayant répondu au questionnaire.

V.3.2. Prévalence de résultats positifs au BITS test chez les élèves ayant réalisé le test

Le taux d'élèves ayant eu un résultat positif au BITS test (score supérieur ou égal à 3) était l'un des critères de jugement secondaire de cette étude. Il a été déterminé par le rapport entre le nombre d'élèves ayant déclaré avoir eu un résultat positif chez les élèves ayant réalisé le test et se souvenant de leur résultat, et le nombre d'élèves ayant réalisé le test et se souvenant de leur résultat.

V.3.3. Recherche de facteurs de risque de BITS test positif

L'identification des facteurs de risque individuels potentiels d'avoir un BITS test positif (résultat supérieur ou égal à 3) était l'un des objectifs secondaires de cette étude. Elle a été effectuée à l'aide de l'interprétation des associations statistiques entre la déclaration d'un résultat au BITS test supérieur ou égal à 3 chez les élèves se souvenant du résultat de leur test, et les différentes caractéristiques décrits ci-après.

V.3.3.1. Age et sexe

L'âge et le sexe des élèves a été recueilli par déclaration sur le questionnaire distribué aux élèves.

V.3.3.2. Niveau d'étude

Le niveau d'étude a été recueilli au moment de la réalisation du questionnaire. Les questionnaires étaient distribués par niveau d'étude (classe de 3ème et classe de 4ème).

V.3.4. Recherche des personnes ressources chez les élèves

L'identification des personnes ressources était l'un des critères de jugement secondaire de cette étude. La ou les personnes ressources, c'est à dire la personne à qui l'élève irait confier un sentiment de mal être, étaient recherchées par déclaration sur questionnaire auprès des élèves. Le questionnaire recherchait les personnes ressources auprès des élèves avec un BITS test positif qui déclarait en avoir parlé à quelqu'un. Il recherchait également les personnes ressources potentielles auprès des élèves ayant un BITS test négatif, et les élèves ayant un BITS test positif mais n'en ayant parlé à personne.

V.4. Traitement des données

V.4.1. Recueil des données

V.4.1.1. Variables recueillies

Pour chaque élève inclus, des données démographiques, administratives, et également des données sur la réalisation du test, le résultat du test, et les personnes ressources ont été recueillies.

V.4.1.1.1. Données démographiques

Le sexe et l'âge au moment de la réalisation du questionnaire à été recueilli pour chaque élève inclus.

V.4.1.1.2. Données administratives

Le niveau d'étude à été recueilli pour chaque élève inclu dans l'étude.

V.4.1.1.3. Données concernant la réalisation du BITS test

La réalisation du BITS test sur les affiches disposées dans les collèges a été recueillie auprès de chaque élève inclus dans l'étude.

V.4.1.1.4. Données concernant le score au BITS test

Le score obtenu par l'élève au BITS test présent sur l'affiche a été recherché auprès de chaque élève ayant réalisé le test et se souvenant de son score.

V.4.1.1.5. Données concernant les personnes ressources des élèves

Les personnes ressources effectives ou potentielles, en cas sentiment de mal-être, a été recherché auprès de chaque élève participant à l'étude. L'élève pouvait répondre à un ou plusieurs items.

Le choix des différents items a été décidé, à l'aide de plusieurs intervenants (IDE scolaire, pédopsychiatre, psychologue de la maison des adolescents, médecin scolaire).

Les différents items étaient : Parent(s), Professeur, Infirmière scolaire, Assistant de vie scolaire (CPE, surveillant), Autre membre du personnel du collège, Médecin traitant.

Un dernier item, intitulé « Autre », laissait la possibilité à l'élève de choisir une autre personne ressource.

L'item « ami(e) » a été délibérément non notifié en accord avec les différents intervenant cités ci-dessus. Une personne mineure ne paraissait pas être une personne ressource « adaptée » pour aider l'élève en mal-être. Or, le fait de notifier cet item pouvait suggérer que l'ami(e) était une personne ressource, au même titre que les autres choix précédemment cités.

V.4.1.2. Méthode de recueil des données

Les données démographiques, administratives, sur la réalisation du test, le résultat du test, et les personnes ressources ont été recueillies par questionnaire en format papier. Le questionnaire utilisé lors de cette étude est disponible en **Annexe 6**.

V.4.1.3. Organisation du recueil des données

Le recueil des données était effectué par les investigateurs de l'étude dans les collèges concernés. Les temps de recueil de données étaient encadrées par l'IDE scolaire de l'établissement, et par un personnel éducatif du collège. Les investigateurs de l'étude dispensait avant et après la réalisation du recueil de données, des informations aux élèves concernant le but de l'étude, et les ressources disponibles en cas de mal-être. Une séance de questions-réponses auprès des élèves était réalisée par les investigateurs de l'étude après chaque recueil de données. Une période d'une heure par classe d'environ 20 élèves était nécessaire pour effectuer le recueil de données. Du fait de l'organisation en lien avec l'emploi du temps des élèves, il était nécessaire d'organiser environ 4 à 6 jours de session de recueil de données par collège.

Les collèges participant à l'étude mettaient à disposition une salle de classe afin d'organiser le recueil de données.

Les questionnaires étaient imprimés au format A5 par les établissements scolaires.

Chaque élève réalisait le questionnaire de manière autonome et anonyme. Les investigateurs étaient présents afin de répondre en cas d'interrogation des élèves concernant le questionnaire. Quand l'élève avait terminé de répondre au questionnaire, il le retournait face cachée sur sa table.

Les questionnaires étaient récoltés par les investigateurs une fois que tous les élèves avaient terminé de répondre à l'ensemble des questions.

Les investigateurs, ainsi que l'IDE scolaire, restaient jusqu'à la sortie de tous les élèves de la classe afin d'éventuellement répondre à des interrogations des élèves, de la manière la plus personnelle possible.

En accord avec le personnel administratif, et médical des collèges, il a été proposé aux élèves qui le souhaitent, et qui auraient un sentiment de mal-être, d'apposer leur nom au dos du questionnaire afin d'être contacté par l'IDE scolaire.

V.5. Analyses statistiques

Une analyse univariée a été réalisée pour chacune des variables recueillies. Les données manquantes ont été exclues des analyses statistiques.

V.5.1. Prévalence des élèves ayant réalisé le BITS test présent sur l'affiche

La prévalence des élèves ayant réalisé le BITS test a été déterminée par estimation ponctuelle avec un intervalle de confiance à 95%.

V.5.2. Prévalence en fonction du résultat au BITS test des élèves ayant réalisé le test.

La prévalence en fonction du score au BITS test des élèves ayant réalisé le test a été déterminée par estimation ponctuelle avec un intervalle de confiance à 95%.

V.5.3. Facteurs de risques individuels potentiels d’avoir un résultat positif au BITS test.

Les comparaisons de proportions de collégiens avec un score supérieur ou égal à 3 en fonction du sexe et de la classe ont été effectuées à l'aide de tests du Chi2. Le risque alpha de première espèce a été fixé à 5% de manière bilatérale. Les associations entre un score supérieur ou égal à 3 et les caractéristiques démographiques étudiées ont été jugées significatives pour un degré de significativité p inférieur à 0,05 de façon bilatérale. La significativité des tests a été présentée à l'aide de leur p-value.

V.5.4. Prévalence du type de personnes ressources effectives ou potentielles.

La prévalence du type de personnes ressources effectives ou potentielles a été déterminée par estimation ponctuelle avec un intervalle de confiance à 95%.

V.6. Aspects éthiques et réglementaires

V.6.1. Bénéfices et risques pour les élèves inclus dans l’étude

V.6.1.1. Bénéfices

V.6.1.1.1. Bénéfices individuel

Le principal bénéfice individuel était la possible mise en évidence d’un mal-être chez un élève par le biais d’un test positif. Pour les élèves ayant mentionné leur nom, cela permettait une prise en charge immédiate par le personnel soignant du collège. Dans le cas où les élèves ne mentionnaient pas leurs noms, cela permettait une prise de conscience individuelle d’un possible mal-être.

Notre travail permettait, à la fois pour les élèves positifs, comme pour les élèves négatifs ou n’ayant pas fait le test, de les orienter vers des possibles personnes ressources, ou leur être bénéfique si au cours de leur vie une situation de mal-être venait à s’installer.

En effet, différentes possibilités de structures ou personnes ressources étaient proposées par les investigateurs durant la séance d’information avant le recueil de données, et à la fin du recueil de données.

Cela s’incluait dans le cadre des acquisitions des compétences psychosociales des élèves.

V.6.1.1.2. Bénéfices collectifs

Le bénéfice collectif, était dans un premier temps, la formation des personnels éducatifs, et administratifs dans les collèges, avec une sensibilisation sur le repérage des élèves en situation de mal-être.

Un autre bénéfice collectif attendu, était la sensibilisation des élèves sur les signes pouvant alerter d'un possible mal-être, et les ressources disponibles en cas de mal-être d'un ou d'une de leur camarades.

D'un point de vu épidémiologique, cette étude permettait d'évaluer la faisabilité d'un test d'auto dépistage par affichage, et de connaître les possibles personnes ressources des élèves face à une situation de mal-être, et ainsi optimiser le repérage et la prise en charge de ses élèves.

V.6.1.2. Risques

V.6.1.2.1. Risque individuel

L'un des principaux risques individuels était la possibilité qu'un élève soit positif au test, et du fait de l'anonymat, qu'il ne soit pas pris en charge. Ce risque a été évalué et discuté avec les différents intervenants, notamment avec le Dr Vandermersch (pédopsychiatre). Il a été contre balancé par la réunion d'information précédant et terminant la réalisation des questionnaires, ainsi que la possibilité aux élèves qui le souhaitaient de donner leur identité au dos du questionnaire.

Dans ce cas, en accord avec l'IDE scolaire et le personnel administratif, la levée de l'anonymat permettait une prise en charge immédiate de l'élève. Si un élève était positif au test, le personnel du collège se mettait en contact avec l'élève concerné.

Un autre risque individuel était le risque d'un résultat au BITS test négatif malgré la présence d'idées/risque suicidaire chez un élève (faux négatif), avec la possibilité de méconnaître un élève en souffrance, ou de minimiser ce mal-être chez l'élève ayant un test négatif. La réunion d'information avant et après la réalisation du questionnaire devait minimiser ce risque, en précisant auprès des élèves qu'un test positif ou négatif n'engendrait par une dichotomie stricte entre les élèves ayant une situation de mal-être ou non, mais pouvait donner une indication sur la santé mentale de l'élève.

Un faux positif pouvait également engendrer un retentissement psychologique chez l'élève sans idées suicidaires auparavant, en provoquant un possible questionnement de l'élève ayant un test positif. Encore une fois la réunion d'information réalisée par les investigateurs devait minimiser ce risque.

Le fait d'aborder le sujet du mal-être et du suicide ne majore par le risque d'un passage à l'acte chez les adolescents. Cela permet généralement au contraire de libérer la parole chez les adolescents concernés (96).

V.6.1.2.2. *Risque collectif*

Seuls les investigateurs de l'étude avaient en leur possession les résultats concernant les collèges. Cela permettait de prévenir toute intention de comparaison entre les collèges participants à l'étude, et ainsi potentiellement de stigmatiser les collèges en fonction du nombre d'élèves possiblement en souffrance.

V.6.1.3. Balance bénéfices / risques

Pour résumer, les risques individuels étaient contre balancés par la réalisation d'une séance d'information et de sensibilisation sur le mal-être. Les élèves ressortaient de la séance d'information avec des compétences psychosociales supplémentaires et des moyens de recours en cas de mal-être dans leur vie actuelle ou future.

De plus, les élèves qui le souhaitaient pouvaient rompre l'anonymat en notifiant leur nom au dos du questionnaire. Cela permettait l'orientation des élèves en mal-être vers les IDE scolaires des collèges concernés.

Cette étude permettait l'évaluation de la faisabilité d'un test d'auto-dépistage par affichage dans les collèges, et ainsi d'avoir des données épidémiologiques en faveur de la faisabilité de ce test.

V.6.2. Consentement éclairé écrit et oral

V.2.2.1. Consentement écrit

Le consentement écrit des 2 parents des élèves concernés par l'étude était recherché, après leur avoir délivré par écrit les informations sur le protocole concernant cette étude. Une lettre d'information a été envoyée à tous les parents d'élèves, accompagnant la feuille permettant de donner leur consentement écrit. L'élève ne pouvait être inclus dans l'étude, qu'après avoir reçu le consentement écrit des parents. Un temps de réflexion d'environ 2 à 3 semaines leur était donné.

