

**ACADEMIE DE VERSAILLES
UNIVERSITE DE VERSAILLES-SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES**

UFR MEDICALE PARIS-ILE-DE-FRANCE-OUEST

Année 2004

N°

**THESE
Pour le
DIPLOME D'ETAT DE
DOCTEUR EN MEDECINE**

Par

ROUSSEAU-MIGEON Céline
Née le 18 Septembre 1973
A Parthenay (79)

Présentée et soutenue publiquement le XX mai 2004

Titre : ETUDE DESCRIPTIVE DE LA CONSULTATION DES ADOLESCENTS
EN MEDECINE GENERALE SUR L'ANNEE 2002 A PARTIR D'UNE
BASE DE DONNEES COMPORTANT 14000 CONSULTATIONS

Président : Mr CHEVALLIER Bertrand, Professeur en Pédiatrie.

Dr Chevallier, vous nous faites l'honneur de présider ce jury de thèse, nous vous remercions pour l'intérêt que vous avez apporté à ce travail, qu'il soit le témoignage de notre reconnaissance et de notre admiration.

Aux membres du jury, nous vous sommes reconnaissants d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse, veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre profonde considération.

A Pascal Clerc je te suis très reconnaissante d'avoir accepté d'être directeur de ma thèse, et de m'avoir soutenue et fait confiance lors de ce travail. Pour tes conseils précieux, ton esprit de recherche et ton humanisme, autant pendant le stage que pour cette thèse, sois assuré de ma profonde gratitude.

A tous les membres de la SFMG,

ANDREOTTI Gérard LA CRAU Provence-Alpes -Cote d'Azur, ANDRIEUX Dominique CERGY Ile de France, BAKES Jérôme SALLANCHES Rhone Alpes, BARDON Michel SEYNOD Rhone Alpes, BARDOUX Alain MAUBEUGE Nord Pas-de-Calais, BARGE Pierre LA CRAU Provence-Alpes -Cote d'Azur, BARREAU Laurent ST PERE EN RETZ Pays de Loire, BOE (DE) Thibaut BOIS D'ARCY Ile de France, BOECKLER Charles DAMARIE SUR SAULX Lorraine, BOISNAULT Philippe MAGNY en VEXIN Ile de France, BONENFANT Yves RENNES Bretagne, BOSSUET Patrick CHEVANCEAUX Poitou-Charentes, BOUGRAND Claude DRAVEIL Ile de France, BOUSQUET Pierre-Louis MARTIGUES Provence-Alpes -Cote d'Azur, BRULE Jean-Paul MOURMELON LE PETIT Champagne-Ardenne, CANDELIER Daniel SAINT-PARRES LES VAUDES Champagne-Ardenne, CASSET Stéphane DORNECY Bourgogne, CASTELAIN Eugène NOEUX LES MINES Nord Pas-de-Calais, CHARBAUT Etienne JUVIGNY SUR MARNE Champagne-Ardenne, CHOBERT Marc MARLIOZ Rhone Alpes, CLEMENCE Yvonnick REMIREMONT Lorraine, CLERC Pascal LES MUREAUX Ile de France, COHENDET Christian POISY Rhone Alpes, COLLIGNON-PORTE Rachelle MAGNY EN VEXIN Ile de France, COLOT Paul-Bruno REIMS Champagne-Ardenne, COURCOT Michel LOON PLAGES Nord Pas-de-Calais, COURTY Claude SAINT OUEN L'AUMONE Ile de France, DARRIEUX Jean-Claude LES ESSARTS LE ROI Ile de France, DAVOUX Nicole ALFORTVILLE Ile de France, DOK-HAC MYN DUC DRAVEUIL Ile de France, DOUCHET Philippe SEYNOD Rhone Alpes, DROULERS Antoine SUCY EN BRIE Cedex Ile de France, DUFOUR Didier BOLOGNE Champagne-Ardenne, DUGIT-GROS Dominique CERGY SAINT CHRISTOPHE Ile de France, DUGRAND Jean-Marc VILLENEUVE SUR LOT Aquitaine, DUHOT Didier MONTREUIL Ile de France, DUTEL Jean-Paul ANNECY Rhone Alpes, EBIN Georges EPINAY SOUS SENART Ile de France, FERRU Pierre GENCAY Poitou-Charentes, FICQUET René ASFELD Champagne-Ardenne, FILIPPI Simon GAP Provence-Alpes -Cote d'Azur, FLORENTIN Patrick SENONES Lorraine, GABILLARD Gilles POITIERS Poitou-Charentes, GAINET Michel PIERRE FONTAINE LES VARANS Franche-Comté, ALASSO Eugenio BOULOGNE BILLANCOURT Ile de France, GAUVIN Martine CRAN GEVRIER Rhone Alpes, GAVID Bernard NEUVILLE De POITOU Poitou-Charentes, GERARD Dominique ST VALLIER Bourgogne, GIBILY Alain CHALONS EN CHAMPAGNE Champagne-Ardenne, GIRAND Bernard PARIS Ile de France, GOREL Jean-Luc SAINTE MENEHOULD Champagne-Ardenne, GRAZZINI Jean-Paul MARTIGUES Provence-Alpes -Cote d'Azur, GRIOT Elisabeth LE GENEST Pays de Loire, GRUZ Laurence SALLANCHES Rhone Alpes, GUERBER Eric AMBON Bretagne, HELSENS Claudie CERGY Ile de France, HERONNIERE (DE LA) Rémy RUMILLY Rhone Alpes, HINTZY Lionel VERSAILLES Ile de France, HODE Michel SEYNOD Rhone Alpes, HOFNUNG Daniel POITIERS Poitou-Charentes, HUBER Corinne DIJON Bourgogne, IKKA Michel VALENTON Ile de France, JACOT Philippe VERSAILLES Ile de France, JACQUES Gerard SAINT MEMMIE Champagne-Ardenne, JACQUIER Dominique CROSNE Ile de France, JAMBON Michel METZ TESSY Rhone Alpes, JOURNET Hervé SAINT MEMMIE Champagne-Ardenne, KANDEL Olivier POITIERS Poitou-Charentes, LANQUE Patrick SAINT OUEN L'AUMONE Ile de France, LARSIMON Patrick THOLLON LES MEMISES Rhone Alpes, LE DU AJAVON Marie-Pierre CROSNE Ile de France, LE GALL Maryline TROYES Champagne-Ardenne, LEEUWS Jean-Luc CHATEAU D'OLONNE Pays de Loire, LEININGER Patrice BOULOGNE BILLANCOURT Ile de France, LEMAIRE Laurent CARVIN Nord Pas-de-Calais, LEMASSON Jean-François AMBON Bretagne, LEMETTRE Patrick EPAGNY Rhone Alpes, LEVAGUERES Didier 91800 Ile de France, MANDEFIELD Marie-Françoise VERSAILLES Ile de France, MARGERIT Christophe VERSAILLES Ile de France, MARSILI Chrystel BRAINS Pays de Loire, MARTIN Jacques MARNAZ Rhone Alpes, MASQUELIER Philippe FOURNES en WEPPE Nord Pas-de-Calais, MASQUILIER René BLOIS Centre Val de Loire, MATHELIN-RIVOIRE Jean-Paul PARIS Ile de France, MAUGARD Jean-François POITIERS Poitou-Charentes, NANSION Gerard FOUQUIERES LES LENS Nord Pas-de-Calais, NEAULT Jean-François DEMIGNY Bourgogne, ODDOU-RICHARD Christel EPAGNY Rhone Alpes, OECHSNER DE CONINCK Pierre BLOIS Centre Val de Loire, OPOCZINSKI Bernard POGNY Champagne-Ardenne, ORME LYNCH John-Francis ATHIS MONS Ile de France, PATEL Anne CRAN GEVRIER Rhone Alpes, PERRIN André BRAINS Pays de Loire, PREL Jean-Pierre LE GENEST ST ISLE Pays de Loire,

QUINCY Michel PARIS Ile de France, QUINCY Yves PARIS Ile de France, RAINERI François MASSY Ile de France, REMOND Roland EPINAY SOUS SENART Ile de France, RICHARD Philippe COMPERTRIX Champagne-Ardenne, RIERA Isabelle POISY Rhone Alpes, ROBERT Yvan BOLOGNE Champagne-Ardenne, ROUALET Bruno TROYES Champagne-Ardenne, SABO Milivoj AUBERVILLIERS Ile de France, SALFATI Guy AUTUN Bourgogne, SARDNAL Théodore YERRES Ile de France, SEBBAH André-Prosper PARIS Ile de France, SILVESTRE Jacques ESTRABLIN Rhone Alpes, SIMONNET Mathieu POITIERS Poitou-Charentes, SZIDON Philippe CERGY Ile de France, THENAISY Michel BLOIS Centre Val de Loire, THOMAS DESESSARTS Yann CERGY SAINT CHRISTOPHE Ile de France, TISCORNIA Brigitte CERGY Ile de France, VERNET Bernard AVALLON Bourgogne, VERY Gérard BRUNOY Ile de France, VIGOUROUX Philippe CERGY SAINT CHRISTOPHE Ile de France, VIONNET-FUASSET Joël MAGNY EN VEXIN Ile de France, ZILBER Boris SALLANCHES Rhone Alpes,

veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma profonde gratitude.

A mes parents qui m'ont permis de réaliser mes études de médecine et m'ont toujours fait confiance. L'aboutissement de cette thèse est le moment pour moi de leur dire tout mon amour.

A Jean-François et Emmanuelle pour tous les bons moments passés ensemble, pour cette complicité qui nous lie, ils m'ont permis de me construire, que ce travail soit un moyen de leur témoigner mon amour.

A François et à Marie, mes amours.

Table des matières

1	<u>Introduction</u>	11
2	<u>Position du problème de la santé des adolescents avec revue de littérature</u>	12
2.1	<u>La mortalité à l'adolescence</u>	12
2.2	<u>La santé des adolescents</u>	13
2.3	<u>Le recours aux professionnels de santé</u>	14
3	<u>Schéma de l'étude</u>	16
3.1	<u>Objectifs et type d'étude</u>	16
3.2	<u>La base SFMG pour le recueil de données, le contrôle des saisies de données</u>	16
3.3	<u>Critères d'inclusion et type d'étude</u>	16
3.4	<u>Méthodes statistiques utilisées</u>	17
4	<u>Résultats de l'étude</u>	18
4.1	<u>Résultats concernant la population générale de la base en 2002</u>	18
4.1.1	<u>Répartition des patients par sexe</u>	18
4.1.2	<u>Nombre d'actes par sexe et par patient</u>	19
4.1.3	<u>Nombre de résultats de consultation par sexe</u>	20
4.2	<u>Population adolescente de 11 à 20 ans</u>	21
4.2.1	<u>Nombre d'adolescents dans la base de données en 2002</u>	21
4.2.2	<u>Ancienneté des adolescents dans la base</u>	22
4.2.3	<u>Nombre d'actes effectués pour les adolescents</u>	22
4.2.4	<u>La répartition des visites et des consultations</u>	25
4.2.5	<u>Le nombre de résultats de consultation à l'adolescence</u>	26
4.2.6	<u>La répartition des symptômes, syndromes et diagnostics dans les résultats de consultations</u>	27
4.2.7	<u>Les résultats de consultations aigus ou persistants chez les adolescents</u>	28
4.3	<u>Les résultats de consultations</u>	30
4.3.1	<u>Les 20 premiers résultats de consultation pour les hommes et les femmes de 11-20ans</u>	30
4.3.2	<u>Les 20 premiers résultats de consultation par tranche d'âge</u>	34
4.3.2.1	<u>Les principaux domaines pathologiques par tranche d'âge</u>	34
4.3.2.2	<u>Particularité de certaines pathologies par tranche d'âge</u>	35
4.3.3	<u>Les 20 premiers résultats de consultation aigus et persistants</u>	38
4.4	<u>Description de résultats de consultations importants en santé publique à l'adolescence</u>	40
4.4.1	<u>La traumatologie chez les 11-20ans</u>	40
4.4.2	<u>L'obésité et la surcharge pondérale chez les 11-20ans</u>	41
4.4.3	<u>Les résultats de consultation des examens systématiques, prévention et vaccination</u>	42
4.4.3.1	<u>Description des résultats de consultation</u>	42
4.4.3.2	<u>Analyse des Items</u>	44
4.4.4	<u>Le tabagisme, l'alcool et la toxicomanie</u>	47
4.4.4.1	<u>Description des résultats de consultation</u>	47
4.4.4.2	<u>Analyse des Items</u>	51
4.4.5	<u>L'anxiété et le nervosisme</u>	53
4.4.6	<u>L'insomnie</u>	54
4.4.7	<u>La dépression et l'humeur depressive</u>	55
4.4.7.1	<u>Description des résultats de consultation</u>	55
4.4.7.2	<u>Analyse des Items</u>	57
4.4.7.3	<u>Cas particulier de la réaction à une situation éprouvante</u>	58
4.4.8	<u>Les tentatives de suicide</u>	58
4.4.9	<u>Anorexie et boulimie</u>	59