V.2.2.2. Consentement oral

Le consentement oral des élèves concernés, et dont les parents avaient donnés leur autorisation écrite, était recherché, après leur avoir délivré l'information sur le protocole, et le but de l'étude. Le consentement oral était recherché juste avant la réalisation du questionnaire.

VI. RÉSULTATS

VI.1. Sélection des élèves

Parmi les 140 collèges (37 135 élèves de 4ème et 3ème) de Loire-Atlantique durant l'année 2019 (97), deux collèges ont accepté de participer à notre étude. Une majorité des collèges n'a pas répondu à la lettre d'information, d'autres collèges n'ont pas souhaité participer par manque de temps à consacrer à la réalisation de cette étude, ou jugeant le sujet trop « sensible ».

Les 2 collèges inclus étaient le collège Condorcet à Saint-Philibert-de-Grand-Lieu et le collège René Bernier à Saint-Sebastien-sur-Loire, après plusieurs rencontres avec les équipes administratives, éducatives, sociales, et médicales des deux collèges. Ils comprenaient à eux deux 450 élèves de 4ème et 3ème.

Au vu de la situation sanitaire imputable au COVID-19, le recueil des résultats dans le collège René Bernier n'a pu avoir lieu du fait de la fermeture des établissements scolaires à compter du 13 mars 2020. Le collège Condorcet comptait 160 élèves, soit 79 élèves de 3ème (dont 2 élèves en classe d'Unité Localisée pour Inclusion Scolaire (ULIS)) et 81 élèves de 4ème (dont 4 élèves en classe ULIS).

Pour 5 enfants, dont 2 élèves ULIS, les parents ont refusé la participation à l'étude. 4 élèves étaient absents lors du recueil.

151 élèves ont finalement été inclus dans l'étude (soit 4 pour 1 000 des 37 135 élèves de 4ème et 3ème de Loire-Atlantique).

L'ensemble de la procédure des élèves inclus est représentée **Figure 5**.

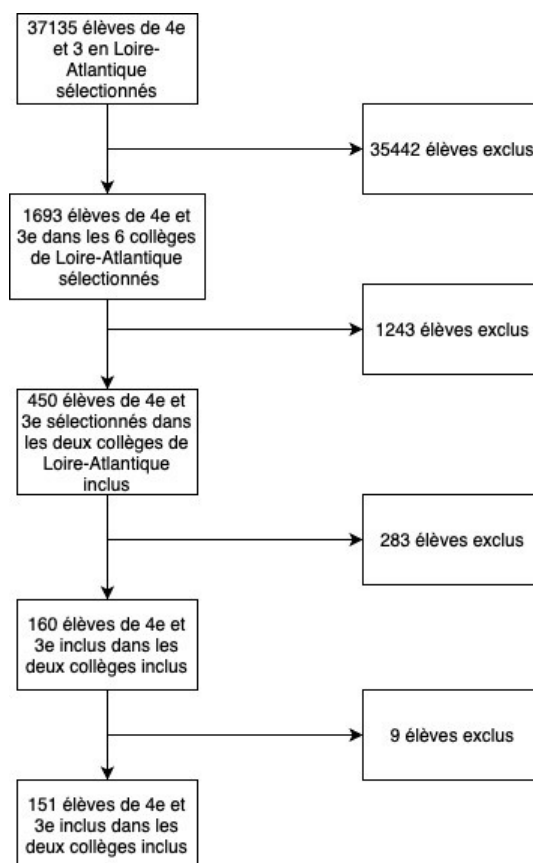


Figure 5 : Diagramme de Flux représentant la procédure de sélection des élèves

VI.2. Description de la population étudiée

La population totale de l'étude s'élevait à 151 élèves.

Les élèves de 3ème étaient 77 (soit 51% de l'effectif total) et les élèves de 4ème étaient 74 (soit 49% de l'effectif total). On comptait un seul redoublant en classe de 3ème, aucun redoublant en classe de 4ème. Il y avait 3 élèves ULIS dans notre population.

Il y avait 2 élèves de 12 ans (1,2%), 61 élèves de 13 ans (40,4%), 72 élèves de 14 ans (47,6%) et 16 élèves de 15 ans (10,6%).

Les filles étaient 76 (soit 50,3%), les garçons 75 (soit 49,7%).

L'âge moyen de la population était de 13,69 ans, l'âge médian de 14 ans.

La répartition des effectifs en fonction de l'âge est représentée **Figure 6**.

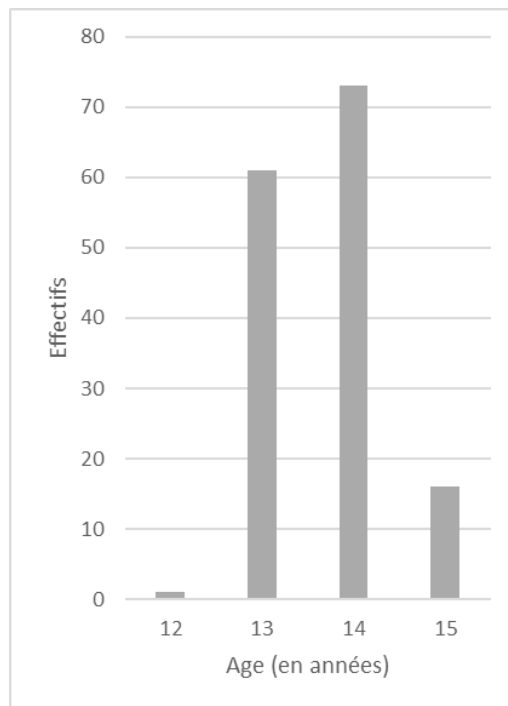


Figure 6 : Répartition des effectifs en fonction de l'âge

VI.3. Résultats principaux de l'étude

Les résultats principaux de l'étude sont résumés dans la **Figure 8**.

VI.3.1. Prévalence d'élèves ayant réalisé le test présent sur l'affiche

Sur les 151 élèves interrogés, 145 élèves (96% IC95% [91,2-98,4]) ont vu au moins une des 12 affiches exposées dans le collège sur les 6 semaines d'affichage et 115 ont réalisés le test (76,2% IC95% [68,4-82,5])

Parmi ceux ayant réalisé le test, 79 élèves (soit 68,7% IC95% [59,3-76,8]) se souvenaient de leur score.

VI.3.2. Prévalence d'élèves ayant obtenu un résultat positif au BITS test

Un résultat positif au BITS test était défini par un résultat supérieur ou égal à 3 (2).

Sur les 79 élèves se souvenant de leur score, 25 (soit 31,6% IC [21,6 ; 43]) ont eu un résultat positif, soit un score supérieur ou égal à 3. Les effectifs des élèves en fonction de leur résultat au BITS test sont représentés dans le **Tableau 2** et la **Figure 7**.

Score	Effectifs	Proportions
0	24	30,4%
1	17	21,5%
2	13	16,5%
3	12	15,2%
4	9	11,4%
5	2	2,5%
6	0	0%
7	1	1,3%
8	1	1,3%
Total	79	100%

Tableau 2 : Effectifs des élèves en fonction de leur résultat au BITS test

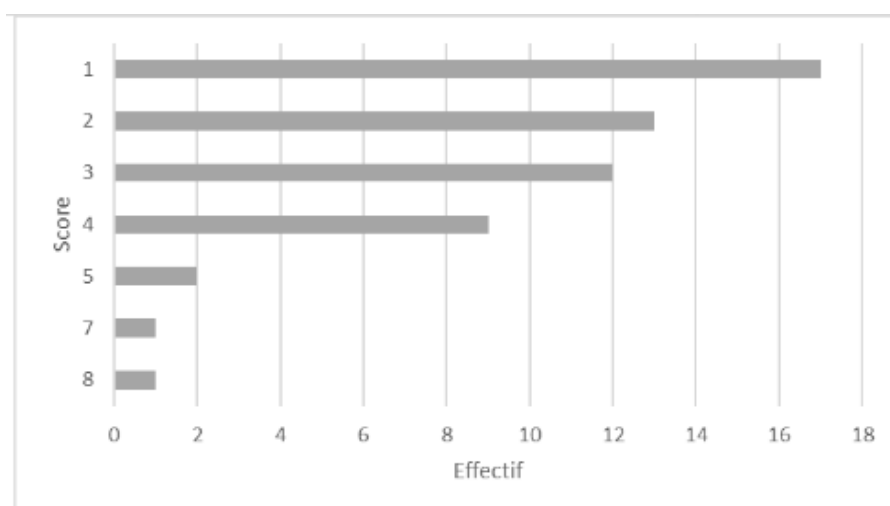
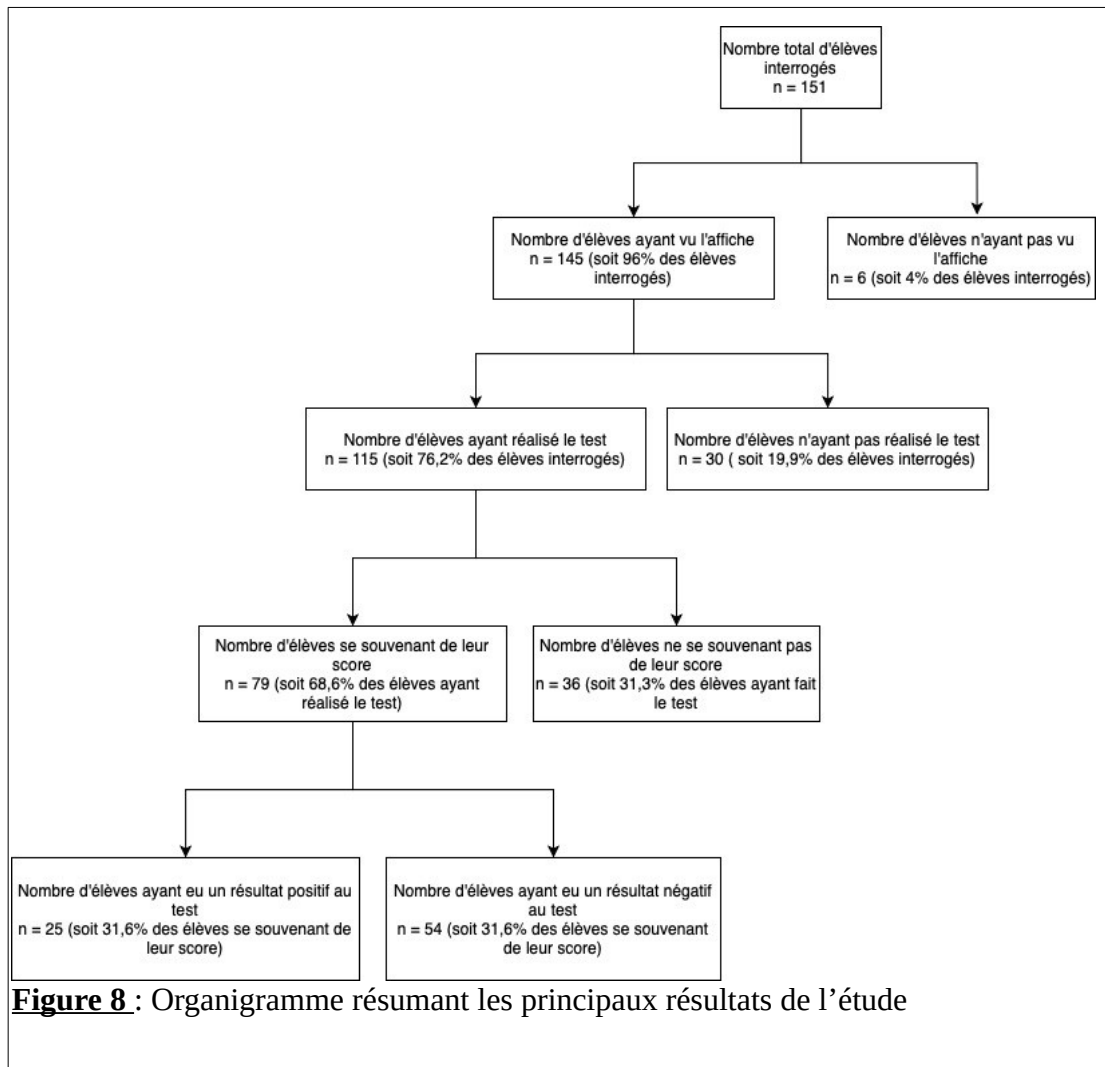


Figure 7 : Effectifs des élèves en fonction de leur résultat au BITS test



VI.4. Facteurs de risques potentiels d'obtenir un résultat positif au BITS test

Dans un premier temps nous avons détaillé les scores obtenus par les élèves au BITS test en fonction de la classe, de l'âge, et du sexe.

Dans un deuxième temps nous avons cherché à savoir si une de ces trois variables pouvait être significativement liée à un résultat positif au BITS test (score supérieur ou égal à 3).

VI.4.1. Analyse en sous-groupes sur la classe

Les scores obtenus au BITS test en fonction de la classe sont présentés **Tableau 3** et **Figure 9**.

Après analyse bivariée à l'aide du test CHI-2, aucune différence significative n'a été relevée en fonction de la classe parmi les résultats positifs.

Score	Classe		Total
	3ème	4ème	
0	16	8	24
1	10	7	17
2	7	6	13
3	5	7	12
4	6	3	9
5	2	0	2
6	0	0	0
7	1	0	1
8	1	0	1
Total	48	31	79

Tableau 3 : Scores au BITS test en fonction de la classe

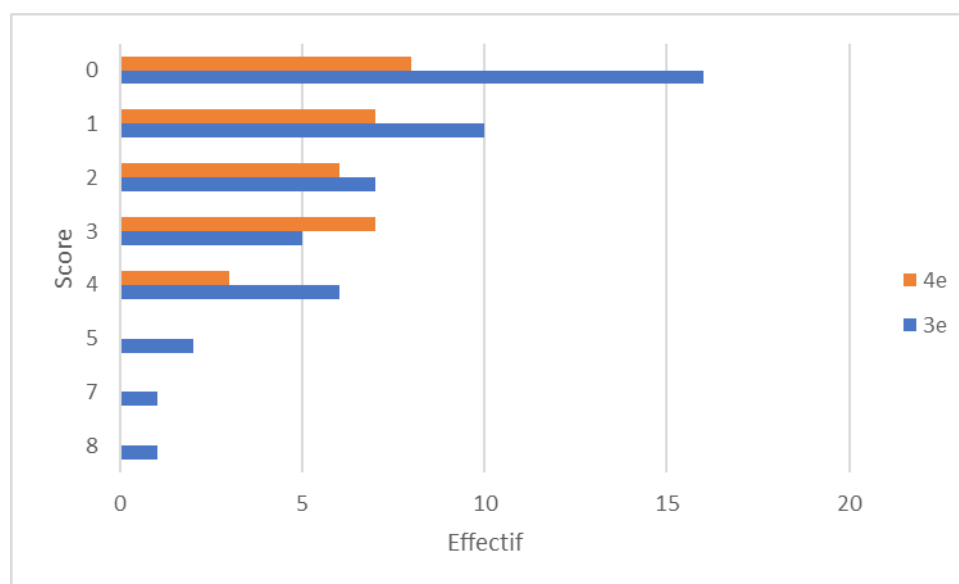


Figure 9 : Scores au BITS test en fonction de la classe

VI.4.2. Analyse en sous-groupes sur l'âge

Les scores en fonction de l'âge sont présentés **Tableau 4** et **Figure 10**.

Après analyse bivariée à l'aide du test CHI-2, aucune différence significative n'a été relevée en fonction de l'âge parmi les résultats positifs.

Score	Âge				Total
	12 ans	13 ans	14 ans	15 ans	
0	0	7	12	5	24
1	0	7	9	1	17
2	1	3	8	1	13
3	0	7	4	1	12
4	0	3	5	1	9
5	0	0	2	0	2
6	0	0	0	0	0
7	0	0	1	0	1
8	0	0	1	0	1
Total	1	27	42	9	79

Tableau 4 : Scores au BITS test en fonction de l'âge

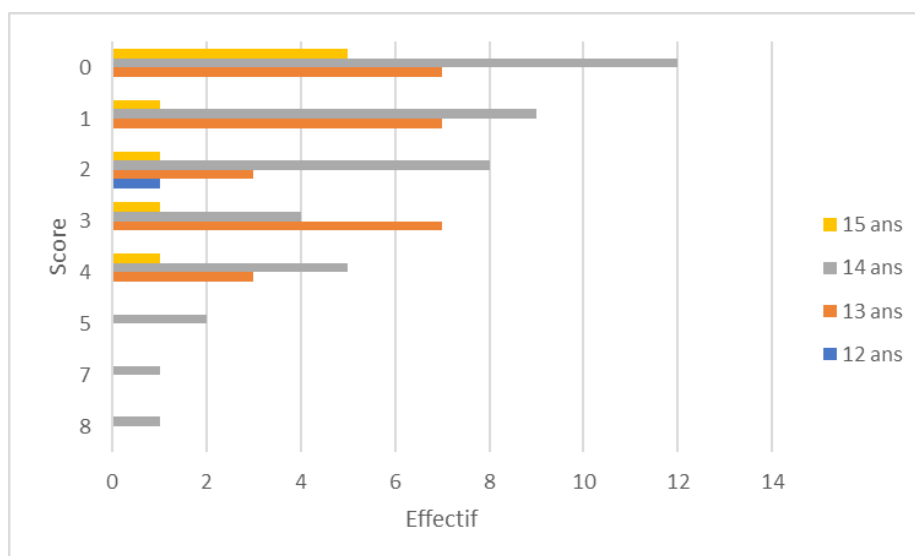


Figure 10 : Scores au BITS test en fonction de l'âge

VI.4.3. Analyse en sous-groupes sur le sexe

Les scores en fonction du sexe sont présentés **Tableau 5** et **Figure 11**.

Après analyse bivariée à l'aide du test CHI-2, aucune différence significative n'a été relevée en fonction du sexe parmi les résultats positifs.

Score	Sexe		Total
	Féminin	Masculin	
0	10	14	24
1	11	6	17
2	6	7	13
3	8	4	12
4	8	1	9
5	2	0	2
7	0	1	1
8	0	1	1
Total	45	34	79

Tableau 5 : Score au BITS test en fonction du sexe

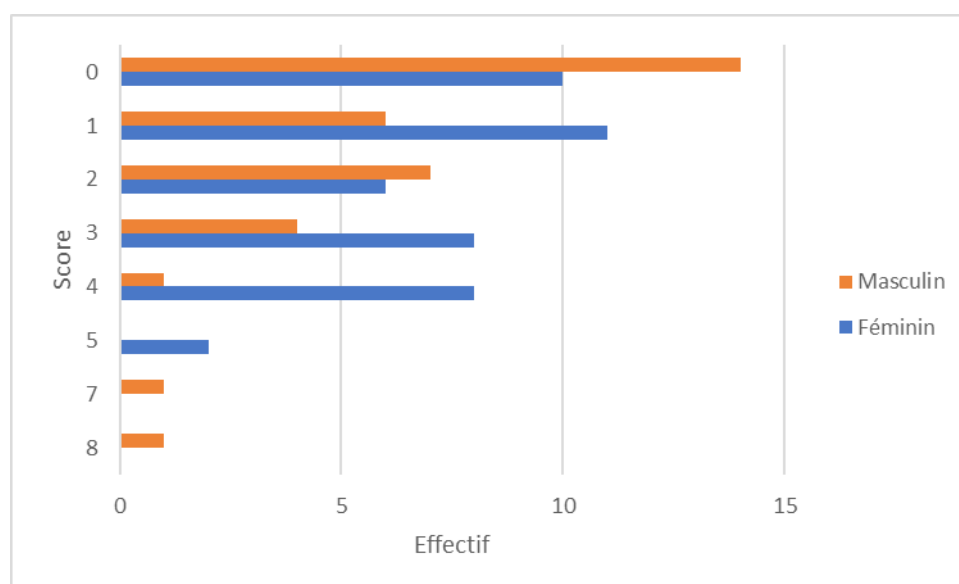


Figure 11 : Score au BITS test en fonction du sexe

VI.4.4. Conclusion des analyses en sous-groupes en fonction du score au BITS test

Après analyse bivariée à l'aide du test CHI-2, aucune différence significative entre le sexe, la classe et l'âge n'a été relevée parmi les résultats positifs.

Donc, dans notre étude, le sexe, la classe, ou l'âge des élèves n'étaient pas des facteurs de risques potentiels d'obtenir un résultat positif au BITS test.

VI.5. Personnes ressources des élèves

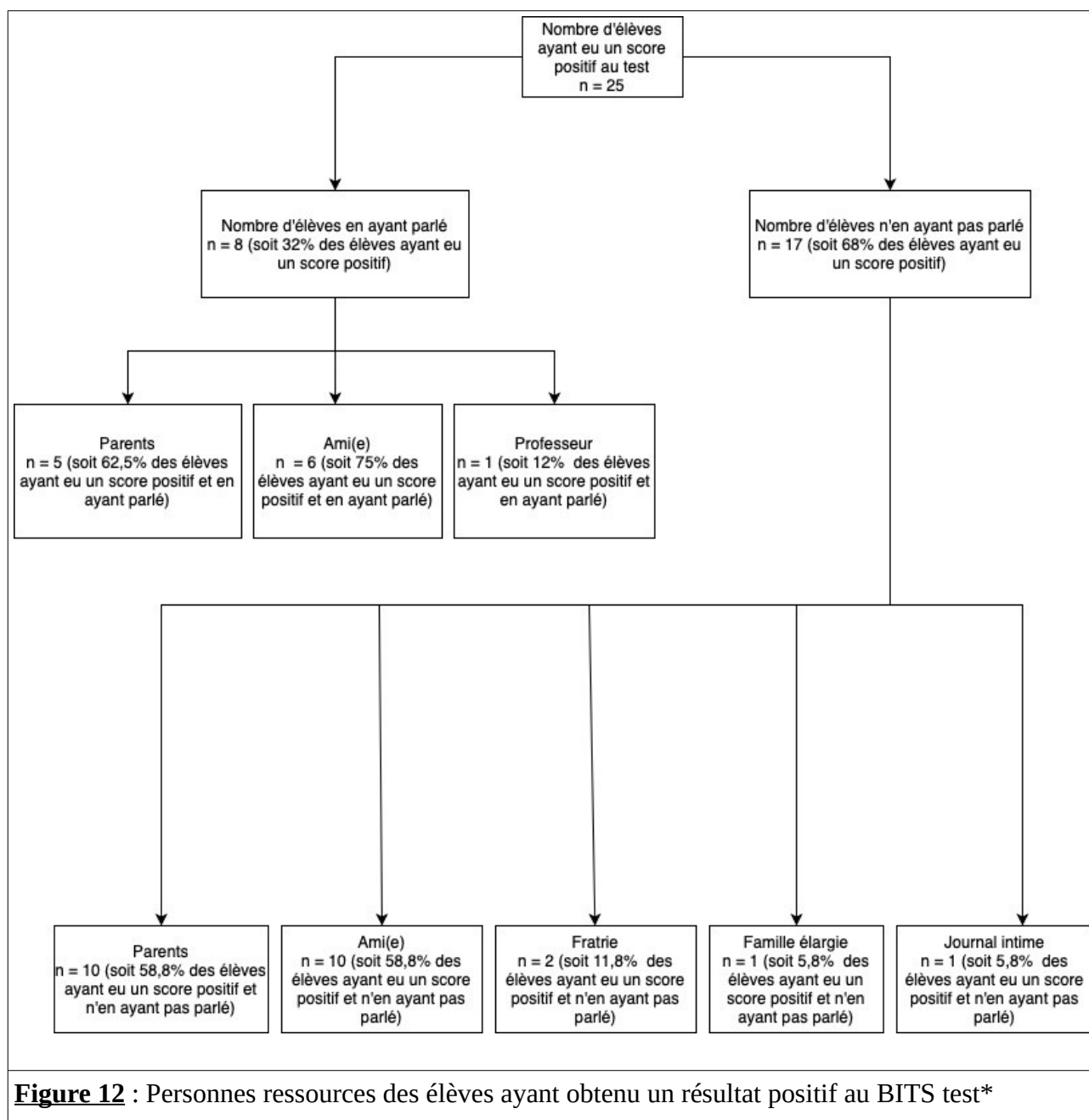
Pour rappel, le questionnaire distribué aux élèves lors du recueil abordait les questions suivantes :

- Si tu as eu un score positif au test, à qui en as-tu parlé ? Si tu n'en as pas parlé, à qui en parlerais-tu si tu venais à en exprimer le besoin ?
- Si tu as eu un test négatif ou que tu n'as pas réalisé le test, à quelle personne parlerais-tu si tu devais en exprimer le besoin ?