4.4.9.1	<i>Description des résultats de consultation</i>	59
4.4.9.2	<i>Analyse des Items</i>	60
4.5	Prescriptions	61
4.5.1	<i>Prescription des médicaments pour les adolescents de 11-20ans</i>	61
4.5.2	<i>Les psychotropes et les antipyrétiques</i>	62
5	Limites, biais et apports de l'étude	65
5.1.1	<i>Les biais</i>	65
5.1.2	<i>Les limites</i>	65
5.1.3	<i>Les apports</i>	65
6	Discussion	66
6.1	Correspondance avec la littérature	66
6.1.1	<i>Les particularités des adolescents consultant en médecine générale</i>	66
6.1.1.1	<i>La répartition des consultations des adolescents par sexe</i>	66
6.1.1.2	<i>La répartition du nombre de résultats de consultation par sexe</i>	66
6.1.1.3	<i>Les adolescents consultent moins souvent que le reste de la population</i>	66
6.1.2	<i>Les différentes pathologies de l'adolescent</i>	67
6.1.2.1	<i>Les deux grandes classes pathologiques : la prévention primaire et les pathologies infectieuses et ORL</i>	67
6.1.2.2	<i>Les autres domaines de consultation des adolescents</i>	67
6.1.2.3	<i>Les maladies chroniques</i>	68
6.2	Les pathologies de santé publique à l'adolescence	69
6.2.1	<i>La traumatologie</i>	69
6.2.1.1	<i>La différence hommes-femmes</i>	69
6.2.1.2	<i>Taux de recours pour la traumatologie</i>	69
6.2.1.3	<i>Répartition des différentes lésions traumatiques</i>	70
6.2.1.4	<i>Conclusion</i>	70
6.2.2	<i>L'obésité et le surpoids</i>	70
6.2.3	<i>Les examens systématiques, la prévention et la vaccination</i>	71
6.2.3.1	<i>Les examens systématiques et prévention</i>	72
6.2.3.2	<i>Les vaccinations</i>	72
6.2.4	<i>La consommation de tabac, d'alcool et de drogue</i>	72
6.2.4.1	<i>L'alcool</i>	72
6.2.4.2	<i>Le tabac</i>	73
6.2.4.3	<i>La toxicomanie</i>	75
6.2.5	<i>L'anorexie et la boulimie</i>	76
6.2.6	<i>L'insomnie</i>	77
6.2.7	<i>L'anxiété</i>	77
6.2.7.1	<i>Quelles sont les particularités des jeunes consultant pour anxiété ?</i>	77
6.2.7.2	<i>Les pathologies associées à l'anxiété</i>	78
6.2.7.3	<i>Conclusion</i>	79
6.2.8	<i>La dépression</i>	79
6.2.8.1	<i>Quelle est la proportion des jeunes consultant pour dépression ?</i>	79
6.2.8.2	<i>Les filles consultent plus souvent pour dépression</i>	79
6.2.8.3	<i>Les jeunes suivis pour dépression consultent plusieurs fois par an</i>	80
6.2.8.4	<i>Les pathologies associées à la dépression</i>	80
6.2.8.5	<i>La répartition des éléments psychiques définissant la dépression</i>	80
6.2.8.6	<i>Conclusion</i>	81
6.2.9	<i>Les tentatives de suicides</i>	81
6.2.9.1	<i>Les tentatives de suicides sont plus fréquentes chez les filles</i>	81
6.2.9.2	<i>Les consultations pour tentatives de suicide sont rares dans notre étude</i>	81
6.2.9.3	<i>Les pathologies associées aux tentatives de suicide</i>	82
6.2.9.4	<i>Conclusion</i>	82
6.2.10	<i>Les prescriptions</i>	83

6.2.10.1	<i>Généralités sur les prescriptions</i>	83
6.2.10.2	<i>Les psychotropes et les antipyrétiques</i>	83
7	<u>Points remarquables de l'étude : quelles influences sur la pratique des médecins généralistes ?</u>	85
7.1	<u>Les points remarquables de l'étude</u>	85
7.2	<u>Prise en charge des adolescents en médecine générale : quelles améliorations ?</u>	87
8	<u>Conclusion</u>	90
9	<u>Bibliographie</u>	92
Annexe 1	<u>Données concernant la population générale de l'étude</u>	95
Annexe 2	<u>Données concernant la population adolescente de l'étude</u>	96
Annexe 3	<u>Résultats de consultations : généralités</u>	98
Annexe 4	<u>Les 20 premiers RC des 11-20 ans par sexe</u>	99
Annexe 5	<u>Les 20 premiers RC des 11-20 ans par tranche d'âge</u>	101
Annexe 6	<u>Les 20 premiers RC des 11-20 ans aigus et persistants</u>	104
Annexe 7	<u>Les résultats de consultations liés à la santé publique</u>	106
Annexe 8	<u>Prescriptions</u>	111
Annexe 9	<u>Maladies chroniques</u>	113
Annexe 10	<u>Base de données SFMG</u>	114

1 INTRODUCTION

La notion d'adolescence apparue au vingtième siècle est devenue prépondérante depuis les années 1970. Avant, il n'existait que deux mondes, le monde de l'enfance et le monde de l'adulte, car les enfants commençaient à travailler très jeunes.

Il est intéressant de regarder l'étymologie du mot adolescent qui veut dire grandir. L'adolescence est une période de transition, permettant de passer de l'enfance à l'âge adulte.

Elle débute par l'arrivée des premiers signes de puberté et apporte des transformations morphologiques importantes. L'acquisition de la fonction de reproduction définit la puberté, ainsi le jeune peut accéder à la sexualité. Ces modifications peuvent être source d'angoisse et de déséquilibre psychique (selon Klein et Winnicott).

Au milieu de ces transformations corporelles et psychiques, l'adolescent recherche son identité tout en refoulant les images parentales. Cela entraîne des réactions plus ou moins violentes d'angoisse et de conflits avec l'entourage, incitant certains auteurs à définir cette période comme une crise.

Devant cette symptomatologie spécifique de l'adolescence, il est important de faire la part entre les réactions normales d'un adolescent et les réactions pathologiques qui devront nécessiter une prise en charge médicale.

Lorsqu'ils ont besoin d'une aide médicale, les jeunes se tournent essentiellement vers l'infirmière scolaire et vers le médecin généraliste.

Ce dernier étant un interlocuteur privilégié des jeunes, il m'a semblé intéressant de réaliser une étude dont l'objectif principal serait de répertorier les pathologies des adolescents en consultation de médecine générale et les prescriptions réalisées lors de ces consultations. Ces descriptions permettront de mieux comprendre la prise en charge des adolescents par les médecins généralistes et de proposer des améliorations.

Pour cela, la SFMG (société française de médecine générale), m'a permis d'utiliser sa base de donnée Diogène, recueillant les dossiers médicaux de 100 médecins généralistes. La thèse présente l'analyse des dossiers des adolescents âgés de 11 à 20 ans ayant consulté en 2002.

2 POSITION DU PROBLEME DE LA SANTE DES ADOLESCENTS AVEC REVUE DE LITTERATURE

2.1 LA MORTALITE A L'ADOLESCENCE

En 1993, l'INSERM dénombrait 6000 décès par an chez les jeunes de 15 à 24 ans [3][4]. Ce qui correspond à 1% des décès observés sur l'ensemble de la population [5].

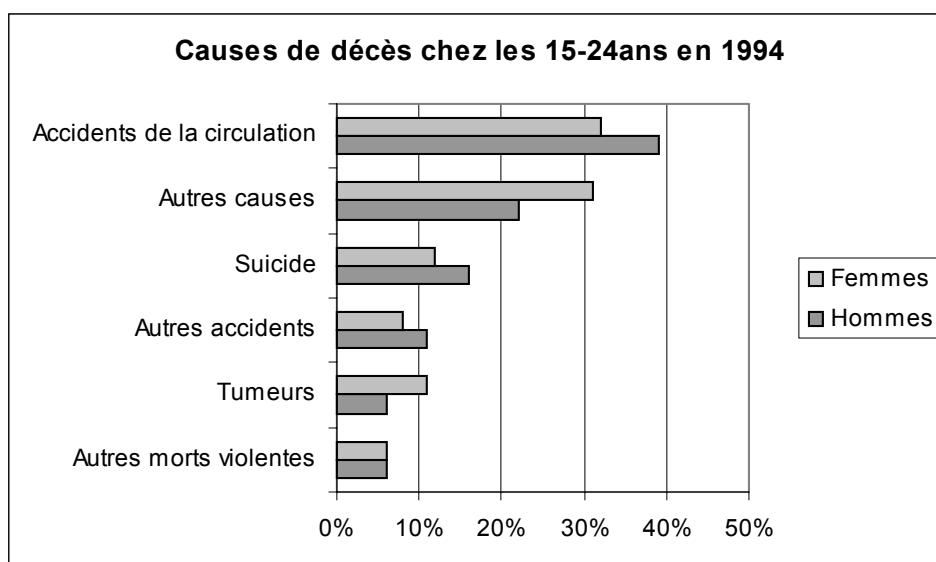
Le nombre de décès des jeunes de 15 à 24 ans, en France, est supérieur à de nombreux pays voisins comme l'Allemagne, l'Angleterre ou la Suède. Seuls la Belgique, l'Espagne et le Portugal ont un taux de mortalité plus élevé dans cette catégorie de population [3]. Ceci s'explique essentiellement par un pourcentage plus important d'accidents mortels de la circulation dans ces pays.

En effet, les accidents de la circulation apparaissent comme la première cause de décès chez les jeunes. En 2001, ils représentaient, dans l'enquête de la DRESS, 40% des décès chez les jeunes hommes de 15 à 24 ans et 32% chez les jeunes femmes [1]. Toutefois, depuis les années 80, on assiste à une diminution de la mortalité des jeunes européens, suite à une baisse du nombre d'accidents de la route.

Les suicides constituent la deuxième cause de mortalité des jeunes, avec en 1993, 16% des décès chez les garçons et 12% chez les filles [5].

Les autres causes de décès sont dues aux accidents par mort violente, aux tumeurs plus importantes chez les filles (11% pour les filles et 6% pour les garçons), et d'autres causes qui restent mal définies [5].

Enfin, on constate que les hommes présentent une surmortalité à l'adolescence, qui s'accroît avec l'âge [2][3][5].



Graphique tiré de l'étude INSERM en 1994 [5]

2.2 LA SANTE DES ADOLESCENTS

Toutes les études confirment que les adolescents se sentent plutôt en bonne santé. Dans le baromètre santé jeune 1997-1998, près de 80% des 12-19 ans déclarent se sentir en bonne santé et 1% seulement affirment le contraire [1][6]. Les jeunes de 10 à 19 ans déclarent en moyenne 1,3 maladies ou symptômes par an, alors que les 20-24 ans présentent 1,6 troubles par an [7]. Le nombre de maladies évoquées par les adolescents augmente donc avec l'âge.

Dans l'enquête CREDES en 1992, les principales pathologies des adolescents de 15-19 ans [8] sont tout d'abord les troubles de la réfraction présents chez 42 filles sur 100, et chez 27 garçons sur 100. Puis ce sont les maladies dentaires, essentiellement les caries, présentes chez 23 filles sur 100 et 20 garçons sur 100.

Les autres catégories de maladies sont moins fréquemment citées par les adolescents. Ce sont les maladies de peau, dont l'acné, évoquées chez 19 filles sur 100 et 20 garçons sur 100, les maladies respiratoires retrouvées chez 13 filles sur 100 et 12 garçons sur 100. Les autres maladies indiquées par les adolescents sont des symptômes mal définis comme l'asthénie ou les céphalées, les maladies ostéo-articulaires, les traumatismes, puis dans une moindre mesure les troubles mentaux, les maladies du système nerveux, les maladies de l'appareil digestif, ...

La majorité des problèmes de santé des adolescents sont essentiellement des troubles bénins. Cependant, 8,6% de jeunes sont atteints de maladies chroniques et des handicaps [13].

Pendant l'enfance les filles et les garçons présentent un taux de maladies relativement identique. Puis, dès l'âge de 10 ans une distinction apparaît [7][8] : les filles connaissent des troubles de santé de plus en plus nombreux par rapport aux garçons. Ce décalage s'accroît avec l'âge, essentiellement pour des symptômes mal définis comme l'asthénie et les céphalées, les troubles mentaux, les maladies du système nerveux (la migraine) et les maladies de l'appareil digestif.

Toutefois, une prédominance masculine existe pour un seul problème de santé, **les traumatismes**. La fréquence des accidents est beaucoup plus élevée chez les garçons. Les soins relatifs aux accidents constituent 60% des soins aux urgences hospitalières pour les

adolescents, dont 72% pour les garçons et 44% pour les filles [2][16]. Ceci correspond à la surmortalité masculine évoquée dans le chapitre précédent, liée au nombre de décès par morts violentes plus élevé chez les garçons.

A l'adolescence, certains problèmes de santé sont devenus de véritables sujets de santé publique, tels que **la consommation de tabac, d'alcool, de drogues et de médicaments psychotropes, l'obésité, la dépression et les tentatives de suicides et la traumatologie.**

Certains de ces troubles de santé sont liés au mal-être de l'adolescent. L'origine de ce mal être provient de l'adolescence elle-même, âge de transition entre l'enfance et l'âge adulte, âge de transformations physiques et psychiques très importantes pouvant déstabiliser le jeune et le mettre dans une situation de mal-être psychologique.

Cette notion de mal être, a été décrite dans l'étude INSERM réalisée par M. Choquet et S. Ledoux en 1994 [13]. Des questions étaient posées aux adolescents de 11 à 20 ans permettant de repérer différents signes de mal-être psychologique. Par exemple, les troubles du sommeil étaient présents chez 41% des jeunes, l'inquiétude chez 34% des jeunes, le manque d'espoir en l'avenir 22%, le sentiment de dépression 17%. De plus 27% des filles et 19% des garçons avaient déjà pensé au suicide depuis 12 mois, et 8% des filles et 5% des garçons avaient déjà fait une tentative de suicide.

Ces signes sont fréquents chez les jeunes, et sont parfois associés à des plaintes somatiques multiples (asthénie, gastralgies, dorsalgies, céphalées,...), pouvant cacher ce mal être psychologique [13].

Devant ces différents problèmes de santé, l'adolescent peut avoir besoin de consulter un professionnel de santé paramédical et médical.

2.3 LE RECOURS AUX PROFESSIONNELS DE SANTE

A l'adolescence, les jeunes peuvent souffrir de problèmes de santé propre à leur âge ou alors identiques à ceux rencontrés dans l'enfance ou à l'âge adulte.

Cette période de la vie est marquée par une consommation médicale basse. Cependant un adolescent de moins de 25 ans consulte en moyenne 6 fois par an un praticien libéral [7]. La fréquence de leurs consultations augmente avec l'âge, et les filles consultent plus souvent que les garçons. La moyenne du nombre de consultations pour les filles est de 6,9 par an alors que pour les garçons elle est de 5,3 par an [7][17].

De plus, on constate des différences de recours au soin au sein de la population. Ainsi, le jeune qui ne présente pas de couverture sociale, a une dépense médicale inférieure au reste de la population adolescente. Cela se traduit par un déficit chez ces jeunes de 60% des consultations chez le spécialiste et de 30-40% de celles chez le généraliste [18].

La situation socio-économique de la famille joue aussi un rôle dans la consommation médicale des jeunes. Le recours aux spécialistes est moins fréquent pour un jeune issu d'une famille avec de faibles revenus (souvent issu du milieu ouvrier), par rapport à un jeune issu d'une famille de cadres avec des revenus élevés. Le revenu du ménage influence donc le nombre et le type des consultations [9].

Par ailleurs, pour leurs consultations, les adolescents font appel à différents interlocuteurs médicaux et paramédicaux.

Le médecin généraliste est en première ligne avec 74,8% des jeunes ayant consulté au moins une fois un généraliste dans l'année. Puis viennent le dentiste avec 64,9% et l'ophtalmologue avec 22,3% [12].