Il s'agissait de questions à choix multiples. Les réponses proposées étaient : parents, professeur, assistant de vie scolaire, autre personnel du collège, médecin traitant, et autre.

La proposition « autre » leur permettait d'ajouter une réponse de leur choix.

VI.5.1. Personnes ressources des élèves ayant obtenu un score positif au BITS test



* la modalité « choix à réponses multiples » peut induire un pourcentage total supérieur à 100 % (un élève a pu choisir plusieurs personnes ressources).

Sur les 25 élèves ayant eu un résultat positif au test, 8 en ont parlé à quelqu'un et 17 n'en ont pas parlé.

Parmi les 8 qui en ont parlé, 5 (soit 62,5%) en ont parlé à leurs parents, 6 (soit 75%) en ont parlé à leur ami(e), et 1 (soit 12,5%) en a parlé à un professeur.

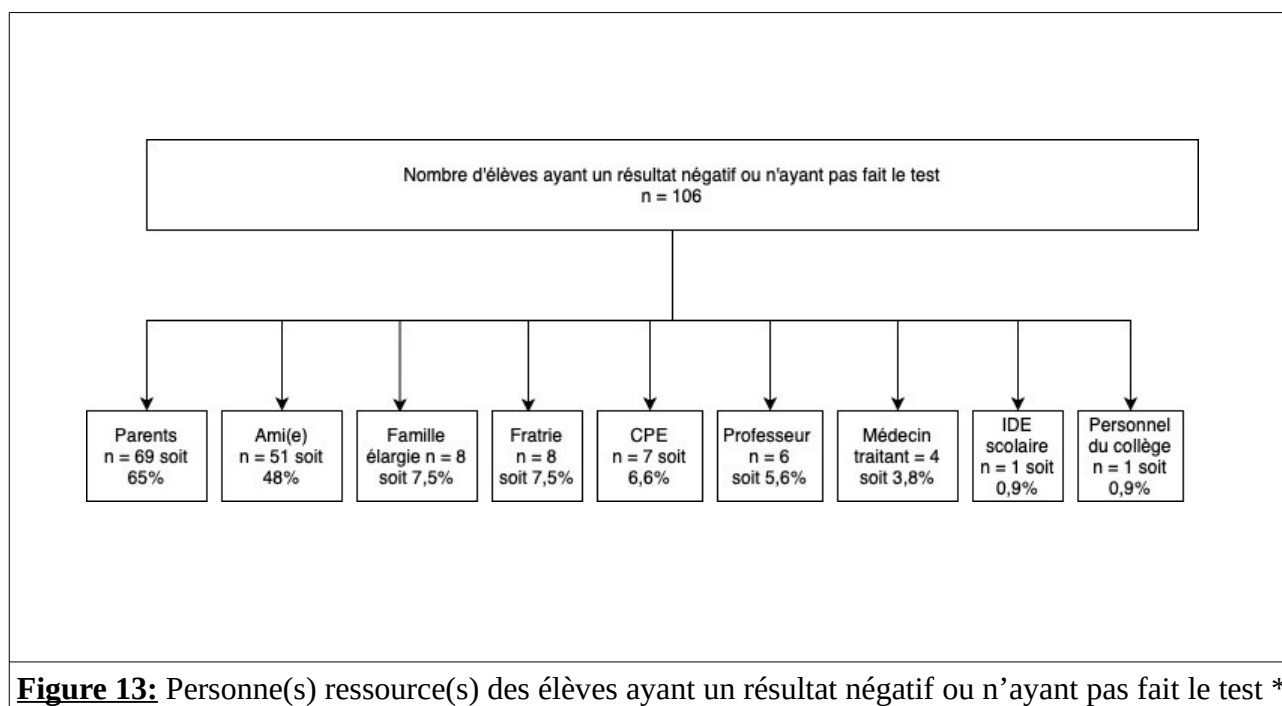
Sur les 17 qui n'en ont pas parlé, 10 (soit 58,8%) en parleraient à leurs parents, 10 (soit 58,8%) en parleraient à leur ami(e), 2 (soit 11,8%) en parleraient à leur fratrie, 1 (soit 5,8%) en parlerait à sa famille élargie. 1 élève (soit 5,8%) a désigné son journal intime comme personne ressource.

Les résultats sont présentés dans la **Figure 12**.

L'analyse bivariée à l'aide du test CHI2 n'a pas mis en évidence de différence significative entre les 2 groupes « en ayant parlé » et « n'en ayant pas parlé » concernant le sexe, la classe, ou l'âge des individus.

Donc, dans notre étude, le sexe, la classe, ou l'âge des élèves n'influençaient pas sur la propension des élèves à parler de leur mal-être.

VI.5.2. Personnes ressources potentielles des élèves n'ayant pas fait le test et de ceux ayant obtenu un résultat négatif au BITS test



* la modalité « choix à réponses multiples » peut induire un pourcentage total supérieur à 100 % (un élève a pu choisir plusieurs personnes ressources).

Sur les 106 élèves n'ayant pas fait le test ou ayant eu un résultat négatif, 69 (soit 65%) en parleraient à leurs parents, 51 (soit 48%) en parleraient à un(e) ami(e), 8 (soit 7,5%) en parleraient à leur famille élargie, 8 (soit 7,5%) en parleraient à leur fratrie, 7 (soit 6,6%) en parleraient au CPE, 6 (soit 5,6%) en parleraient à leur professeur, 4 (soit 3,8%) en parleraient à leur médecin traitant. Un élève (soit 0,9%) en parlerait à l'infirmière scolaire, un élève (soit 0,9%) en parlerait à un membre du personnel du collège.

Les résultats sont présentés dans la **Figure 13**.

VII. DISCUSSION

Nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive, entre janvier et mars 2020. L'objectif principal était d'évaluer la faisabilité d'une campagne d'auto-dépistage du risque suicidaire, par affichage en milieu scolaire.

76,2% des élèves inclus dans l'étude avaient réalisé le test présenté sur l'affiche. Cette prévalence est encourageante et témoigne de l'attractivité de l'affiche réalisée pour notre étude.

Nous avons mis en évidence que 31,6% des élèves ayant réalisé le test et se souvenant de leur score avaient un résultat positif au BITS test, et donc étaient potentiellement à risque suicidaire. Ces chiffres sont supérieurs à ceux retrouvés dans les études réalisées sur des enfants plus âgés (2) (3). Cette discordance alerte sur la possibilité d'un risque suicidaire plus élevé dans notre population que chez des adolescents plus âgés (86).

Dans notre étude, les personnes ressources des élèves étaient en grande majorité leurs parents et leur(s) ami(e)/(s).

Il s'agit d'une étude originale. Nous n'avons pas retrouvé à ce jour d'autres études évaluant la faisabilité d'une campagne d'affichage en milieu scolaire concernant le thème du risque suicidaire. Le faible effectif de notre population ainsi que les biais existants rendent difficile l'extrapolation de nos résultats.

VII.1. Caractéristiques de la population étudiée

Dans notre étude, les élèves avaient en moyenne 13,6 ans. Cela concorde avec l'âge attendu au vu des niveaux scolaires des élèves. La répartition des sexes, avec 50,3% de filles et 49,7% de garçons, correspondait à celle retrouvée à l'échelle nationale (5).

Il n'y avait aucun élève redoublant dans les classes de 4ème, et un doublant dans les classes de 3ème (soit 1,2%). Au niveau national, 2,6% des 4ème et 4,1% des 3ème ont redoublé en 2012. Les élèves des classes ULIS au collège Condorcet représentaient 3,5% des élèves de 4ème et 3ème, alors qu'ils sont 0,6 pour 1 000 élèves sur le plan national (98).

Nous pouvons noter que, même si notre population possède des caractéristiques démographiques similaires aux données nationales, les élèves ULIS y sont sur-représentés, et les redoublants y sont sous-représentés.

L'effectif de notre population d'étude, de 151 élèves, est plus faible que celui espéré initialement. Il représente 4/1 000 de l'ensemble des élèves de 4ème et 3ème de Loire-Atlantique. Il s'explique par le refus massif, ou l'absence de réponse des établissements scolaires démarchés, qui ont exprimé leur manque de temps et la peur d'induire des idées suicidaires chez les élèves. Néanmoins, cette crainte d'induire des idées suicidaires en abordant le sujet du suicide n'est pas vérifiée (96).

VII.2. Prévalence d'élèves ayant réalisé le BITS test

La prévalence d'élèves ayant réalisé le BITS test représentait notre critère de jugement principal dans cette étude.

Le jour de notre recueil, 76,2% (IC95% [68,4-82,5]) des élèves inclus dans l'étude avaient réalisé le test.

Nous n'avons retrouvé aucune étude évaluant la prévalence de réalisation d'un test similaire à un instant « t » après son affichage. Ce constat ne nous permet pas de comparer nos résultats à ceux de la littérature.

Ce résultat semble indiquer que l'affiche est non seulement visible mais également attractive pour les collégiens interrogés, puisqu'ils sont largement majoritaires à avoir réalisé le test. Ces chiffres sont encourageants et nous pourrions proposer ce type de campagne par affichage à plus large échelle.

L'idée d'intervenir en milieu scolaire semble pertinente. Notre campagne d'affichage aura permis à 76% des élèves de réaliser le BITS test, et donc d'aborder la thématique du risque suicidaire par le biais de cette affiche. Or, une étude réalisée en cabinet de médecine générale chez des adolescents de 12 à 20 ans, a montré que le risque suicidaire était abordé dans 30% des cas et les antécédents suicidaires recherchés dans 8,5% des cas (99).

VII.3. Prévalence des élèves ayant obtenu un résultat positif

Pour rappel, le BITS test est considéré comme positif quand l'élève obtient un score supérieur ou égal à 3 (2). Un résultat positif est corrélé à la fois à la probabilité pour un élève d'avoir fait une tentative de suicide au cours de sa vie et/ou à la probabilité qu'il ai eu des idées suicidaires dans les douze derniers mois, avec une sensibilité et une spécificité respectives de 75 et 70%. Nous parlerons dans cette partie de « risque suicidaire », pour désigner à la fois la présence d'idées suicidaires et l'antécédent de tentative de suicide.

Nous comparerons nos résultats aux études s'intéressant au risque suicidaire comme nous venons de le définir.

Dans notre étude, la prévalence d'élèves à potentiel risque suicidaire était de 31,6%, parmi les élèves se souvenant de leur score. Dans la thèse de Servant C., réalisée en auto questionnaire sur une population de 15 ans $\pm$ 6 mois, 20% des élèves avaient un risque suicidaire (2). Notre étude retrouve donc une prévalence plus élevée d'élèves à potentiel risque suicidaire. Ce résultat peut s'expliquer par la différence de population concernée. Il pourrait y avoir un risque suicidaire plus important chez les 13-14 ans que chez les adolescents plus âgés. Une étude prospective, réalisée entre 1991 et 2011 aux États-Unis, retrouvait un résultat similaire (86).

L'étude MICAS s'est également intéressée au BITS test, réalisé sous la forme d'entretiens en cabinet de médecine générale chez des adolescents de 13 à 18 ans. Elle retrouvait 13% d'adolescents à risque suicidaire (3). Plusieurs facteurs peuvent expliquer une prévalence plus faible que dans notre étude. D'une part l'âge de la population étudiée diffère de celle de notre étude. D'autre part, la réalisation du test en entretien semi-dirigé diminue sa sensibilité (66% en entretien versus 76% en auto-questionnaire).

VII.4. Facteurs de risque potentiels d'obtenir un résultat positif au test

Des analyses en sous-groupes sur le sexe, la classe, et l'âge ont été réalisées concernant le critère de jugement secondaire «nombre d'élèves ayant un test positif».

Après analyse bivariée à l'aide du test statistique CHI2, on ne trouvait pas de différence significative entre les classes de 4ème et 3ème ($p > 0,95$), ni entre les différents âges ($p > 0,95$).

Le sexe semblait avoir un impact sur le fait d'avoir un score positif. En effet, 20,5% des garçons et 40% des filles avaient un score positif. Néanmoins, les effectifs réduits de notre échantillon ne nous ont pas permis de mettre en évidence de différence significative entre les deux groupes ($p > 0,95$).

Bien que non significatifs, nos résultats retrouvent une tendance concordante avec ceux présents dans la littérature, où il est retrouvé que les adolescentes sont plus à risques suicidaires que les adolescents (75).

VII.5. Personnes ressources des élèves

Les personnes ressources citées par les élèves ayant un résultat au test positif sont en majorité leurs parents (15 élèves sur 25 soit 60%) et leurs ami(e)s (16 élèves sur 25 soit 64%).

Les autres personnes ressources citées sont minoritaires : Fratrie, famille élargie, journal intime.

Les personnes ressources déclarées pour les élèves n'ayant pas fait le test, ou ayant un score négatif, sont similaires à celles déclarées par les élèves ayant un résultat positif au test.

Cas des élèves positifs au test en ayant parlé à une personne ressource

Dans notre étude, 32% des élèves ayant eu un score positif en ont parlé à une personne ressource. L'étude « Parent-Adolescent Agreement About Adolescents' Suicidal Thoughts », publiée dans la revue américaine *Pediatrics* (100), a montré que 49,9% des adolescents parleraient de leurs idées suicidaires à leurs parents. Ce résultat est supérieure au nôtre. Dans cette étude, plus les adolescents étaient jeunes, moins ils faisaient part de leurs pensées à leurs parents. Cela peut expliquer la

différence de résultats avec notre étude puisque notre population était en moyenne plus jeune (13,69 ans dans notre étude versus 14,5 ans dans l'étude citée ci-dessus).

Le sexe ne semblait pas avoir d'impact sur le fait d'en avoir parlé à une personne ressource.

En effet, dans notre étude 33% des filles et 28% des garçons ayant eu un score positif au test en avait parlé à une personne ressource. Aucune différence significative n'a été mise en évidence entre les deux groupes ($p > 0,95$). L'étude de la revue *Pediatrics* citée précédemment retrouvait des résultats similaires. Elle montre également que 48% des adolescents ayant des idées suicidaires n'en auraient pas conscience. Cette tendance était d'autant plus importante que les adolescents étaient jeunes (100). Cela peut s'expliquer par la difficulté d'interprétation des idées liées à la mort, où la limite entre psychopathologie et questionnements ontologiques, propres à l'adolescence, est parfois très floue.

Cette remarque renforce l'intérêt du développement des compétences psychosociales dans les collèges, un des moyens de prévention ayant prouvé son efficacité.

VII.6. La place de l'éthique dans notre étude

La présence de faux positifs et des faux négatifs concernant la prévalence d'élèves positifs au test peut questionner sur le plan éthique. Cependant, notre intervention en classe nous a permis de rappeler que ce test d'auto-dépistage avait plus valeur d'orientation que de vérité, qu'il n'était fiable que dans 3/4 des cas, et qu'il avait comme principal but que les élèves se questionnent sur leur santé mentale. Nous avons rappelé que ce dépistage était complémentaire aux ateliers de développement des compétences psychosociales réalisés dans le collège Condorcet. La levée possible de l'anonymat permettait de ne pas laisser à l'écart les adolescents en souffrance souhaitant se confier. Au delà de cette étude, si notre affiche venait à être utilisée ultérieurement dans un ou plusieurs collèges, sa présentation par l'équipe pédagogique s'avérera nécessaire pour les mêmes problématiques éthiques.

VII.7. Liens de notre intervention avec la médecine générale

Le médecin généraliste est un acteur de santé publique dont la grande partie du travail est dédiée à la prévention. Via notre intervention au collège Condorcet, nous avons, de manière interactive avec les élèves, rappelé le rôle du médecin généraliste. Cela nous a permis d'établir un lien, et de rencontrer l'adolescent dans « son environnement ». Intervenir en milieu scolaire avait pour but d'augmenter le nombre d'adolescents concernés par la prévention du risque suicidaire.

Les données retrouvées dans notre étude concordent avec les données de la littérature : bien que l'adolescent soit vu en consultation au moins une fois par an, le médecin traitant n'est pas un confident privilégié.

Pour augmenter ses chances de devenir un « confident » de l'adolescent, le médecin généraliste pourrait répondre à 4 objectifs fondamentaux lors d'une consultation avec un adolescent :

- Être attentif aux expressions, aux codes, tenues et langages de l'adolescent. En cas d'incompréhension, lui poser des questions afin qu'il puisse s'exprimer.
- Établir une relation de soin à juste distance, sans familiarité ou distance excessives. Le choix du tutoiement ou du vouvoiement doit être discuté avec l'adolescent.
- Améliorer la représentation du corps et l'estime de soi. Rassurer l'adolescent sur sa « normalité ».
- Apporter à l'adolescent plusieurs solutions, afin qu'il puisse choisir celle la plus adaptée en fonction de ses capacités.

S'il adopte cette attitude, le médecin généraliste va pouvoir élargir le contenu de la consultation à ses composantes psychosociales. Il existe 4 temps dans la consultation pour mener à bien cet objectif : l'exposé du motif de consultation, la justification de la présence du tiers, l'examen clinique, et les questions d'investigations.

Lors de l'exposé du motif, des phrases du type « à part ça », « oui mais encore » multiplient les chances que l'adolescent se confie.

Concernant la présence du tiers, aucune règle n'existe. Il est important que le praticien se pose la question, en analysant la situation au vu de ce qu'il voit, pressent ou connaît de la famille, et du rôle qu'entretient le proche avec l'adolescent.

91% des consultations d'adolescents donnent lieu à un examen clinique. L'approche du corps donne des informations au praticien et permet de rassurer l'adolescent quant à sa « normalité ».

Les questions d'investigations sont importantes pour le dépistage d'un potentiel mal-être. Le BITS test, rapide à effectuer, pourrait être réalisé systématiquement en consultation (77).

VII.8. Forces et limites de l'étude

VII.8.1. Forces

La force principale de notre étude est son originalité. Nous n'avons pas retrouvé d'étude évaluant la faisabilité d'une campagne d'auto-dépistage par affichage en milieu scolaire. De plus, les études sur le dépistage du risque suicidaire des 13-14 ans sont peu nombreuses et leurs résultats sont divergents.

La méthodologie utilisée, par le recueil du résultat de l'auto-dépistage via un questionnaire au format papier, tend à limiter les biais de déclaration chez une population qui entretient un rapport de défiance vis à vis des adultes.

Notre étude nous a permis de nous impliquer activement dans la vie du collège en participant au CESC où ont pu être abordés d'autres sujets en rapport avec la prévention, notamment la création d'ateliers pour lutter contre des cas de harcèlements scolaires, ou destinés au développement des compétences psychosociales.

Nous avons noté une participation active des élèves au cours de notre intervention, que ce soit en classe entière, ou sur les questionnaires écrits où ils sont nombreux à avoir noté des remarques positives concernant l'affiche ou l'intervention.

VII.8.2. Limites et biais

VII.8.2.1. Limites de l'étude

Notre thèse concerne seulement les élèves scolarisés. Or, nous savons que les élèves en rupture scolaire sont plus à risque suicidaire que les élèves scolarisés (34). Une partie des adolescents en souffrance ne sont donc pas concernés par ce dépistage.

Le BITS test a été validé en auto-questionnaire ainsi qu'en entretien dirigé, mais aucune étude n'a évalué sa pertinence en auto-dépistage par affichage. Le taux d'idées suicidaires et de tentatives de suicide déclaré n'a pas été recherché lors du recueil. Ces taux, comparés aux résultats obtenus, auraient pu nous permettre d'évaluer la pertinence du BITS test en auto-dépistage par affichage.

Le refus massif des collèges de participer à l'étude est la principale limite à la faisabilité de l'auto-dépistage du risque suicidaire par affichage en milieu scolaire, puisque les collèges ayant accepté de participer à l'étude représentent seulement 1,4% de l'ensemble des collèges démarchés.

Cependant, au vu des motifs de refus recueillis auprès des directeurs d'établissements (manque de temps, peur d'aborder ce sujet), nous pensons qu'une campagne d'information auprès du personnel éducatif et administratif des collèges concernés aurait pu augmenter le taux de participation.

VII.8.2.2. Biais de sélection

La force de notre étude doit être pondérée par une taille d'échantillon relativement faible de 151 individus. Les adolescents inclus dans l'étude représentaient 4 élèves pour 1 000 de la population cible, c'est à dire des élèves de 4ème et 3ème scolarisés en Loire Atlantique. Ce biais de sélection est expliqué par le refus massif des collèges de Loire-Atlantique de participer à l'étude (2 collèges

sur les 140 démarchés) et par la situation sanitaire liée au COVID-19 (1 collège sur les 2 ayant accepté l'étude n'a pu y participer du fait de la mise en place des mesures de confinement).

Le collège Condorcet fait partie des deux collèges à avoir répondu positivement à notre demande. Cette réponse positive et les mesures existantes en amont dans le collège pour améliorer la santé mentale des élèves, notamment via le renforcement de leurs compétences psychosociales, a pu induire un biais de sélection. Les élèves de ce collège sont possiblement plus investis et alertes sur leur santé mentale que d'autres jeunes du même âge.

VII.8.2.3. Biais de déclaration

L'affiche en format réduit était présente sur l'autorisation parentale distribuée aux élèves. Cela a pu induire un biais de déclaration puisque certains élèves ont pu voir l'affiche et faire le test avant le début de l'affichage.

Malgré l'anonymat du questionnaire, la réalisation du test en classe a pu induire un autre biais de déclaration. L'adolescent, dans sa quête d'uniformisation avec son groupe de pairs, peut vouloir lisser ses différences et donner une réponse erronée pour ne pas se sentir différent.

VII.8.2.4. Biais de mémorisation

Nous suspectons qu'un résultat positif au test ait marqué davantage l'esprit d'un jeune qu'un score négatif. Étant donnée que 46% des élèves ne se souviennent pas de leur score au moment du recueil, il est possible que les résultats des 54% qui s'en souviennent ne soient pas représentatifs de la population totale d'élèves ayant fait le test. De plus, il est probable que le score que les élèves rapportent ne soient pas le score qu'ils aient réellement obtenu, le recueil ayant eu lieu 6 semaines après le début de l'affichage.

VII.8.2.5. Biais de classement

Malgré une affiche qui se voulait la plus claire possible, validée en amont de notre étude par des professionnels de santé et de l'éducation nationale, différentes remarques au moment du recueil nous ont alertés sur la difficulté pour certains élèves de comprendre le système de comptabilisation des points. Ce taux d'incompréhension n'est pas connu puisque l'affiche a été créée spécifiquement pour notre étude. Cette incompréhension a pu induire une sur-estimation, ou au contraire ou sous-estimation du nombre d'élèves ayant un score positif.

Enfin, comme toutes les études tentant d'évaluer la prévalence d'idées suicidaires et des tentatives de suicide, elle se heurte aux aléas de définition et d'interprétation de ces deux termes. Le BITS test, que nous avons utilisé pour notre étude, a été créé en se basant sur l'interprétation que les jeunes avaient des idées suicidaires et des tentatives de suicide. Les idées suicidaires sont-elles des idées en rapport avec la mort, en lien avec un scénario suicidaire précis ? Par ailleurs, il existe un problème de clarté entre le désir de mort et l'acte auto-agressif qui peut surestimer le taux de tentatives de suicide. Bien que récemment différenciés par le système de classification C-CASA (101), l'acte auto-agressif reste dans l'esprit de beaucoup d'adolescents une tentative de suicide.

VII.9. Perspectives

Cette première partie de l'étude porte sur la faisabilité d'une campagne d'auto-dépistage par affichage du risque suicidaire chez des élèves de 4ème et 3ème en milieu scolaire.

Des études ultérieures pourraient être réalisées afin de compléter notre travail.

Concernant la faisabilité de l'auto-dépistage par affichage du BITS test dans les collèges, une étude avec un effectif plus important pourrait être réalisée afin de limiter les biais de sélection. Une autre étude pourrait avoir pour objectif d'estimer le taux d'acceptabilité de cette campagne d'auto-dépistage dans les collèges de Loire-Atlantique avec une analyse complémentaire en expliquant les motifs de refus.