Souvent, ils sont amenés à consulter les infirmières scolaires, professionnelles de proximité. Près d'un jeune sur deux fait appel à une infirmière scolaire dans l'année.

Les spécialistes sont aussi des interlocuteurs de santé pour les adolescents, 21,1% des jeunes consultent un dermatologue dans l'année, 9,4% un gynécologue, 6,5% un pédiatre et 4% un psychiatre ou un psychologue [12].

En fonction de leur pathologie, les jeunes auront une préférence pour certains interlocuteurs de santé.

Par exemple, l'assistante sociale sera plus souvent consultée par des jeunes présentant des difficultés psychologiques ou sociales ; il en est de même pour l'infirmière scolaire et le médecin généraliste.

Lorsqu'on s'intéresse à la catégorie des jeunes consommateurs de drogues, on remarque une augmentation du nombre de consultations pour ce groupe, et notamment des consultations de médecine générale, de psychiatrie et celles avec l'infirmière scolaire [12].

Tandis que les jeunes ayant déjà réalisé une tentative de suicide, consulteront plus souvent les psychiatres, et dans une moindre mesure les médecins généralistes, les infirmières scolaires et les assistantes sociales.

En ce qui concerne les hospitalisations, les garçons sont plus souvent hospitalisés que les filles. Les filles seront principalement hospitalisées pour des problèmes gynéco-obstétriques et des troubles mentaux. La majorité des hospitalisations des garçons est due aux accidents [2].

Le médecin généraliste est donc un interlocuteur privilégié des adolescents. L'étude suivante décrit partiellement les problèmes de santé de l'adolescent en consultation de médecine générale. Ce qui nous permet de discuter de la prise en charge des adolescents en médecine générale, vis-à-vis des données de la littérature française et européenne.

3 SCHEMA DE L'ETUDE

3.1 OBJECTIFS ET TYPE D'ETUDE

Cette étude a été réalisée avec l'aide d'une base de données Diogène regroupant des dossiers médicaux de médecins généralistes, créée par la SFMG (Société Française de Médecine Générale). Elle correspond à une étude descriptive rétrospective du premier janvier 2002 au 31 décembre 2002, au sein d'une cohorte historique de 1993 à 2002.

Cette étude permet de décrire la population des adolescents de 11 à 20 ans lors de consultations de médecine générale en 2002.

Elle permet aussi de détailler les pathologies les plus fréquentes des adolescents lors de ces consultations de médecine générale, et d'analyser certains problèmes de santé connus à l'adolescence.

Ainsi, après avoir fait ressortir certaines caractéristiques de la consultation de l'adolescent en médecine générale, nous pourrions envisager de discuter de la prise en charge des adolescents par le médecin généraliste et des améliorations possibles.

3.2 LA BASE SFMG POUR LE RECUEIL DE DONNEES, LE CONTROLE DES SAISIES DE DONNEES

La base de données de la SFMG sur laquelle est basée cette étude est décrite en Annexe 10 .

3.3 CRITERES D'INCLUSION ET TYPE D'ETUDE

Nous avons choisi d'étudier la période comprise entre le 01 janvier 2002 et le 31 décembre 2002.

Les dossiers sélectionnés concernent:

- Le jeune ayant consulté au moins une fois en 2002.
- Le jeune se situant dans la tranche d'âge 11-20 ans.

Pour l'analyse des données, cette tranche d'âge de 11-20 ans est découpée en 3 ou 4 tranches d'âge, les 11-13 ans, les 14-17 ans parfois séparée en 14-15 ans et 16-17 ans pour certaines précisions, et 18-20 ans. Pour les descriptions des consultations nous avons fait ressortir plusieurs variables dont le sexe, les tranches d'âge décrites ci-dessus, le nombre de consultations, le nombre de résultats de consultation, le nombre de consultations par acte et par patient, le nombre de résultats de consultation par acte et par patient, la notion de cas nouveaux et cas persistants, le nombre de médicaments par acte et par patient.

Nous avons choisi plusieurs pathologies correspondant à des problèmes de santé important à l'adolescence, retrouvées dans des études en milieu scolaire. Ces problèmes de santé sont la traumatologie, l'obésité, la consommation de tabac, d'alcool et de drogues, les troubles

dépressifs et les tentatives de suicide, et la consommation de médicaments comme les psychotropes et les antalgiques.

3.4 METHODES STATISTIQUES UTILISEES

Pour décrire les résultats de l'étude, nous avons utilisé les pourcentages, la moyenne, les écarts types et l'incidence.

Certains résultats ont nécessité une analyse par le test du Chi-2, pour définir la significativité des résultats, ou par le test exact de Fisher.

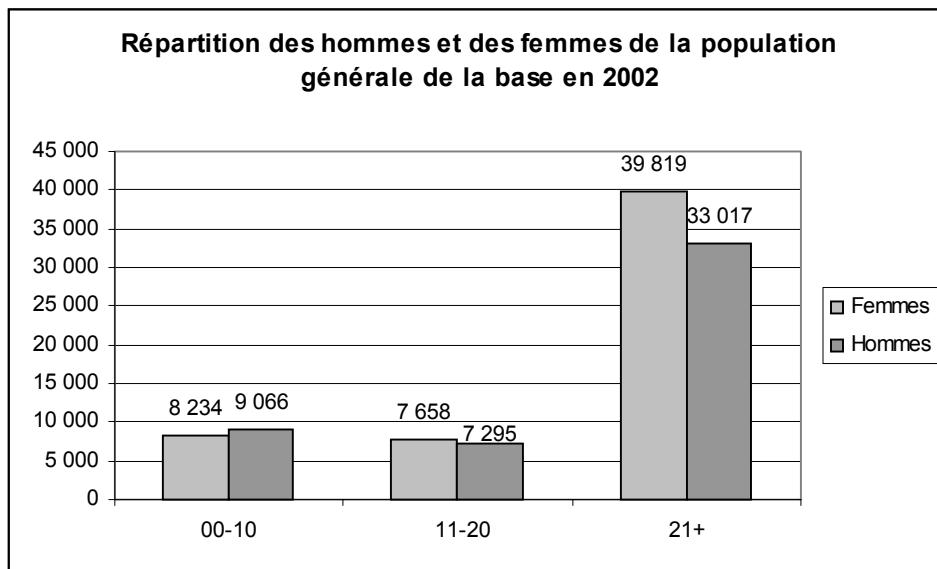
4 RESULTATS DE L'ETUDE

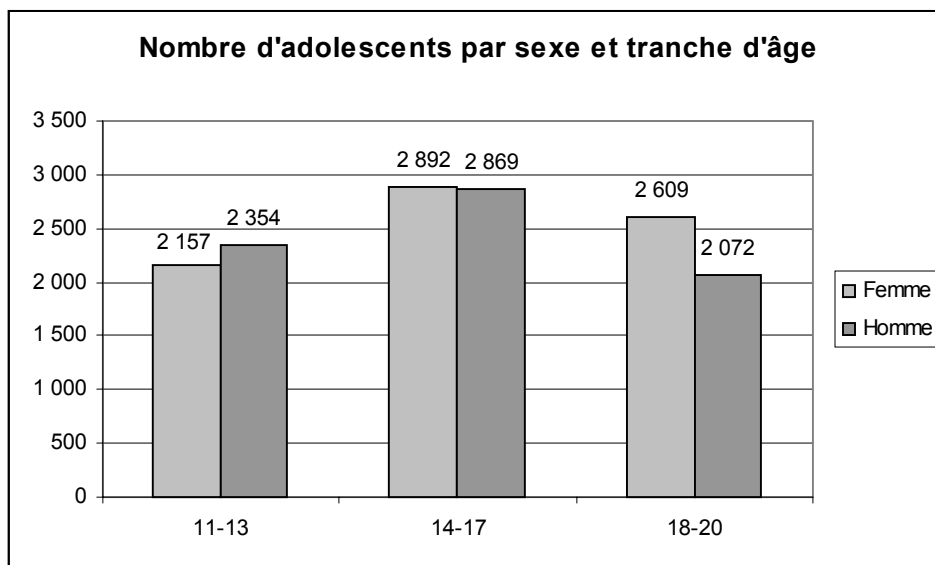
4.1 RESULTATS CONCERNANT LA POPULATION GENERALE DE LA BASE EN 2002

4.1.1 REPARTITION DES PATIENTS PAR SEXE

La population générale de la base Diogène en 2002 représente 105089 patients différents, dont 47%(49378) d'hommes et 53%(55711) de femmes. Les enfants de 0 à 10 ans sont au nombre de 17300 (16%), les adolescents représentent 14953 patients (14%) et les adultes 72836 (69%).

Graphiques : Répartition des hommes et des femmes de la population générale en 2002 (cf. Annexe 1 Tableau 1)



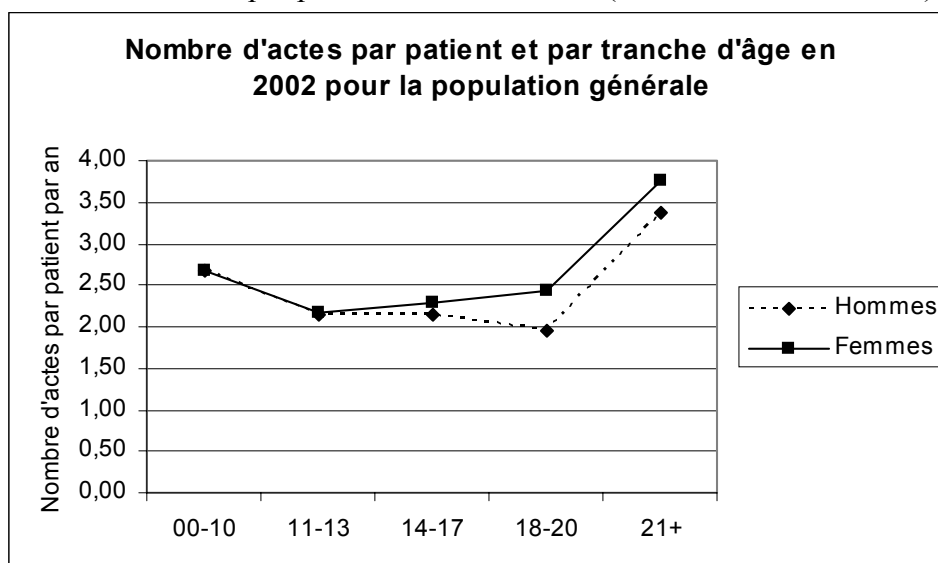


4.1.2 NOMBRE D'ACTES PAR SEXE ET PAR PATIENT

Dans la population générale de l'étude, le nombre d'actes en 2002 est de 151282(44,4%) actes pour les hommes et de 189604(55,6%) actes pour les femmes. La moyenne du nombre d'actes par patients est de 3,06 pour les hommes et 3,40 pour les femmes, tout âge confondu. Ainsi en moyenne, les femmes consultent plus souvent que les hommes.

Cette population générale a été divisée en trois tranches d'âge : les enfants de 0 à 10 ans, les adolescents de 11 à 20 ans et les adultes les plus de 20 ans. Les enfants garçons ou filles présentent en moyenne 2,68 actes par patient et par an, pour les adolescents le nombre d'actes est de 2,10 pour les garçons et de 2,19 pour les filles, et pour les adultes il est de 3,38 actes pour les hommes et de 3,77 actes pour les femmes.

Graphique : Nombre d'actes par patient sur l'année 2002(cf. Annexe 1 Tableau 2)



Ainsi comme on peut le voir sur ce schéma, l'adolescence est une période où le nombre de consultations est bas par rapport aux autres tranches d'âges.

4.1.3 NOMBRE DE RESULTATS DE CONSULTATION PAR SEXE

La notion de résultats de consultation (RC) correspond au diagnostic final posé par le médecin à la fin de la consultation, ce qui est différent du motif de consultation exprimé, lui, par le patient.

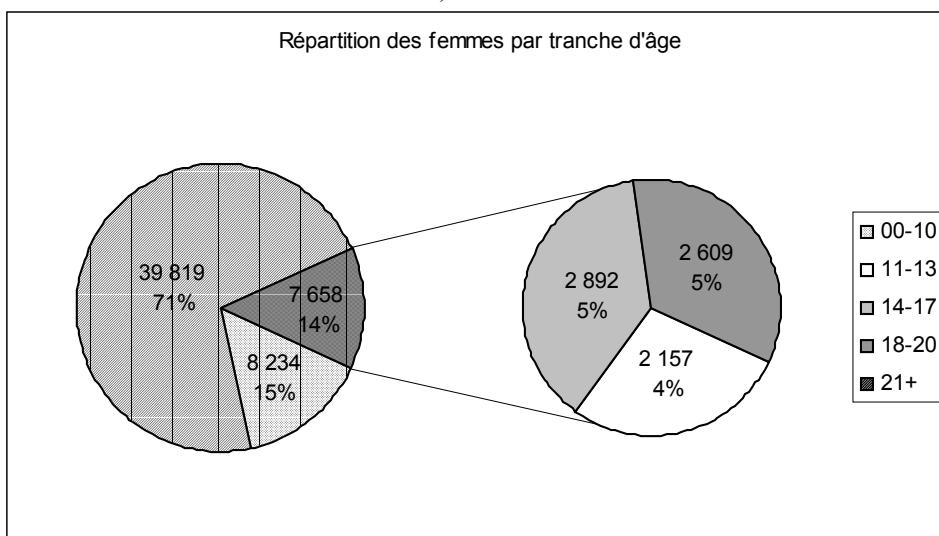
Dans la population générale, le nombre de résultats de consultation est de 224882 (42,7%) pour les hommes et de 301705 (57,3%) pour les femmes. Il est à noter que l'on peut trouver plusieurs RC lors d'une consultation.