Notre étude pourrait être réalisée avec la même méthodologie dans un lycée. Elle serait intéressante pour l'évaluation de la faisabilité d'un auto dépistage du risque suicidaire par affichage chez des élèves plus âgés, mais également pour connaître les personnes ressources de cette classe d'âge.

Une étude pourrait évaluer l'impact à moyen, et à long terme de cette campagne d'affichage dans un collège, notamment estimer son impact sur l'incidence des élèves dépistés.

Des études complémentaires autour de notre sujet pourraient être réalisées en cabinet de médecine générale. Une étude pourrait évaluer l'impact d'un tel affichage en cabinet sur les consultations des adolescents. Nous pourrions imaginer une étude évaluant l'impact d'une affiche exposée au cabinet expliquant le rôle du médecin généraliste auprès de l'adolescent notamment en insistant sur son obligation de confidentialité.

VIII. CONCLUSION

Cette étude a montré que la prévalence des élèves ayant réalisé le test présent sur l’affiche est importante. La réalisation d’une campagne d’auto-dépistage par cette affiche dans les collèges aurait sa place dans le cadre de la prévention et du repérage du risque suicidaire chez les adolescents.

Il semblerait que la prévalence des élèves ayant un résultat positif au BITS test dans notre étude soit plus importante que celles retrouvées dans la littérature, mais aucune comparaison statistique ne peut être effectuée.

Aucun facteur de risque d’avoir un résultat positif au BITS test n’a été retrouvé sur les variables testées (âge, classe, et sexe).

Il a été mis en évidence que les principales personnes ressources des élèves sont leurs ami(e)s et leurs parents. Par ailleurs peu d’élèves ayant un test positif en parlent à une personne ressource. Il est donc important de soutenir le développement des compétences psychosociales chez les élèves dans les collèges, et ainsi de leur donner des outils afin d’en parler notamment auprès d’adultes ressources.

Il apparaît tout de même une limite importante à l’évaluation de la faisabilité de cette campagne d’auto-dépistage, qui est le refus de la majorité des établissements scolaires d’y participer pour différents motifs.

Il serait intéressant d’élargir l’évaluation de la faisabilité à un nombre plus important d’établissements, en sensibilisant en amont les différents acteurs administratifs, éducatifs, et médicaux des établissements scolaires.

Ce test d’auto-dépistage par affichage, pourrait s’intégrer dans un système plus large de prévention et de repérage du risque suicidaire chez les adolescents, à la fois en milieu scolaire mais aussi avec les intervenants médico-sociaux extérieurs aux établissements.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Boussaïd N, Carrasco V, Carrière M, Desprat D, Fourcade N, Gonzalez L et al. Suicide Enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence (En ligne). Observatoire nationale du suicide. 3e éd. Février 2018. Cité le 30 avril 2020. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons3.pdf>. [Internet]. [cité 27 mai 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons3.pdf>
2. Binder P, Heintz A-L, Servant C, Roux M-T, Robin S, Gicquel L, et al. Screening for adolescent suicidality in primary care: the bullying-insomnia-tobacco-stress test. A population-based pilot study. *Early Interv Psychiatry*. 2018;12(4):637-44.
3. Binder P, Heintz A, Haller DM, Favre A, Tudrej B, Ingrand P, et al. Detection of adolescent suicidality in primary care: an international utility study of the bullying-insomnia-tobacco-stress test. *Early Interv Psychiatry*. févr 2020;14(1):80-6.
4. OMS | Développement des adolescents [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/
5. Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2020, France – Bilan démographique 2019 | Insee [Internet]. [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892086?sommaire=1912926>
6. Marcelli D, Braconnier A, Tandonnet L. Adolescence et psychopathologie. Elsevier Health Sciences; 2018. 945 p.
7. Laurence Dalem. La consultation de l'adolescent en médecine générale : d'après une enquête menée auprès de 116 médecins généralistes de la région de Chambéry et d'Aix-les-Bains (Savoie, 73). Médecine humaine et pathologie. 2003. dumas-00793715 [Internet]. [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00793715/document>
8. Troger V, Ruano-Borbalan J-C. Histoire du système éducatif: « Que sais-je ? » n° 3729. Que sais-je; 2017. 106 p.
9. Tremblay J-M. Margaret Mead: Adolescence à Samoa [Internet]. texte. 2005 [cité 27 mai 2020]. Disponible sur: http://classiques.uqac.ca/classiques/mead_margaret/moeurs_sexuelles/livre_2/livre2_intro.html
10. Les grands principes du système éducatif [Internet]. Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse. [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/les-grands-principes-du-systeme-educatif-9842>
11. Le taux de chômage augmente de 0,1 point au troisième trimestre 2016 - Informations rapides - 300 | Insee [Internet]. [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2491592>
12. Breton DL. L'Adolescence et conduites à risques. Fabert; 2015. 38 p.

13. Écrans et jeux vidéo à l'adolescence - Tendances 97 - décembre 2014 - OFDT [Internet]. [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettres-tendances/ecrans-et-jeux-video-ladolescence-tendances-97-decembre-2014/>
14. Blaya C, Séraphin A. Risques et sécurité des enfants sur Internet : rapport pour la France. 1 janv 2012;
15. Leroux Y. Internet, sexualité et adolescence. *Enfances Psy*. 12 déc 2012;n° 55(2):61-8.
16. Rousseau J-J, Charrak A. *Emile ou de l'éducation*. Paris: Editions Flammarion; 2009. 841 p.
17. Debesse. *La crise d'originalité juvénile*. Paris, P.U.F. Presses Universitaires de France - P.U.F., Bibliothèque de Philosophie Contemporaine; 1941.
18. Alvin P, Marcelli D. *Médecine de l'adolescent*. Elsevier Masson; 2005. 506 p.
19. Gomez J-M, Linden MV der. Impulsivité et difficultés de régulation émotionnelle et de gestion des relations sociales chez l'enfant et l'adolescent. *Developpements*. 2009;n° 2(2):27-34.
20. Bernateau I. La separation, un concepto para pensar las relaciones precoces y sus cambios en la adolescencia. *Psychiatr Infant*. 2008;2(51):425-55.
21. Psychologie et développement de l'enfant. Les dossiers de l'infop. [Internet]. [cité 29 mai 2020]. Disponible sur: https://ressources-cemea-pdll.org/IMG/pdf/developpement_enfant_dossier.pdf
22. Tremblay J-M. Les classiques des sciences sociales: Émile Durkheim, Le suicide. Étude de sociologie. [Internet]. texte. 2005 [cité 28 mai 2020]. Disponible sur: http://classiques.uqac.ca/classiques/Durkheim_emile/suicide/suicide.html
23. Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, et al. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *The Lancet*. sept 2009;374(9693):881-92.
24. Geoffroy PA, Amad A, Camus V, Thomas P, Franchi J-AM, Quiles C. *Référentiel de psychiatrie : Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie*. Tours: Presses universitaire François Rabelais; 2014. 600 p.
25. Suicide et tentatives de suicide : données épidémiologiques récentes / Suicide and suicide attempts: Recent epidemiological data for France. :52.
26. Chan-Chee C. Les hospitalisations pour tentative de suicide dans les établissements de soins de courte durée : évolution entre 2008 et 2017 / hospitalizations for attempted suicide in acute care facilities in france: trends between 2008 and 2017. :7. :7.
27. Léon C., Chan-Chee C., du Roscoät E., et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. *Baromètre de santé publique france 2017 : tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les 18-75 ans*. 2018. [Internet]. [cité 18 mai 2020]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/pdf/2019_3-4_1.pdf
28. *Bulletin de Santé Publique Pays de La Loire*. Février 2019.

29. SUICIDE Enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence 3e rapport/février 2018.
30. EUROSTAT. Taux de mortalité par suicide par groupe d'âge. [Internet]. [cité 9 déc 2019]. Disponible sur: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00202/default/table?lang=fr>
31. Jans T. SUICIDE AND SELF-HARMING BEHAVIOUR. :41.
32. données Inserm citées par Pommereau X. L'adolescent suicidaire. (3e éd.) Paris: Dunod; 2005.
33. Beyondblue, National Health and Medical Research Council (Australia). Clinical practice guidelines: depression in adolescents and young adults. Melbourne? Beyondblue; 2011.
34. Bobin E, Sarfati Y. Tentatives de suicide à répétition: peut on arrêter les récidivistes? Nervure 2003; 16(3):14-18. .
35. Renaud J, Berlim MT, McGirr A, Tousignant M, Turecki G. Current psychiatric morbidity, aggression/impulsivity, and personality dimensions in child and adolescent suicide: A case-control study. J Affect Disord. janv 2008;105(1-3):221-8.
36. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth Suicide Risk and Preventive Interventions: A Review of the Past 10 Years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. avr 2003;42(4):386-405.
37. Janssen E. Tentatives de suicide, pensées suicidaires et usages de substances psychoactives chez les adolescents français de 17 ans. premiers résultats de l'enquête escapad 2017 et évolutions depuis 2011 / suicide attempts, suicidal thoughts and use of psychoactive substances among 17-year-old french adolescents. first results of the escapad 2017 survey and changes since 2011. :9. :9.
38. Fredriksen K, Rhodes J, Reddy R, Way N – Sleepless in Chicago : tracking the effects of adolescent sleep loss during the.
39. Sleep Disturbance Preceding Completed Suicide in Adolescents [Internet]. [cité 17 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2823295/>
40. Liu X. Sleep and Adolescent Suicidal Behavior. 2004;27(7):8.
41. Jennifer A. Epstein et Anthony Spirito (2009). Facteurs de risque de suicidalité chez un échantillon d'élèves du secon.
42. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study [Internet]. [cité 2 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC117126/>
43. Lynskey MT, Fergusson DM. Childhood conduct problems, attention deficit behaviors, and adolescent alcohol, tobacco, and illicit drug use. J Abnorm Child Psychol. 1 juin 1995;23(3):281-302.
44. Bullying, depression, and suicidality in adolescents. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 2 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17195728>

45. Sharaf, AY, Thompson, EA et Walsh, E. (2009), Effets protecteurs de l'estime de soi et du soutien familial sur les compo.
46. Goldston DB, Daniel SS, Reboussin DM, Reboussin BA, Frazier PH, Kelley AE. Suicide Attempts Among Formerly Hospitalized Adolescents: A Prospective Naturalistic Study of Risk During the First 5 Years After Discharge. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1 juin 1999;38(6):660-71.
47. Jane Costello E, Erkanli A, Angold A. Is there an epidemic of child or adolescent depression? *J Child Psychol Psychiatry*. déc 2006;47(12):1263-71.
48. Pilowsky DJ, Wu L-T, Anthony JC. Panic attacks and suicide attempts in mid-adolescence. *Am J Psychiatry*. 1999;156(10):1545-9.
49. Grøholt B, Ekeberg O, Wichstrøm L, Haldorsen T. Suicide among children and younger and older adolescents in Norway: a comparative study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. mai 1998;37(5):473-81.
50. Wichstrøm L. Predictors of adolescent suicide attempts: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. mai 2000;39(5):603-10.
51. Pillet V. La théorie de l'attachement : pour le meilleur et pour le pire. *Dialogue*. 1 avr 2007;n° 175(1):7-14.
52. Jeammet P., Birot E., « Etude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte », Paris, .
53. Jacobson CM, Muehlenkamp JJ, Miller AL, Turner JB. Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *J Clin Child Adolesc Psychol Off J Soc Clin Child Adolesc Psychol Am Psychol Assoc Div 53*. avr 2008;37(2):363-75.
54. Nock MK, Joiner TE, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res*. 30 sept 2006;144(1):65-72.
55. Lipschitz DS, Winegar RK, Nicolaou AL, Hartnick E, Wolfson M, Southwick SM. Perceived abuse and neglect as risk factors for suicidal behavior in adolescent inpatients. *J Nerv Ment Dis*. janv 1999;187(1):32-9.
56. Gratz K. Risk Factors for and Functions of Deliberate Self-Harm: An Empirical and Conceptual Review. *Clin Psychol Sci Pract*. 1 juin 2003;10:192-205.
57. Orbach I, Glaubman H. Suicidal, aggressive, and normal children's perception of personal and impersonal death. *J Clin Psychol*. oct 1978;34(4):850-6.
58. Marcelli D, Mezange F. Les accidents à répétition chez l'adolescent. [/data/revues/00351040/00850006/555/](https://www.em-consulte.com/en/article/140898) [Internet]. 15 avr 2008 [cité 7 avr 2020]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/140898>
59. World Health Organization. Prvention du suicide: l'tat d'urgence mondiad. Place of publication not identified: World Health Organization; 2015.