4.2 POPULATION ADOLESCENTE DE 11 A 20 ANS

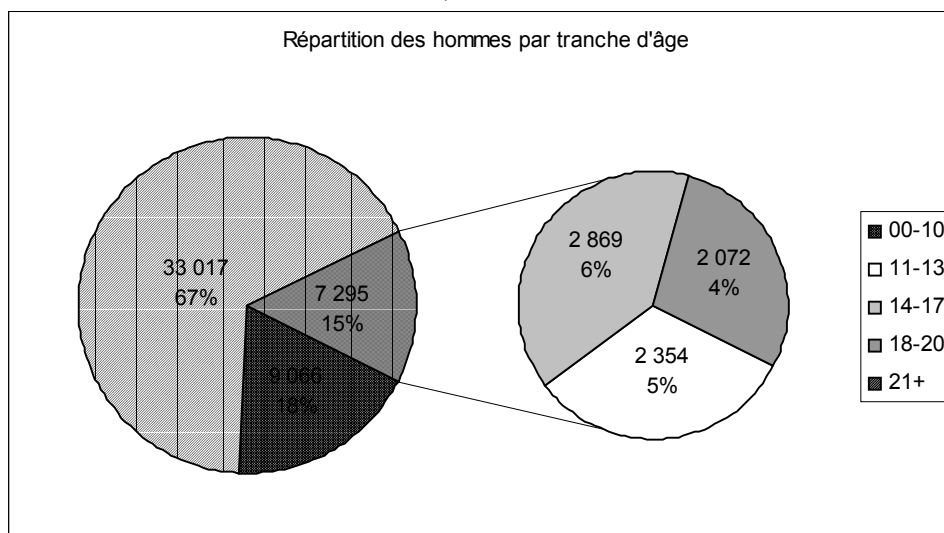
4.2.1 NOMBRE D'ADOLESCENTS DANS LA BASE DE DONNEES EN 2002

Les adolescents de 11-20ans sont au nombre de 14953 patients, dont 48,8% (7295) de garçons et 51,2% (7658) de filles. La tranche d'âge 11-20ans représente 14% (7658) de la population générale pour les femmes et 15% (7295) de la population générale pour les hommes.

Graphique : Répartition des femmes de la population générale et des adolescents en 2002 (cf. Annexe 1 Tableau 3 et Annexe 2 Tableau 4)



Graphique : Répartition des hommes de la population générale et des adolescents en 2002 (cf. Annexe 1 Tableau 3 et Annexe 2 Tableau 4)



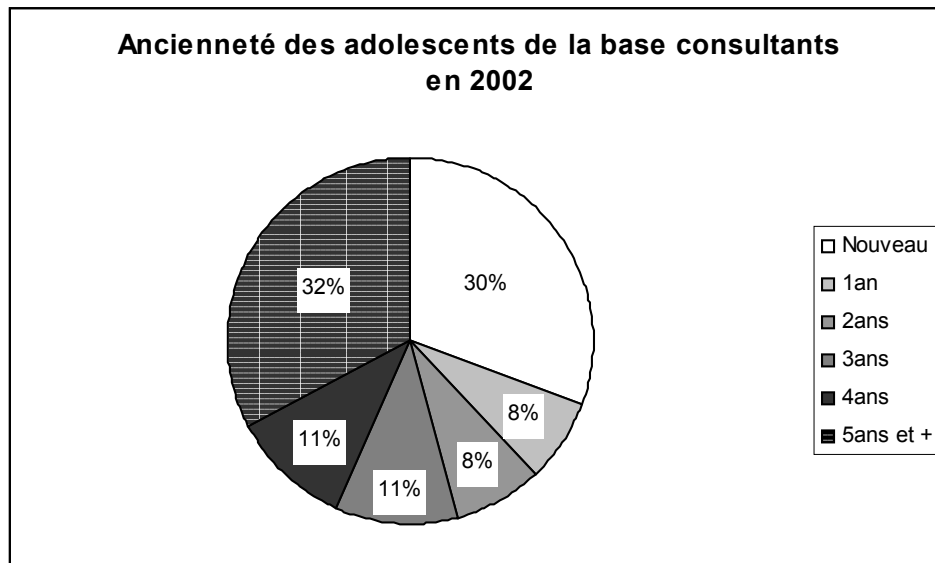
Comme dans la population générale de la base, les filles entre 11et 20 ans sont plus nombreuses que les garçons de 11-20 ans.

4.2.2 ANCIENNETE DES ADOLESCENTS DANS LA BASE

La base de données à commencer à collecter les données en 1993, nous pouvons donc connaître l'ancienneté des patients à partir de 1993, c'est-à-dire pour les adolescents ayant consulté en 2002, la possibilité d'avoir un historique de 10ans.

Les nouveaux patients constituent 30,5% des patients. Les patients ayant de 1 à 10 ans d'ancienneté concernent 69,5% des adolescents répartis de façon pratiquement homogène sur les 10 ans.

Graphique (cf. Annexe 2 Tableau 5)



Ainsi un tiers des patients étudiés en 2002 sont de nouveaux patients, les autres sont déjà connus du médecin généraliste.

4.2.3 NOMBRE D'ACTES EFFECTUES POUR LES ADOLESCENTS

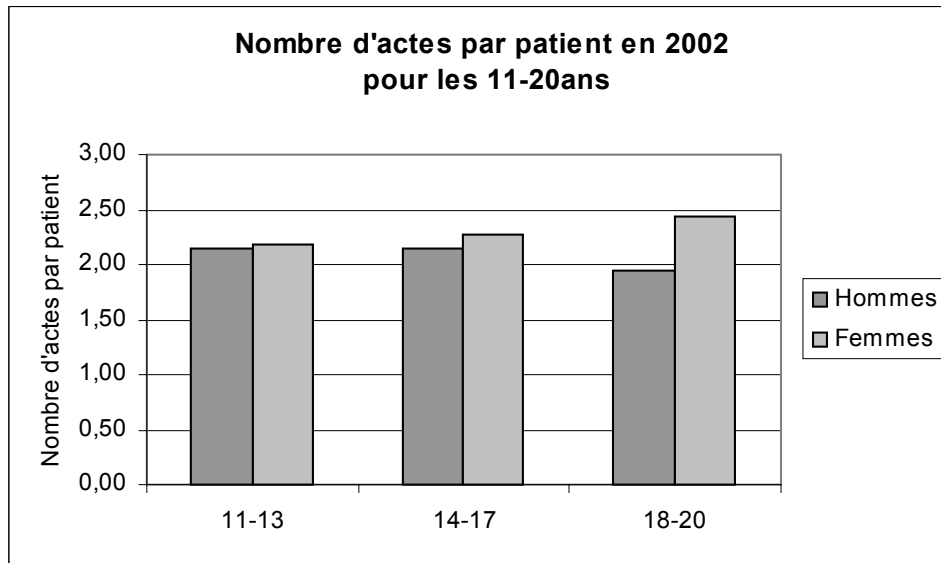
Pour les adolescents le nombre d'actes est de 32903 dont 46,4% (15270) pour les garçons et 53,4% (17633) pour les filles.

Les garçons de 11-20ans ont un nombre moyen de 2,10 (écart-type : 0,10) actes par an et les filles de 2,29 (écart-type : 0,14) actes par an.

Par tranche d'âge, le nombre d'actes par patient sur l'année 2002, est de :

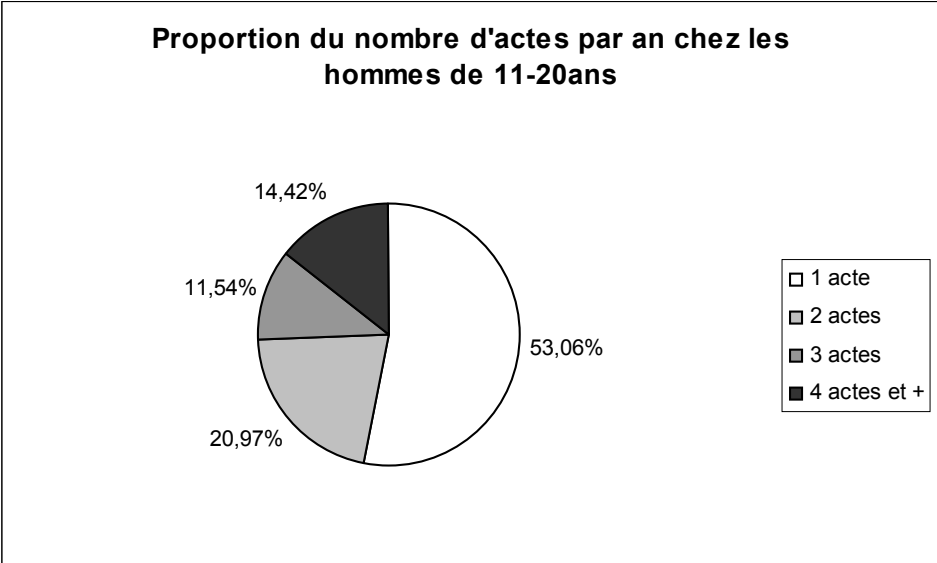
- Pour les 11-13ans, il est de 2,14 actes par an pour les garçons et de 2,18 actes par an pour les filles.
- Pour les 14-17ans il est de 2,15 actes par an pour les garçons et de 2,28 actes par an pour les filles.
- Pour les 18-20ans il est de 1,95 actes par an pour les garçons et de 2,43 pour les filles.

Graphique (cf. Annexe 1 Tableau 2)

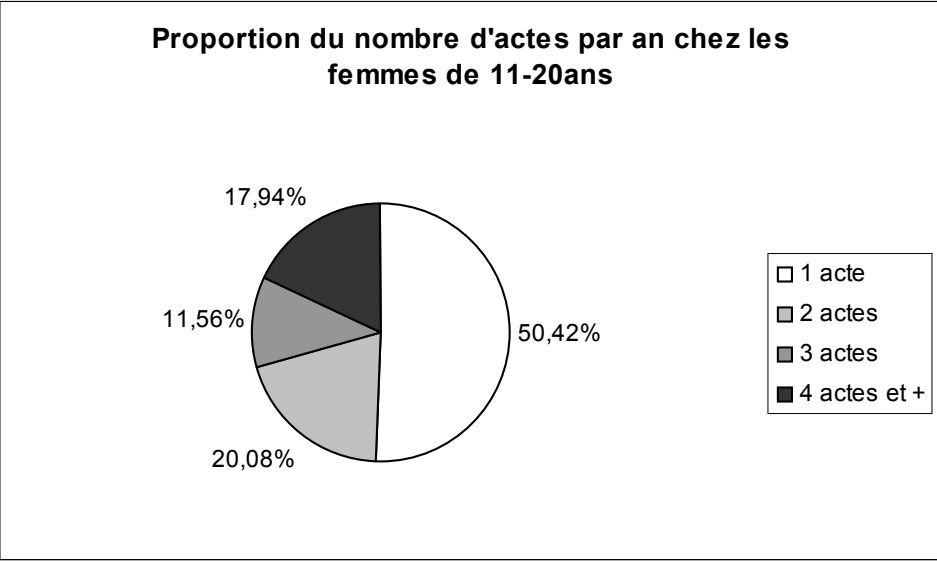


Le nombre de patients ayant consulté une seule fois sur un an est de 3861 (53%) pour les garçons et de 3861 (50,4%) pour les filles, les garçons ayant consulté deux fois sont 1530 (20,9%) et les filles 1538 (20%), pour trois consultations le nombre de garçons est de 842 (11,5%) et de 885 (11,5%) pour les filles, et ceux ayant consulté quatre fois et plus sont 1052 (14,4%) et 1374 (17,9%) filles. La différence hommes/femmes est significative dans la globalité ($p < 0,0001$).

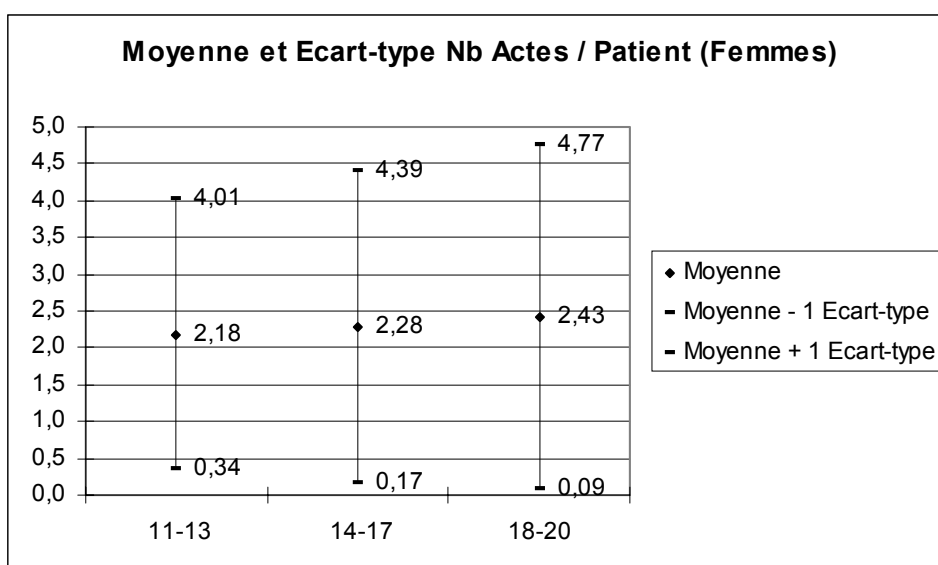
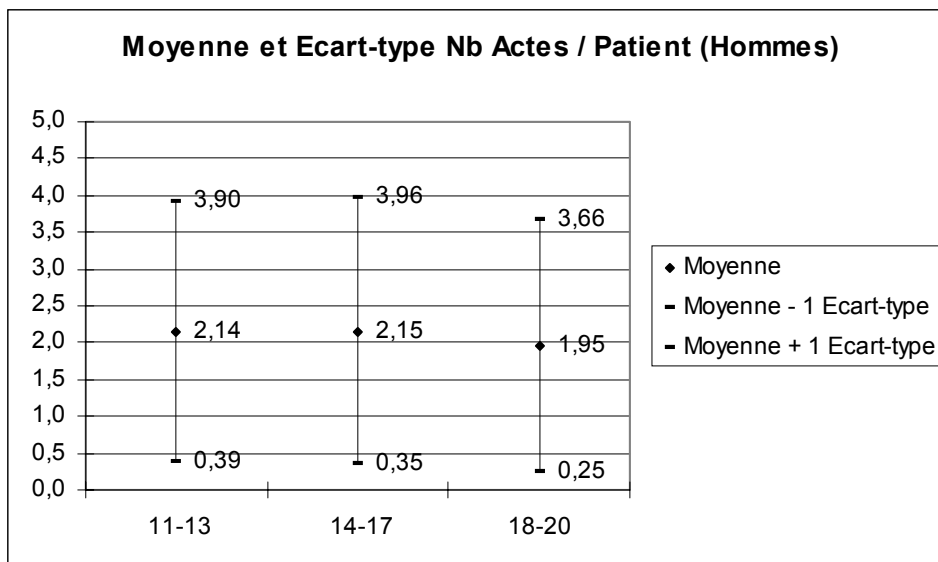
Graphique (Annexe 2 Tableau 6)



Graphique (cf. Annexe 2 ,Tableau 8)



Sur les schémas ci-dessous, sont regroupés les moyennes et les écart-types du nombre d'actes par patient, par tranche d'âge et par sexe. Les hommes ont une moyenne de 2,14 (écart-type 1,75) actes par patient à 11-13ans et à 18-20ans ils ont une moyenne de 1,95 (écart-type 1,7) actes par patient. Les femmes ont une moyenne de 2,18 (écart-type 1,84) actes par patient à 11-13ans et à 18-20ans elles ont une moyenne de 2,43 (écart-type 2,34) actes par patient.