60. « Les interventions évaluées dans le champ de la prévention du suicide : analyse de la littérature », in « Santé de l'ho.
61. Van der Feltz-Cornelis C.M., Sarchiapone M., Postuvan V., Volker D., Roskar S., Grum A.T., et al. Best practice elements.
62. synthese_pnacs_2011-2014.pdf [Internet]. [cité 3 mai 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_pnacs_2011-2014.pdf
63. Katz et al. Respond [Internet]. [cité 3 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3828993/>
64. Evaluation of indicated suicide risk prevention approaches for potential high school dropouts. *Am J Public Health*. mai 2001;91(5):742-52.
65. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 26 oct 2005;294(16):2064-74.
66. Gould MS, Marrocco FA, Hoagwood K, Kleinman M, Amakawa L, Altschuler E. Service Use by At-Risk Youths After School-Based Suicide Screening. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1 déc 2009;48(12):1193-201.
67. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial - ScienceDirect [Internet]. [cité 3 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673614612137>
68. Randomized trial of a gatekeeper program for suicide prevention: 1-year impact on secondary school staff. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 3 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18229988>
69. The SOS Suicide Prevention Program: Further Evidence of Efficacy and Effectiveness. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 3 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26314868>
70. Nock MK, Green JG, Hwang I, McLaughlin KA, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Prevalence, Correlates, and Treatment of Lifetime Suicidal Behavior Among Adolescents: Results From the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*. 1 mars 2013;70(3):300.
71. Galland O. Choquet Marie, Ledoux Sylvie, Adolescents. Enquête nationale. *Rev Fr Sociol*. 1995;36(3):567-9.
72. Elbaum M. Evans A. Les consultations et visites des médecins généralistes, Un essai de typologie. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. N° 315. Juin 2004.& [Internet]. [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er315.pdf>
73. Meynard A, Broers B, Lefebvre D, Narring F, Haller DM. Reasons for encounter in young people consulting a family doctor in the French speaking part of Switzerland: a cross sectional study. *BMC Fam Pract* [Internet]. 30 oct 2015 [cité 17 avr 2020];16. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4628436/>

74. Chimène Tsiouazololo Djonkou - Que confient les adolescents à risque à leur médecin généraliste et à quelles conditions ? - UPthèses - Les thèses en ligne de l'Université de Poitiers [Internet]. [cité 24 mai 2020]. Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/17822>
75. Lacotte-Marly E. Les jeunes et leur médecin traitant : pour une meilleure prise en charge des conduites à risque. Thèse de médecine. Université René Descartes (Paris) ; 2004, 126p. [Internet]. [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: http://www.medecin-ado.org/addeo_content/documents_annexes/121-1-thesemarly.word.pdf
76. Jacobson L, Richardson G, Parry-Langdon N, Donovan C. How do teenagers and primary healthcare providers view each other? An overview of key themes. Br J Gen Pract. oct 2001;51(471):811-6.
77. Binder Ph. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? La revue du praticien. 2005 ; 55 : 1073-7 [Internet]. [cité 29 mai 2020]. Disponible sur: http://www.medecin-ado.org/addeo_content/documents_annexes/221-4-revuepraticien.pdf.pdf
78. Haut Comité de la Santé Publique. La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes. Rennes, Editions ENSP, 2000. [Internet]. [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: https://www.google.com/search?xsrf=ALeKk02Mx1ZTe9bE_sAp464h61a7J9QCog%3A1586255628758&source=hp&ei=DFeMXq-dLIH4aciwovAD&q=Haut+Comit%C3%A9+de+la+Sant%C3%A9+Publique.+La+souffrance+psychique+des+adolescents+et+des+jeunes+adultes.+Rennes%2C+Editions+ENSP%2C+2000.&oq=Haut+Comit%C3%A9+de+la+Sant%C3%A9+Publique.+La+souffrance+psychique+des+adolescents+et+des+jeunes+adultes.+Rennes%2C+Editions+ENSP%2C+2000.&gs_lcp=CgZwc3ktYWIQA1CFB1iFB2DSDGgBcAB4AIABAIgBAJIBAJgBAKABAqABAaoBB2d3cy13aXo&sclient=psy-ab&ved=0ahUKEwiv05fajtboAhUBfBoKHUiYCD4Q4dUDCAo&uact=5
79. Jacobson LD, Wilkinson C, Owen PA. Is the potential of teenage consultations being missed?: a study of consultation times in primary care. Fam Pract. sept 1994;11(3):296-9.
80. La durée des séances des médecins généralistes - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-duree-des-seances-des-medecins-generalistes>
81. Deveugele M, Derese A, De Bacquer D, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation in general practice: a standard operating procedure? Patient Educ Couns. août 2004;54(2):227-33.
82. CHOQUET M, ASKEVIS M, MANFREDI R, LEDOUX S, FRAISSE F, BIANCO JL, et al. Les adolescents face aux soins. La consultation, l'hospitalisation. s.l: s.n; 1992. 76 p.
83. Aufrand Guerin M. Evaluation du risque suicidaire chez les adolescents en médecine générale : étude quantitative descriptive auprès de médecins spécialisés en médecine générale en Pays de la Loire entre mai et novembre 2016. Thèse de médecine. Université d'Angers. 2017, p 56 [Internet]. [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20137299/2017MCEM7330/fichier/7330F.pdf>

84. Renée V. Point de vue des adolescents sur la place de leur parent en consultation de médecine générale. 2014.
85. McPherson A. Adolescents in primary care. *BMJ*. 26 févr 2005;330(7489):465-7.
86. Lowry R, Crosby AE, Brener ND, Kann L. Suicidal Thoughts and Attempts Among U.S. High School Students: Trends and Associated Health-Risk Behaviors, 1991–2011. *J Adolesc Health*. 1 janv 2014;54(1):100-8.
87. Jeunes filles et garçons scolarisés par âge France 2018 [Internet]. Statista. [cité 12 avr 2020]. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/474854/taux-de-scolarisation-par-sexe-et-age-en-france/>
88. Bridier F, Tadonnet L, Nouyrigat E, Bensoussan M, Berdah S, Pulik-Lida H. Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours. Novembre 2014. [Internet]. [cité 29 mai 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/manifestations_depressives_recommandations.pdf
89. Binder Ph. Dépister les conduites suicidaires des adolescents. Conception d'un test et validation de son usage (I) et (II). *Rev Prat Med Gen* 2004;18(650/651):576-80 et *Rev Prat Med Gen* 2004;18(652/653):641-5. [Internet]. [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.ors-poitou-charentes.org/pdf/TSTS041.pdf>
90. Gámez-Guadix M, Orue I, Smith PK, Calvete E. Longitudinal and reciprocal relations of cyberbullying with depression, substance use, and problematic internet use among adolescents. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. oct 2013;53(4):446-52.
91. Geel M van, Vedder P, Tanilon J. Relationship Between Peer Victimization, Cyberbullying, and Suicide in Children and Adolescents: A Meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 1 mai 2014;168(5):435-42.
92. Rudd MD, Berman AL, Joiner TE, Nock MK, Silverman MM, Mandrusiak M, et al. Warning Signs for Suicide: Theory, Research, and Clinical Applications. *Suicide Life Threat Behav*. juin 2006;36(3):255-62.
93. Horowitz LM, Bridge JA, Teach SJ, Ballard E, Klima J, Rosenstein DL, et al. Ask Suicide-Screening Questions (ASQ): a brief instrument for the pediatric emergency department. *Arch Pediatr Adolesc Med*. déc 2012;166(12):1170-6.
94. Safer DJ. Self-reported suicide attempts by adolescents. *Ann Clin Psychiatry Off J Am Acad Clin Psychiatr*. déc 1997;9(4):263-9.
95. Dafflon M, Michaud PA. [A clinical questionnaire for facilitating consultation with the adolescent]. *Praxis*. 6 janv 2000;89(1-2):24-31.
96. Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M, Thomas JG, Mostkoff K, Cote J, et al. Evaluating Iatrogenic Risk of Youth Suicide Screening Programs: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 6 avr 2005;293(13):1635-43.
97. Charles N. Direction des services départementaux de l'éducation nationale de la Loire-Atlantique - Quelques chiffres [Internet]. Nicolas Charles; [cité 9 avr 2020]. Disponible sur:

<https://www.dsden44.ac-nantes.fr/direction-academique/presentation-de-la-dsden-44/en-chiffres/quelques-chiffres-598797.kjsp>

98. Conférence de consensus. Lutter contre les difficultés scolaires : le redoublement et ses alternatives ? Partie 1 : le redoublement en France et dans le monde : une comparaison statistique et réglementaire. Conseil national d'évaluation du système scolaire. Décembre 2014. [Internet]. [cité 29 mai 2020]. Disponible sur:
http://www.cnesco.fr/wp-content/uploads/2015/01/partie_1.pdf
99. Binder P, Francis C. Dépister les conduites suicidaires des adolescents (II): Audit clinique auprès de généralistes des Deux-Sèvres. 26 avr 2004;
100. Jones JD, Boyd RC, Calkins ME, Ahmed A, Moore TM, Barzilay R, et al. Parent-Adolescent Agreement About Adolescents' Suicidal Thoughts. *Pediatrics* [Internet]. 1 févr 2019 [cité 20 avr 2020];143(2). Disponible sur:
<https://pediatrics.aappublications.org/content/143/2/e20181771>
101. Self-directed violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements. [Internet]. Centre for Suicide Prevention. [cité 20 avr 2020]. Disponible sur:
<https://www.suicideinfo.ca/resource/self-directed-violence-surveillance-uniform-definitions-and-recommended-data-elements/>

ANNEXES

Annexe 1 : Items présents dans le test TSTS-CAFARD

TSTS - CAFARD

TSTS : 5 questions d'ouverture

Thème	Question	Oui	Non
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	"Es-tu stressé (ou tendu) par le travail scolaire"		
	"Es-tu stressé (ou tendu) par la vie familiale"		

Si la réponse est «oui» pour pour l'un des thèmes, complétez en posant les questions ci-dessous (pour le thème concerné).

CAFARD : 5 niveaux de gravité

Thème	Question	Oui	Non
Sommeil : Cauchemars ?	"Fais-tu souvent des cauchemars"		
Traumatologie : Agression ?	"As-tu été victime d'une agression physique ?"		
Tabac : Fumeur quotidien ?	" Fumes-tu tous les jours du tabac ?"		
Sress scolaire : Absentéisme	« Es-tu souvent absent ou en retard à l'école ? »		
Sress familial : Ressenti Désagréable familial	« Dirais-tu que ta vie familiale est désagréable ? »		

Source: <https://afpa.org/content/uploads/2017/08/TSTS-CAFARD.pdf>

Annexe 2 : Lettre d'information à destination des établissements scolaires

Présentation du projet

Présentation du test BITS

Le test BITS est un questionnaire d'évaluation du risque suicidaire en médecine générale chez les adolescents.

Quel est la finalité de ce test ? Ce test permet d'approcher progressivement un mal-être qui ne s'exprime pas grâce à 4 questions banales. Il alerte sur la nécessité de poser la question des idées suicidaires ou des automutilations.

Sur quoi est-il fondé ? Il est construit sur une relation statistique entre la fréquence des antécédents d'idées ou d'actes suicidaires ou des automutilations (déclarés par des adolescents) et des éléments de leur vie quotidienne et des études en population générale et en cabinet de médecine générale.

Il a pris la suite du test TSTS-cafaré en l'améliorant.

Comment fonctionne-t-il ? Chaque réponse positive à une question d'ouverture ouvre sur une question complémentaire indiquant une gravité. Une fois les 4 questions répondues, un message indiquera si l'adolescent peut avoir des idées suicidaires.

Méthode de l'étude

Dans un premier temps, entretien individuel avec l'infirmière scolaire (après accord du chef d'établissement).

Points clés de l'entretien :

Présentation du test de dépistage rapide du risque d'idées suicidaires et risque de tentative de suicide (test BITS) à l'infirmière scolaire.