Comme le montre ces schémas, les filles présentent un accroissement du nombre de consultations avec l'âge, avec un nombre de consultations qui peut varier beaucoup plus après 18ans car l'écart type s'élargit.

4.2.4 LA REPARTITION DES VISITES ET DES CONSULTATIONS

Un acte en médecine générale peut être soit une consultation au cabinet du médecin soit une visite à domicile.

La part des consultations est de 97,5% et les visites de 2,5% à l'adolescence, les consultations sont donc majoritaires. Il faut noter que toutes les visites ne sont pas saisies dans la base de données par les médecins.

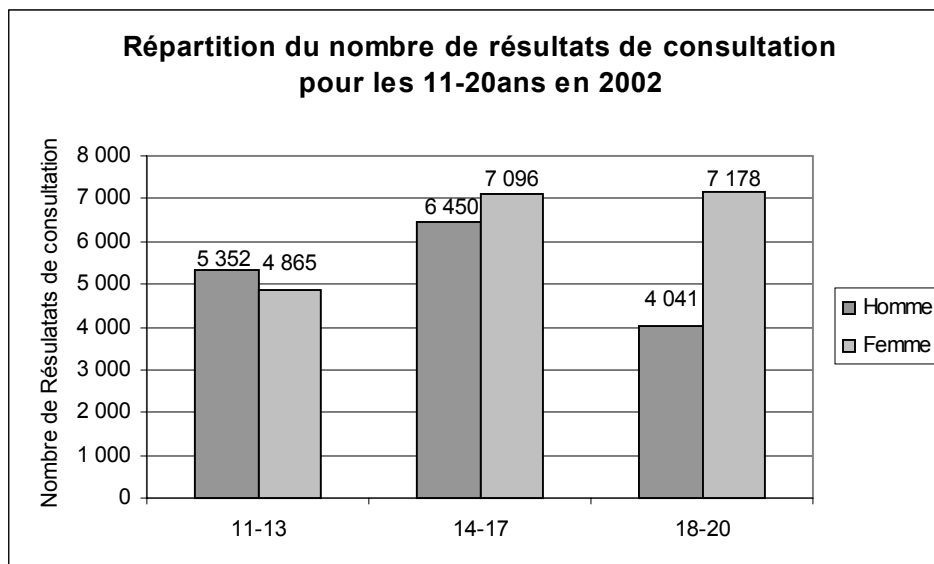
Lieu consultation	Femme	Femme	Homme	Homme	Total	Total
Consultation	14 065	51,43%	12 603	46,08%	26 668	97,51%
Visite	358	1,31%	324	1,18%	682	2,49%
Total	14 423	52,73%	12 927	47,27%	27 350	100,00%

Par la suite, nous étudierons le nombre d'actes comprenant les consultations et les visites, sans les distinguer.

4.2.5 LE NOMBRE DE RESULTATS DE CONSULTATION A L'ADOLESCENCE

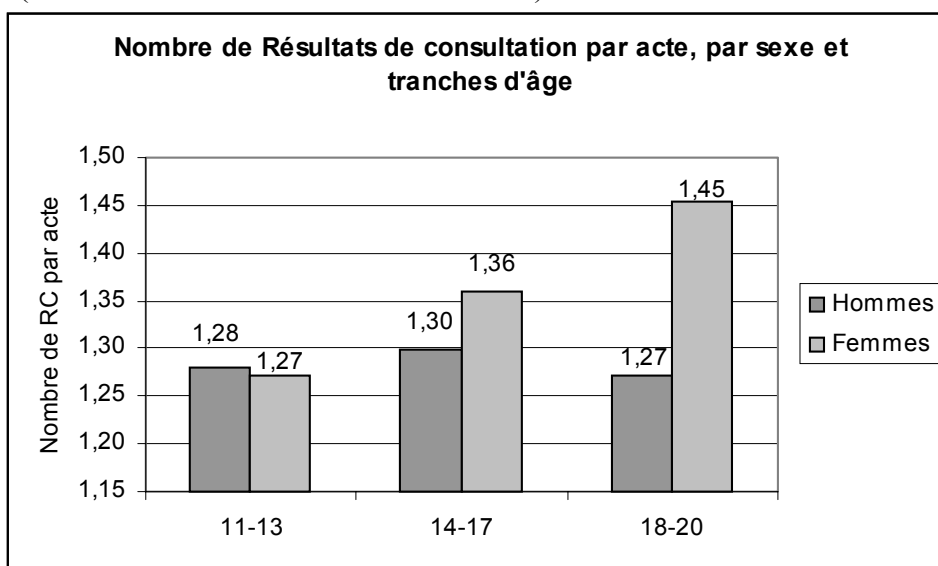
En 2002, il a été répertorié 34982 résultats de consultation notés par les médecins pour les jeunes de 11-20 ans, dont 15843 (45%) pour les hommes et 19139 (55%) pour les femmes.

Graphique (cf. Annexe 2 Tableau 8)



Le nombre de résultats de consultation augmente avec l'âge pour les filles, alors qu'il décroît pour les garçons.

Graphique (cf. Annexe 3 Tableau 12 et Tableau 13).



Le nombre de résultats de consultation par acte¹ augmente avec l'âge pour les filles, alors que pour les garçons il reste stable.

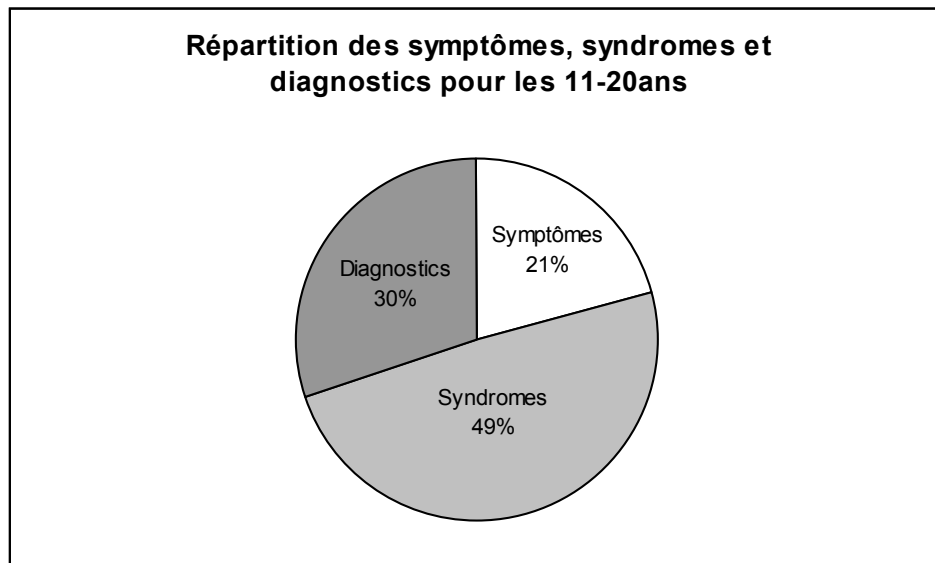
4.2.6 LA REPARTITION DES SYMPTOMES, SYNDROMES ET DIAGNOSTICS DANS LES RESULTATS DE CONSULTATIONS

Dans la base de données, les résultats de consultation sont regroupés dans quatre grandes classes : le symptôme, le syndrome, le tableau de maladie et le diagnostic médical complet.

Le symptôme correspond à une consultation se concluant par la présence d'un signe cardinal isolé. Le syndrome regroupe plusieurs symptômes ou signes cliniques sans pour autant définir une pathologie. Le tableau de maladie et le diagnostic médical complet ont été regroupés dans l'étude pour une meilleure compréhension, ils réunissent donc les consultations évoquant une pathologie décrite en médecine avec ou sans confirmation étiologique

¹ Nombre de résultats de consultation par acte correspond au nombre de résultats de consultation divisé par le nombre d'actes (en retirant tous les actes sans résultats de consultation).

Graphique (cf. Annexe 2 Tableau 9)



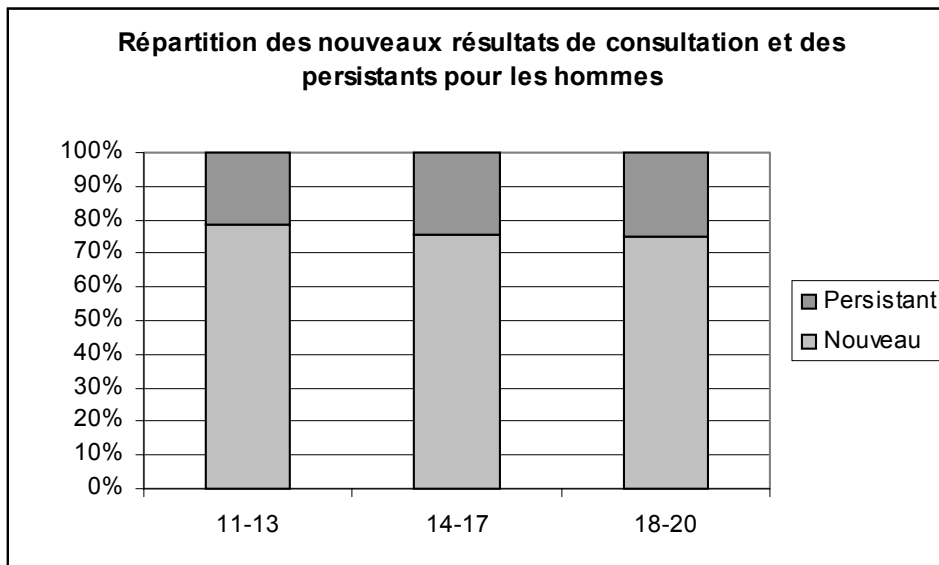
Il existe peu de différence entre les hommes et les femmes sur la répartition des symptômes, syndromes et diagnostics. Les syndromes représentent la moitié des résultats de consultation notés par les médecins généralistes.

4.2.7 LES RESULTATS DE CONSULTATIONS AIGUS OU PERSISTANTS CHEZ LES ADOLESCENTS

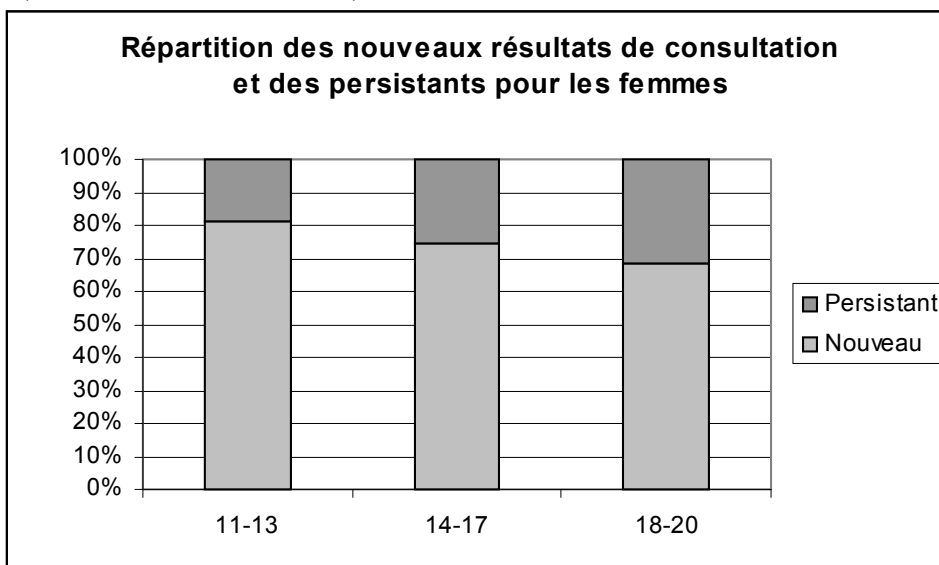
Un patient consulte soit dans le cadre d'une pathologie nouvelle ou aigue, soit dans le cadre d'une pathologie persistante ou de suivi.

Ainsi, les nouveaux cas représentent 76%(12043) des résultats de consultations des hommes et 73,9%(14141) des résultats de consultations des femmes. Les cas persistants correspondent à 23,5%(3718) des résultats de consultation des hommes et à 25,6%(4916) des résultats de consultation des femmes.

Graphique (cf. Annexe 2 Tableau 10)



Graphique (cf. Annexe 2 Tableau 11)



Devant ces graphiques, il apparaît que les trois quarts des consultations des adolescents sont des nouveaux cas.

Le nombre de résultats de consultation persistants augmente avec l'âge chez les adolescentes.

4.3 LES RESULTATS DE CONSULTATIONS

Dans la population générale (enfants et adultes compris), les hommes présentent une moyenne de ,9 résultats de consultation par acte et les femmes 2 résultats de consultation par acte.

Il est à noter que pour chaque consultation, le médecin généraliste peut conclure par un ou plusieurs résultats de consultation.

Par ailleurs, les consultations des adolescents de 11-20 ans contiennent en moyenne 1,29 RC par acte pour les hommes et 1,37 RC par acte pour les femmes (cf. Annexe 3 Tableau 12 et Tableau 13).

Les résultats de consultation ont été regroupés et classés par sexe et tranche d'âge pour les 11-20 ans. Pour chaque sexe nous allons comparer les 20 premiers résultats de consultations.

4.3.1 LES 20 PREMIERS RESULTATS DE CONSULTATION POUR LES HOMMES ET LES FEMMES DE 11-20ANS

Il a été répertorié 34982 résultats de consultation dans notre étude pour les jeunes de 11-20 ans, dont 15843 (45%) pour les hommes et 19139 (55%) pour les femmes (cf. chapitre.4.2.5).

Le dictionnaire des résultats de consultation utilisé par les médecins généralistes de la base, comprend 279 résultats de consultation différents.

Pendant les consultations des filles de 11-20 ans les médecins généralistes ont noté 254 résultats de consultation différents, alors qu'ils ont noté seulement 239 résultats de consultation différents pour les hommes.