Proposition de mise en place d'une affiche dans l'établissement exposant le test BITS.

Dans un second temps (environ 4 semaines après l'affichage), distribution d'un questionnaire aux élèves de 4ème et 3ème des établissements concernés (« as-tu vu l'affiche ? as-tu fait le test ? quel était ton score ? s'il était positif, en as-tu parlé à une personne en qui tu as confiance ? as-tu consulté l'infirmière scolaire durant cette période ? »). Les conditions de réalisation du questionnaire seront à définir selon l'organisation de l'établissement.

Annexe 3 : Lettre d'information destinée aux équipes éducatives

Madame, Monsieur,

Nous sommes deux médecins généralistes et nous réalisons notre travail de thèse sur l'aide au dépistage du mal être adolescent en milieu scolaire.

Dans ce but, nous avons réalisé une affiche de dépistage (présentée en bas de page).

Cette affiche sera exposée pendant 1 mois dans votre établissement. Un mois après le début de l'affichage, nous distribuerons un questionnaire dans les classes afin de savoir si l'affiche a été vue et si le test qui y est présenté a été réalisé par les élèves.

Si un élève vient se confier à vous que faire ?

S'entretenir avec l'élève avec discrétion et bienveillance.

Un échange spontané, non intrusif, constitue une première étape. Cet échange témoigne de la préoccupation de l'adulte et donne la possibilité d'éclairer la situation. L'approche de bienveillance, de dialogue et d'accompagnement est un élément essentiel.

Durant l'échange avec l'élève, il est conseillé de :

- l'écouter, le laisser parler
- prendre sa parole en considération
- le rassurer, lui proposer de l'aide en signifiant qu'il sera peut-être nécessaire de faire appel à ses parents et/ou à d'autres professionnels, voire de l'accompagner dans cette démarche
- préciser que, le cas échéant, le secret devra être levé pour apporter une aide plus efficace.

Il faut éviter de :

- transformer l'entretien en interrogatoire
- minimiser les faits
- se laisser enfermer dans le secret

Partager l'information pour évaluer la situation

Il est nécessaire pour l'adulte de partager ses interrogations avec d'autres membres de l'équipe éducative, notamment avec les personnels sociaux et de santé.

Il s'agit d'évaluer la situation pour identifier si elle relève notamment :

- d'une urgence en matière de santé
- d'une situation relevant de la protection de l'enfance
- de difficultés de l'élève en lien avec son environnement scolaire.

Le contact avec les parents et/ou les responsables légaux est envisagé systématiquement, de manière immédiate ou différée, en prenant en compte l'intérêt de l'élève.

Pour plus d'information une plaquette réalisée par le ministère de l'éducation nationale est à votre disposition si vous le souhaitez, et nous restons également à votre disposition pour plus de précision.

Annexe 4 : Lettre d'information et la feuille d'accord parental

A l'attention des parents d'élèves,

Madame, Monsieur,

Nous sommes deux médecins généralistes et nous réalisons notre travail de thèse sur l'aide au dépistage du mal être adolescent en milieu scolaire.

Dans ce but, nous avons réalisé une affiche de dépistage (présentée en bas de page).

Cette affiche sera exposée pendant 1 mois dans le collège Condorcet.

Un mois après le début de l'affichage, nous distribuerons un questionnaire dans les classes afin de savoir si l'affiche a été vue et si le test qui y est présenté a été réalisé par les élèves.

Si vous êtes en accord avec ce projet, nous vous demanderons de signer en bas de page en accompagnant votre signature de la mention « lu et approuvé ».

En cas de refus, le questionnaire ne sera pas distribué à votre enfant.

Nous sommes à votre disposition si vous avez la moindre question,

Comment vas-tu ?
Fais le test !

Comment réaliser ce test ? Tu peux avoir soit 0 point soit 1 point soit 2 points **maximum** par thème.
Les 4 thèmes étant : Harcèlement, Sommeil, Tabac et Stress.
Concrètement, si tu réponds OUI à une question valant 2 points, ne compte pas les points des autres questions du même thème.

Thème	Question	Points
Harcèlement	Astu récemment été maltraité(e) ou harcelé(e) à l'école, y compris via ton téléphone ou internet ?	0 1 2
	Astu récemment été harcelé(e) en dehors de l'école ? (si tu réponds oui à cette question, ne compte pas le point de la question du dessus)	0 1 2
	Tu n'as pas été récemment harcelé(e) ou maltraité(e)	0 1 2
Sommeil	Astu des difficultés à dormir ?	0 1 2
	Fais-tu fréquemment des cauchemars ? (si tu réponds oui à cette question, ne compte pas le point de la question du dessus)	0 1 2
	Tu n'as pas de problème de sommeil	0 1 2
Tabac	Consommes-tu du tabac ?	0 1 2
	Consommes-tu du tabac tous les jours ? (si tu réponds oui à cette question, ne compte pas le point de la question du dessus)	0 1 2
	Tu ne fumes pas	0 1 2
Stress	Te sens-tu stressé(e) par le travail scolaire ou par l'atmosphère familiale ?	0 1 2
	Te sens-tu stressé(e) l'un ET l'autre ? (si tu réponds oui à cette question, ne compte pas le point de la question du dessus)	0 1 2
	Tu ne te sens pas stressé(e)	0 1 2

Si tu as un score supérieur ou égal à 3 il est possible que tu sois en souffrance. Ne garde pas cela pour toi, parles-en à quelqu'un en qui tu as confiance. Il y a forcément quelqu'un qui peut t'aider.

Annexe 5 : Affiche présentant le BITS test mise en place dans les collèges concernés par l'étude

Comment vas-tu ?

Fais le test !

Comment réaliser ce test ? Tu peux avoir soit 0 point soit 1 point soit 2 points **maximum** par thème.
Les 4 thèmes étant : Harcèlement, Sommeil, Tabac et Stress.
Concrètement, si tu réponds OUI à une question valant 2 points, ne compte pas les points des autres questions du même thème.

		POINTS	
Harcèlement	As-tu récemment été maltraité(e) ou harcelé(e) à l'école, y compris via ton téléphone ou internet ?	1	SCORE .../2
	As-tu récemment été harcelé(e) en dehors de l'école ? (si tu réponds oui à cette question, ne compte pas le point de la question du dessus)	2	
	Tu n'as pas été récemment harcelé(e) ou maltraité(e)	0	
Sommeil	As-tu des difficultés à dormir ?	1	SCORE .../2
	Fais-tu fréquemment des cauchemars ? (si tu réponds oui à cette question, ne compte pas le point de la question du dessus)	2	
	Tu n'as pas de problème de sommeil	0	
Tabac	Consommes-tu du tabac ?	1	SCORE .../2
	Consommes-tu du tabac tout les jours ? (si tu réponds oui à cette question, ne compte pas le point de la question du dessus)	2	
	Tu ne fumes pas	0	
Stress	Te sens-tu stressé(e) par le travail scolaire OU par l'atmosphère familiale ?	1	SCORE .../2
	Te sens-tu stressé(e) l'un ET l'autre ? (si tu réponds oui à cette question, ne compte pas le point de la question du dessus)	2	
	Tu ne te sens pas stressé(e)	0	
		TOTAL .../8	

Si tu as un score supérieur ou égal à 3 il est possible que tu sois en souffrance. Ne garde pas cela pour toi, parles-en à quelqu'un en qui tu as confiance. Il y a forcément quelqu'un qui peut t'aider.

Annexe 6 : Questionnaire distribué aux élèves inclus dans l'étude



Questionnaire thèse « Comment vas-tu ? »

1/ Quel est ton âge ?

.....Ans

2/ Sexe

☐ Féminin ☐ Masculin

3/ As-tu vu l'affiche « comment vas-tu ? » dans ton collège ?

☐ Oui ☐ Non

4/ Si tu as vu l'affiche as-tu fait le test ?

☐ Oui ☐ Non

5/ Si tu as fait le test, te souviens-tu de ton score ?

☐ Oui ☐ Non

Quel était alors ton score ? : / 8

6/ Si ton score était supérieur ou égal à 3, en as-tu parlé à quelqu'un ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui à qui ? :

☐ Parent ☐ Professeur ☐ Infirmière scolaire ☐ Assistant de vie scolaire (ex : CPE, surveillant)
☐ Un autre membre du personnel de ton collège ☐ Ton médecin traitant

☐ Autre :

Si non à qui en parlerais-tu ?

☐ Parent ☐ Professeur ☐ Infirmière scolaire ☐ Assistant de vie scolaire (ex : CPE, surveillant)
☐ Un autre membre du personnel de ton collège ☐ Ton médecin traitant

☐ Autre :

7/ Si ton score était inférieur à 3, ou si tu n'as pas fait ou vu le test, et que tu te sentais en souffrance, à qui en parlerais-tu ?

☐ Parent ☐ Professeur ☐ Infirmière scolaire ☐ Assistant de vie scolaire (ex : CPE, surveillant)
☐ Un autre membre du personnel de ton collège ☐ Ton médecin traitant

☐ Autre :

Si tu te sens en difficulté ou en souffrance, voici quelques ressources qui pourraient t'être utiles :

Site internet : <https://www.filsantejeunes.com>

Ligne d'écoute : 0 800 235 236

Maison des Adolescents de Aigrefeuille (Tél : 02 28 21 44 40)

**Vu, le Président du Jury,
Monsieur le Professeur Rémy SENAND**

**Vu, le Directeur de Thèse,
Monsieur le Docteur François VANDERMERSCH**

**Vu, le Doyen de la Faculté,
Madame le Professeur Pascale JOLLIET**

NOM : BRUGERE

PRENOM : Bertrand

NOM : MAGHE

PRENOM : Louis

Titre de thèse : Évaluation de la faisabilité d'un test d'auto-dépistage par affichage, du risque d'idées suicidaires et du risque de tentative de suicide, en milieu scolaire chez des adolescents de classes de 4ème et 3ème.

RÉSUMÉ

Introduction : La prévention et le repérage du risque suicidaire chez l'adolescent est complexe. Pour repérer et inciter les adolescents à aborder le sujet, un test de dépistage rapide (BITS test) a été développé. Nous avons émis l'hypothèse que ce test réalisé en milieu scolaire sous forme d'auto-dépistage par affichage pouvait permettre le repérage, et la prévention du risque suicidaire auprès d'un nombre important d'adolescents.

Objectifs : Cette étude visait à estimer la prévalence d'élèves de 4ème et 3ème de Loire Atlantique ayant réalisés le test d'auto-dépistage présent sur l'affiche. Il était également recherché la prévalence d'élèves ayant eu un résultat positif au BITS test, les facteurs de risques associés à un résultat au test positif, et les personnes ressources potentielles et effectives des élèves.

Méthode : Les collèges de Loire Atlantique qui le souhaitaient ont participé à cette étude observationnelle, descriptive, transversale. Dans chaque établissement, les élèves des classes de 4ème et 3ème ont été inclus dans l'étude. Des affiches présentant le BITS test ont été disposées dans les collèges inclus. Les différentes données ont été recueillies par questionnaires auprès des élèves. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du test du Chi2.

Résultats : Au total, 2 collèges devaient participer à l'étude, mais du fait de la situation sanitaire au deuxième trimestre 2020 en lien avec l'épidémie de COVID-19, le recueil de données n'a pu être réalisé que dans un collège. 151 élèves ont été inclus. Parmi eux, 115 (79,3% avec IC95% [71,8-85,5]) ont réalisé le BITS test qui était présenté sur l'affiche. La prévalence d'élèves ayant eu un résultat positif au BITS test était de 31,6% (IC95% [21,6-43,0]). Aucun des facteurs testés était associé à un sur-risque d'avoir un BITS test positif. Les principales personnes ressources effectives pour les élèves ayant un test positif étaient les ami(e)s (75%) et les parents (62,5%). Pour les élèves n'ayant pas eu recours à une personne ressource, ou ayant un test négatif, les principales personnes ressources potentielles étaient les parents (65%), et les ami(e)s (48%).

Conclusion : Cette étude suggère qu'une campagne d'auto-dépistage du risque suicidaire par affichage aurait sa place en milieu scolaire, du fait du nombre important d'élève ayant réalisé le test.

MOTS-CLÉS

suicide, tentative de suicide, idées suicidaires, adolescent, auto dépistage, BITS test, affiche, établissements scolaires, prévention