La somme des 10 premiers résultats de consultation des hommes représentent à eux seuls la moitié de tous leurs résultats de consultation. Et la somme des 14 premiers résultats de consultation des femmes représentent à eux seuls la moitié de tous leurs résultats de consultation.

Ainsi les femmes ont tendance à consulter pour des problèmes de santé plus diversifiés que les hommes.

Les trois premiers grands domaines pathologiques de consultation des adolescents sont la prévention primaire (comprenant les examens systématiques, la prévention et la vaccination) représentant 19,9% (6713) de tous les résultats de consultation, les pathologies de la sphère ORL (essentiellement des problèmes infectieux) en deuxième position, avec 10,2% (3592) des résultats de consultation et l'état fébrile représentant 8,2% (2867) des résultats de consultation.

La prévention primaire correspond aux examens systématiques et prévention, 14,4%(2279) pour les hommes et 9,22%(1764) pour les femmes, et à la vaccination, 8,54%(1351) pour les hommes et 6,7%(1304) pour les femmes (en associant la vaccination et la réaction tuberculique).

Les principales affections ORL sont soit d'origine infectieuses comme la rhinopharyngite qui représente 3% (475) des résultats de consultation des hommes et 2,73% (522) des femmes, l'angine 2,1% (343) pour les hommes contre 2,6% (509) pour les femmes, le rhume 1,7% (276) et 1,9% (375), ou soit d'origine allergique comme la rhinite présentant 2,9% (461) pour les hommes et 1,7% (327) pour les femmes.

L'état fébrile représente 8,9% (1416) des résultats de consultation des hommes et 7,6% (1451) de ceux des femmes.

L'acné est un autre problème de santé fréquent à l'adolescence : elle est de 1,9%(310) pour les hommes et de 1,9% (376) pour les femmes. Elle représente 25% de tous les résultats de consultation des pathologies de dermatologie, quatrième grand domaine pathologique des adolescents avec 7,95% (2781).

La traumatologie est plus présente chez les garçons que chez les femmes, ainsi elle est de 8,2% (1305) pour les adolescents et de 4,4% (847) pour les adolescentes. Elle comprend comme principales pathologies l'entorse 2,2% (357) pour les hommes et 1,7% (330) pour les femmes, et la contusion 2,43%(385) et 1,23% (236).

Les pathologies de l'appareil locomoteur sont pratiquement de même niveau, avec 7,4% (1184) des résultats de consultation des hommes et 7,6% (1457) des femmes. Elles présentent la lombalgie 1,3% (207) et 1,46% (279), et l'anomalie posturale 1,36% (216) et 1,09% (208) dans les premiers résultats de consultation.

L'état morbide afébrile, fait parti des 4 premiers résultats de consultation dans les deux sexes, il est à un taux de 5,62% (890) pour les hommes et de 5,88% (1087) pour les femmes.

La pathologie pulmonaire est la huitième grande famille pathologique des adolescents de notre étude. Avec 4% (1401) les résultats de consultation pour asthme sont les plus nombreux, représentant 50% des résultats de consultation des pathologies pulmonaires. L'asthme représente 2,5% (410) des résultats de consultations des adolescents et 1,45% (277) de ceux des adolescentes.

L'appareil digestif est représenté par les plaintes abdominales 1,5% (239) et 1,9% (379). Il est la neuvième famille pathologique de consultation des jeunes chez les médecins généralistes avec 4,7% (759) des résultats de consultation des hommes et 5,4% (1041) de ceux des femmes.

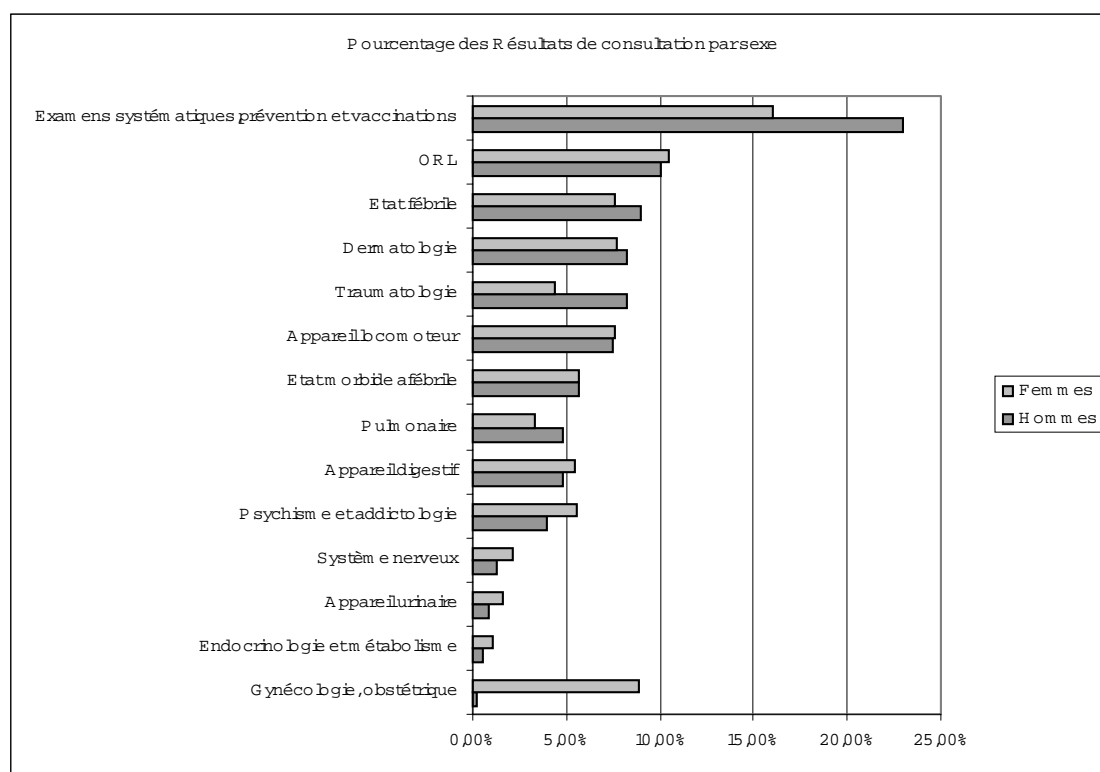
Il est important de noter la part des troubles psychiques associés à l'addictologie, qui représentent 3,9% (623) des résultats de consultation des hommes et 5,6% (1070) de ceux des femmes. Aucun de leurs résultats de consultation ne sont présents dans les 20 premiers résultats des deux sexes.

Le système nerveux est le onzième domaine pathologique des consultation de médecine générale des adolescents, dont 1,26% (200) pour les hommes et 2,7% (616) pour les femmes. Seule la céphalée apparaît dans les 20 premiers résultats de consultation des femmes à un taux de 1% (197) alors que chez les hommes elle arrive à la trente-septième position avec un taux de 0,5% (92).

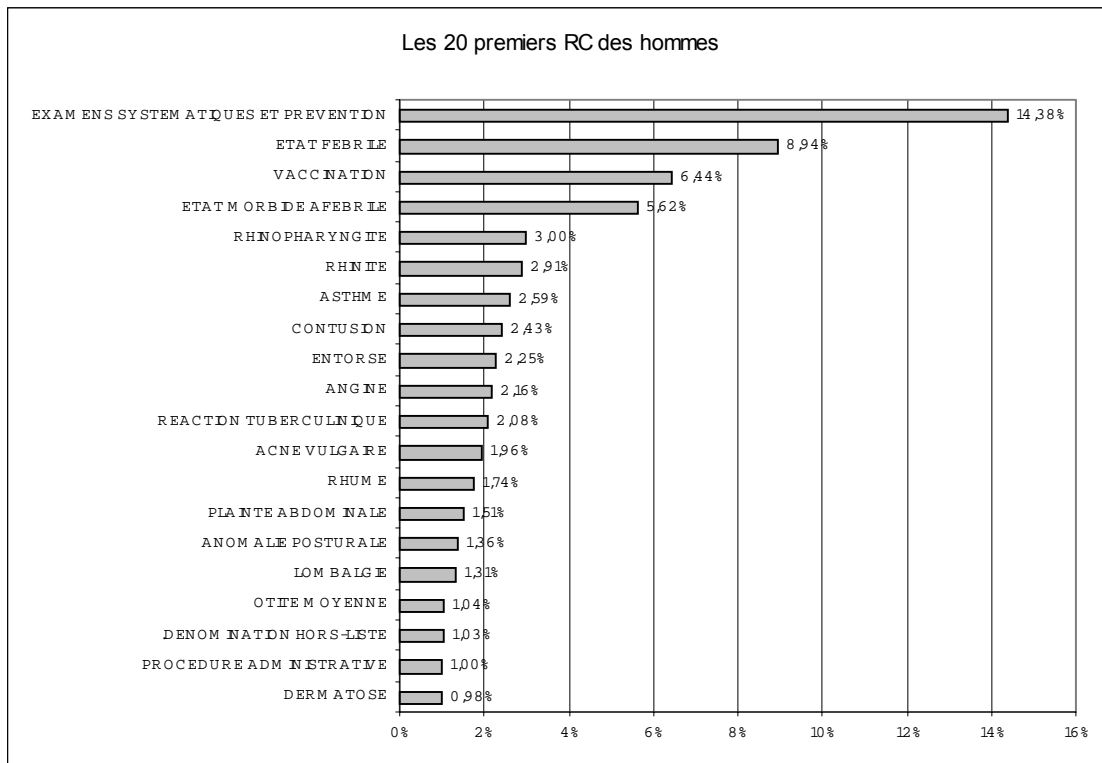
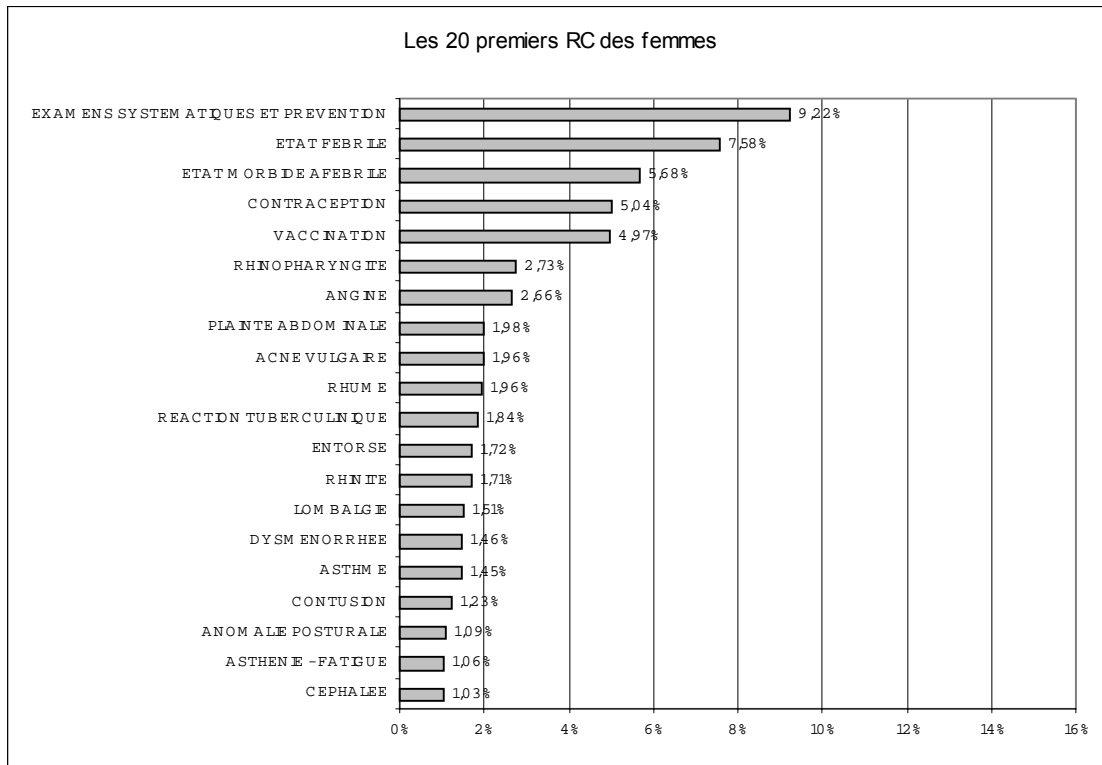
Les filles présentent dans leurs 20 premiers résultats de consultation deux pathologies liées à la gynécologie, ce sont la contraception avec 5% (964) de leur résultats de consultation et la dysménorrhée 1,46% (279). La part de toute la gynécologie-obstétrique chez les jeunes filles est de 8.8% (1721) de tous leurs résultats de consultation.

Les pathologies de l'appareil urinaire et celles d'endocrinologie et du métabolisme ne sont pas présentes dans les 20 premiers résultats de consultation des adolescents, et sont les deux familles pathologiques les moins fréquentes dans leurs consultations de médecine générale.

	Hommes	%Hommes	Femmes	% femmes	Total	%
Examens systématiques et prévention	3637	22,96%	3076	16,07%	6713	19,19%
ORL	1597	10,08%	1995	10,42%	3592	10,27%
Etat fébrile	1416	8,938%	1451	7,581%	2867	8,20%
Dermatologie	1311	8,27%	1470	7,68%	2781	7,95%
Traumatologie	1305	8,24%	847	4,43%	2152	6,15%
Appareil locomoteur	1184	7,47%	1457	7,61%	2641	7,55%
Etat morbide afebrile	890	5,61%	1087	5,68%	1977	5,65%
Pulmonaire	764	4,82%	637	3,33%	1401	4,00%
Appareil digestif	759	4,79%	1041	5,44%	1800	5,15%
Psychisme et addictologie	623	3,93%	1070	5,59%	1693	4,84%
Système nerveux	200	1,26%	416	2,17%	616	1,76%
Appareil urinaire	132	0,83%	305	1,59%	437	1,25%
Endocrinologie et métabolisme	82	0,52%	202	1,06%	284	0,81%
Gynécologie, obstétrique	29	0,18%	1692	8,84%	1721	4,92%



Graphiques 15 et 16 (cf. Annexe 4 Tableau 14 et Tableau 15)



4.3.2 LES 20 PREMIERS RESULTATS DE CONSULTATION PAR TRANCHE D'AGE

Il a été répertorié 34982 résultats de consultation en 2002 pour les adolescents de 11-20 ans, dont 10217 pour les 11-13 ans, 13546 pour les 14-17 ans et 11219 pour les 18-20 ans.

En comparant les trois tranches d'âge, on remarque que les 8 premiers résultats de consultation des 11-13 ans regroupent 50% de tous leurs résultats de consultation, à 14-17 ans ce sont les 13 premiers résultats de consultation et à 18-20 ans ce sont les 20 premiers. Ainsi, avec l'âge, les adolescents consultent pour des problèmes de plus en plus variés.

La description suivante permet de définir les différences et les similitudes entre les 20 premiers résultats de consultation des 11-13 ans, des 14-17 ans et des 18-20 ans.

Les 4 premiers résultats sont communs aux trois tranches d'âge, ce sont les examens systématiques et prévention, l'état fébrile, la vaccination et l'état morbide afebrile, sauf pour les 18-20 ans pour lesquels la contraception prend la place de la vaccination. Ces résultats de consultation sont majeurs dans les 3 tranches d'âge, avec une cassure visible de la courbe après ces différents résultats de consultation.

De plus la somme de ces 4 premiers résultats représente 41% pour les 11-13 ans, 31% pour les 14-17 ans et 25% pour les 18-20 ans. Avec l'âge, la répartition des résultats de consultation est plus homogène, car ils sont de plus en plus variés et les premiers résultats perdent donc de l'importance.

4.3.2.1 Les principaux domaines pathologiques par tranche d'âge

Dans ces 20 premiers résultats de consultation, on associe les examens systématiques et prévention avec les vaccinations dans une même entité la prévention primaire, ils sont la première cause de consultation des adolescents.

Ainsi pour les 11-13 ans les examens systématiques sont de 15,31% (1565), et l'ensemble de la vaccination 12,15% (1242), comprenant la vaccination et la réaction tuberculique.

Pour les 14-17 ans, les examens systématiques et prévention sont de 12,08% (1636) et les vaccinations de 7,67% (1039).

Pour les 18-20 ans, les examens systématiques et prévention sont de 7,50% (842) et les vaccinations de 3,33% (374).

La part de la prévention primaire diminue avec l'âge.

En associant les problèmes ORL (oto-rhini-laryngologie) infectieux et les états fébriles, on remarque que ce groupe de résultats de consultation devient la deuxième cause de consultation des adolescents.

Les infections ORL représentent chez les 11-13 ans 9,99% (1023), dont la rhinopharyngite, l'angine, le rhume, l'otite et la pharyngite, et l'état fébrile 10,3% (1053).

Chez les 14-17 ans, les infections ORL sont de 7,83% (1059) dont la rhinopharyngite, l'angine, le rhume et la pharyngite, et l'état fébrile 7,66% (1037).

Chez les 18-20 ans les infections ORL représentent 6,39% (589) dont la rhinopharyngite et l'angine, et l'état fébrile 6,92% (777).

Ainsi ces deux groupes de résultats de consultation peuvent être considérés comme majeurs lors des consultations de l'adolescent, mais il faut noter leur diminution avec l'âge.

Le troisième grand domaine de pathologies des adolescents est l'état morbide afébrile qui diminue avec l'âge, à 11-13 ans il est de 6,41% (655) et à 18-20 ans il est de 5,03% (565).

Puis se sont les pathologies de la traumatologie associées à celles de l'appareil locomoteur qui représentent pour les 11-13 ans 3,86% (396) en traumatologie et 1,45% (149) pour l'anomalie posturale, seule résultat de consultation de l'appareil locomoteur dans ces 20 premiers résultats de consultation.

Pour les 14-17 ans, la traumatologie est de 3,92% (530), dont l'entorse et la contusion, et l'appareil locomoteur de 4,43% (600), dont l'anomalie posturale, la lombalgie et l'arthropathie.

Pour les 18-20 ans, la traumatologie est de 3,4% (382) dont l'entorse et la contusion, et l'appareil locomoteur de 3,21% (361) dont la lombalgie et la dorsalgie.

4.3.2.2 Particularité de certaines pathologies par tranche d'âge

L'asthme et la rhinite, deux maladies chroniques, ont tous les deux une place privilégiée lors des consultations de l'adolescent. A 11-13 ans l'asthme est de 2,5% (256) et il diminue progressivement pour être à 18-20 ans à un taux de 1,41% (159).

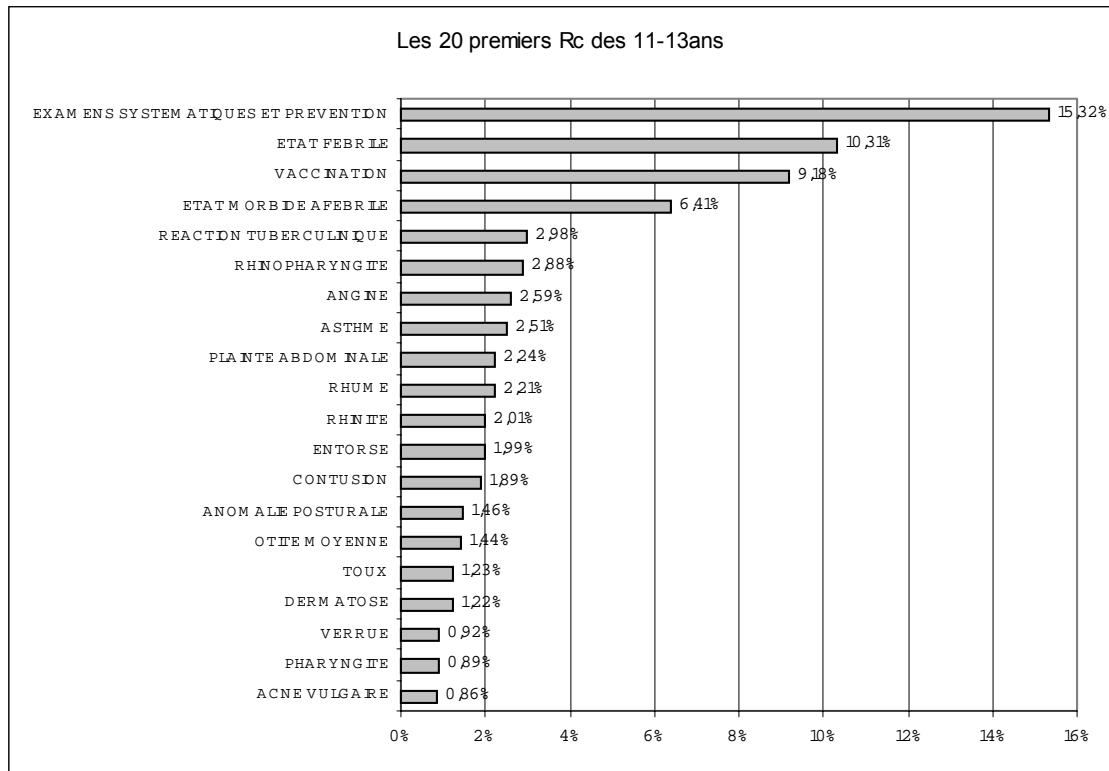
La rhinite est à 11-13 ans de 2% (205), de 2,72% (368) à 14-17 ans et de 1,91% (215) à 18-20 ans.

Dans les 20 premiers résultats de consultation des adolescents, on retrouve plusieurs problèmes de peau. A 11-13 ans, ils sont au nombre de trois représentant 3% (307) des résultats de consultation, ce sont la dermatose, les verrues et l'acné.

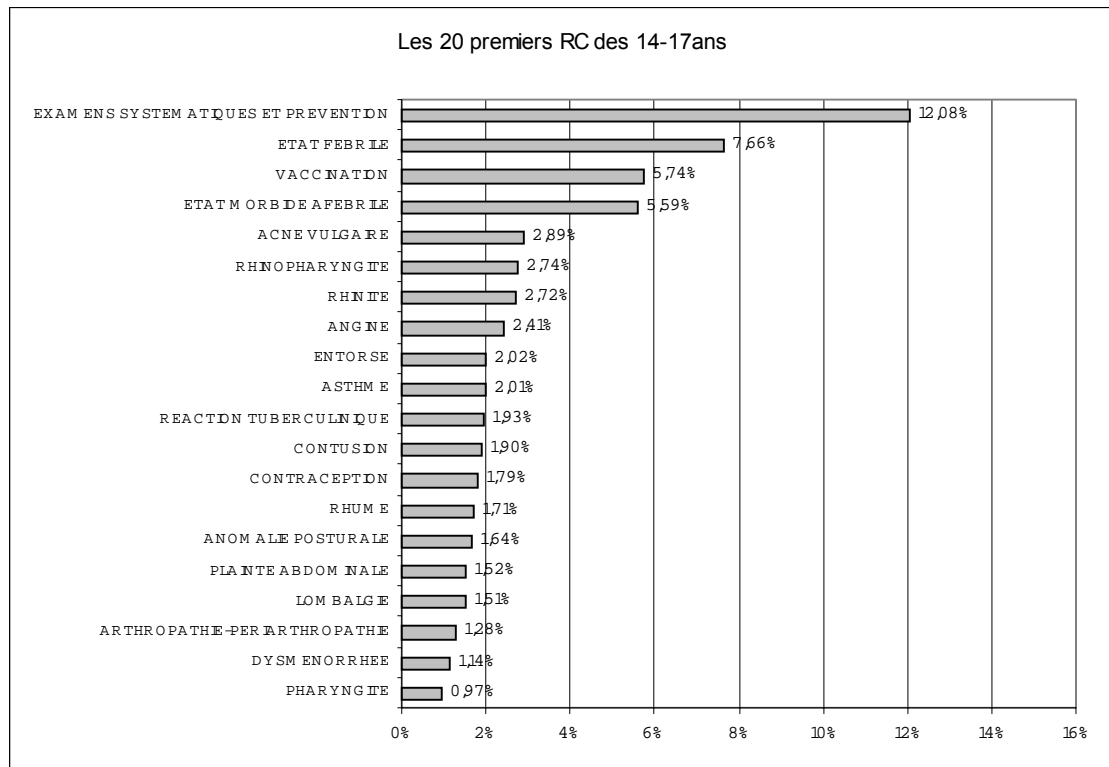
A 14-17 ans n'est présente que l'acné dans les 20 premiers résultats de consultation, comme à 18-20 ans, mais elle passe respectivement de 2,89% (391) à 1,84% (207), c'est entre 14 et 17 ans que le nombre de consultation pour acné est le plus important.

Une particularité des 18-20 ans dans leurs 20 premiers résultats de consultation, est la présence de l'asthénie 1,24% (140) et de la « réaction à une situation éprouvante » 1,10% (124).

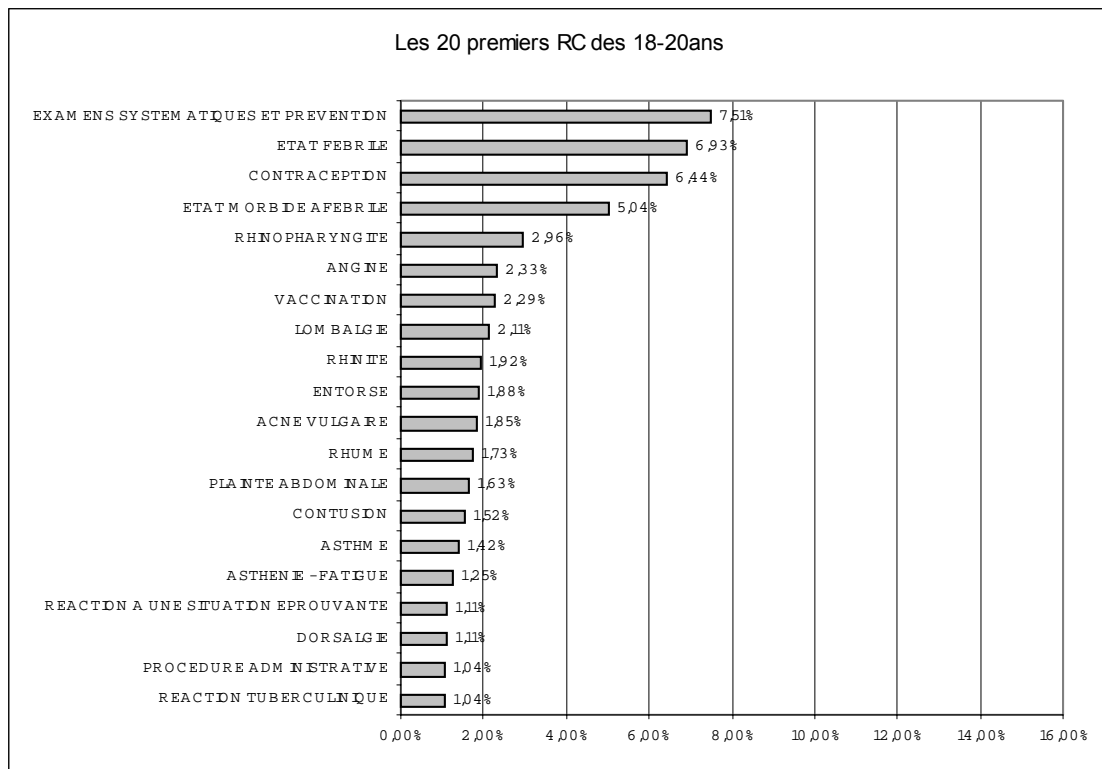
Graphique 20 (cf. Annexe 5 Tableau 16)



Graphique 21 (cf. Annexe 5 Tableau 17)



Graphique (cf. Annexe 5 Tableau 18)



4.3.3 LES 20 PREMIERS RESULTATS DE CONSULTATION AIGUS ET PERSISTANTS

La distribution des 20 premiers résultats de consultation varie suivant le type du résultat de consultation nouveau ou persistant.

Le classement des principaux domaines pathologiques des nouveaux cas, a une répartition similaire à celle décrite pour les adolescents par sexe et par tranche d'âge.

Ainsi ce sont les pathologies de prévention primaire, des états fébriles et des affections ORL qui sont présentes en premiers. Puis viennent celles de la traumatologie et de l'appareil locomoteur.

En ce qui concerne, les cas persistants on retrouve les examens systématiques et prévention en premier, mais la vaccination ne fait pas partie des cas persistants.

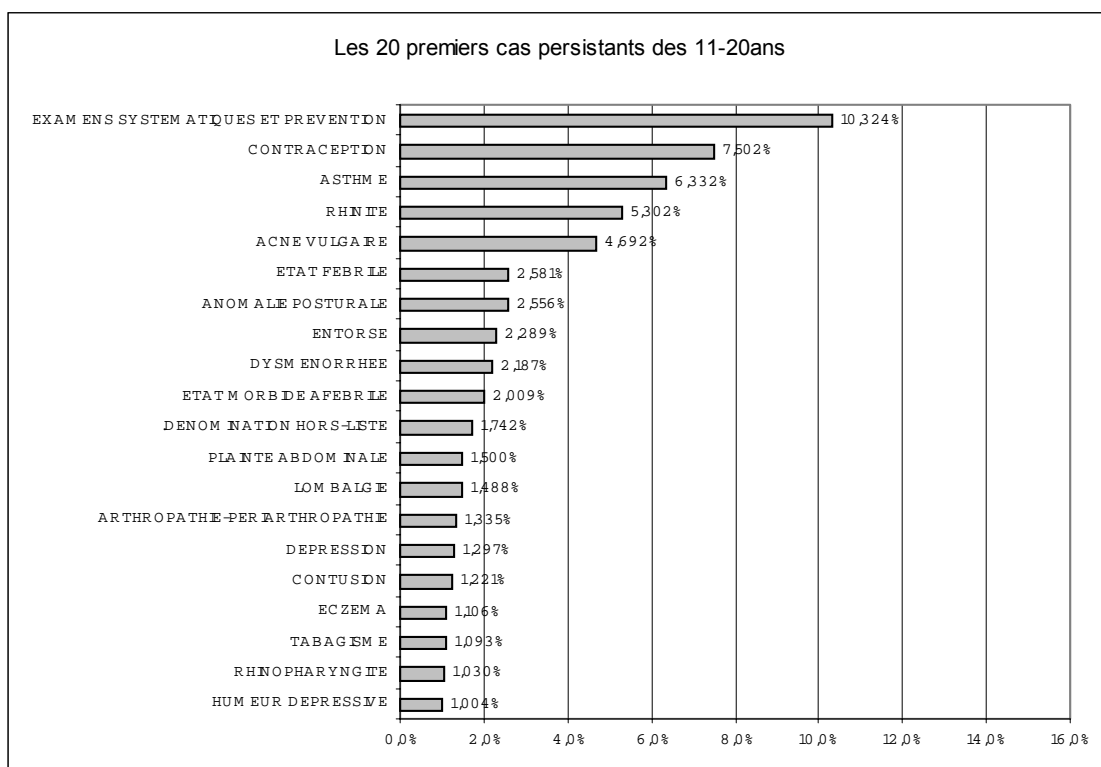
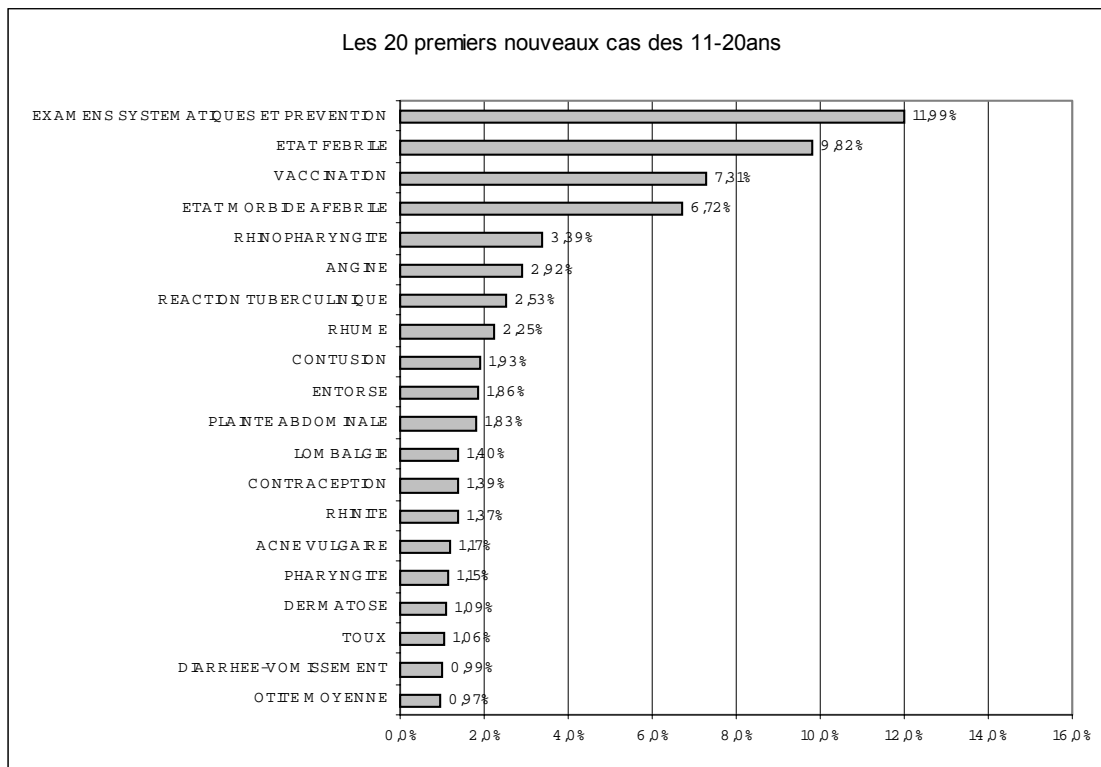
Les pathologies ORL et l'état fébrile dans les 20 premiers résultats de consultation persistants sont présents à un taux de 3%, alors qu'ils sont de 21,5% dans les 20 premiers nouveaux cas.

Après les examens systématiques des cas persistants, arrivent les pathologies chroniques comme la rhinite, l'asthme, l'acné, et pour les filles la contraception.

Un autre domaine pathologique représenté dans les cas persistants, est la traumatologie associée aux troubles de l'appareil locomoteur. Ils représentent 8,86% (699), dont les principales pathologies sont l'anomalie posturale 2,55% (201) et l'entorse 2,28% (180), les autres sont la lombalgie, l'arthropathie, et la contusion. Il est à noter que dans les 20 premiers nouveaux résultats de consultation, cette famille est de 3,79% (1019).

De plus, dans les 20 premiers cas persistants, il apparaît des résultats de consultation relatifs aux troubles mentaux et à l'addictologie, ce sont la dépression 1,29% (102), le tabagisme 1,09% (86) et l'humeur dépressive 1% (79). Ces résultats de consultation ne sont pas présents dans les 20 premiers nouveaux cas.

Graphiques (cf. Annexe 6 Tableau 19 et Tableau 20)



4.4 DESCRIPTION DE RESULTATS DE CONSULTATIONS IMPORTANTES EN SANTE PUBLIQUE A L'ADOLESCENCE

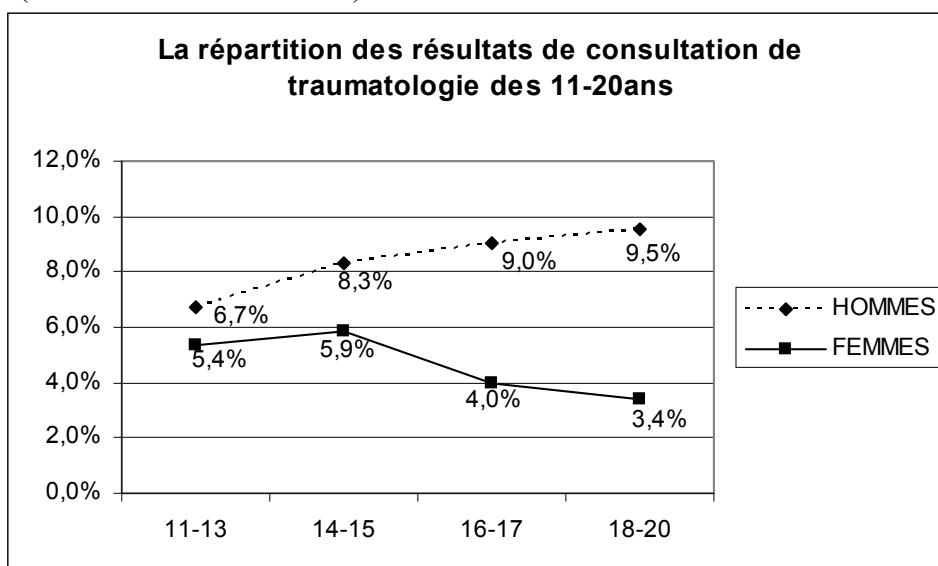
Les études réalisées auprès d'adolescents en âge scolaire ont fait ressortir certains axes de réflexions de santé publique. Ces problèmes de santé publique à l'adolescence ont été plus détaillés dans notre étude et sont retranscrits ci-dessous.

4.4.1 LA TRAUMATOLOGIE CHEZ LES 11-20ANS

Elle regroupe tous les résultats de consultation de la famille étiologique de traumatologie. La part de la traumatologie chez les adolescents de 11-20ans est de 8,2%(1305) pour les garçons et de 4,4%(847) pour les filles, cette différence hommes/femmes est très significative ($p<0,0001$).

Les résultats de consultation de traumatologie passent de 6,7% à 11-13 ans pour les garçons à 9,5% à 18-20 ans. Alors que pour les filles ils passent de 5,4% à 11-13 ans à 3,4% à 18-20 ans. La différence hommes/femmes apparaît significative dès l'âge de 11-13 ans ($p<0,0019$). La proportion des consultations de traumatologie augmente avec l'âge pour les garçons entre 11 et 20 ans, alors qu'il diminue pour les filles.

Graphique (cf. Annexe 7 Tableau 22)



Cette famille de pathologies correspond à un taux de recours² de 1,11 par an, c'est-à-dire le nombre de consultations ayant été nécessaire pour suivre cette pathologie pour un patient donné sur un an.

L'incidence³ de la traumatologie est de 11 pour 100, c'est-à-dire 11 nouveaux cas de traumatologie sur 100 consultations.

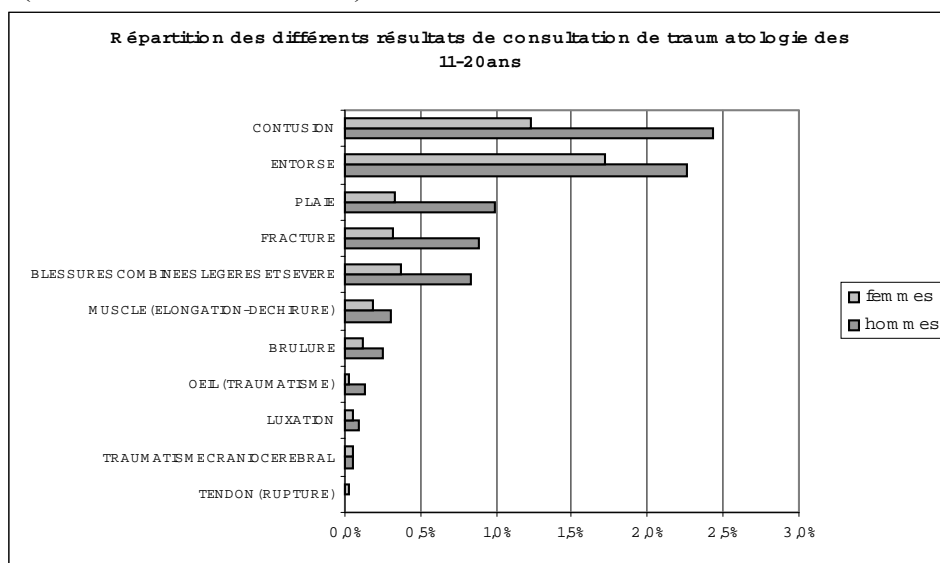
² Taux de recours = Nombre de Résultats de consultation divisé par le nombre de patients différents pour une même pathologie.

³ Incidence = Nombre de cas nouveaux pour une pathologie divisé par le nombre de patients en 2002 (14953)*100.

Les deux principaux résultats de consultation de traumatologie sont les contusions (symptômes secondaires à un coup) 2,43% (385) pour les garçons et 1,23% (236) pour les filles (différence significative $p < 0,001$), et les entorses, qui représentent 2,25% (357) pour les garçons et 1,72% (330) pour les filles (différence non significative $p < 0,08$). Ces deux résultats de consultation représentent à eux deux plus de la moitié des problèmes de traumatologie des 11-20 ans.

Ensuite sont présents les plaies 0,98% (156) pour les garçons et 0,33% (63) pour les filles (différence significative $p < 0,001$), les fractures 0,89% (141) pour les garçons et 0,31% (60) pour les filles (différence significative $p < 0,001$), les blessures combinées légères et sévères 0,83% (131) pour les garçons et 0,37% (71) pour les filles (différence significative $p < 0,001$). Les autres résultats de consultation sont de moindre importance.

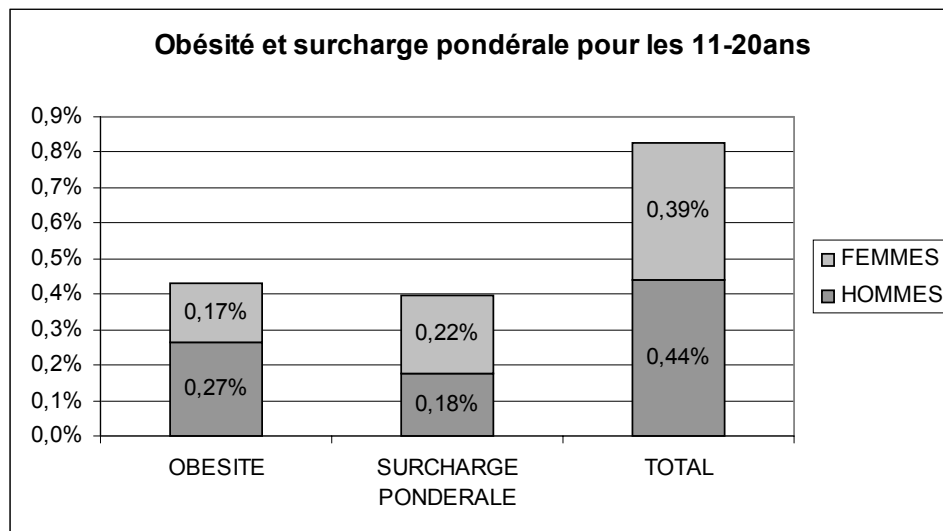
Graphique (cf. Annexe 7 Tableau 21)



4.4.2 L'OBESITE ET LA SURCHARGE PONDERALE CHEZ LES 11-20ANS

Le résultat de consultation de l'obésité représente 0,27% (42) pour les garçons et 0,17% (32) pour les filles (la différence n'est pas significative $p < 0,16$), alors que la surcharge pondérale est de 0,18% (28) pour les garçons et de 0,22% (42) pour les filles (la différence n'est pas significative $p < 0,14$).

Graphique (cf. Annexe 7 Tableau 23)



En regroupant ces deux résultats de consultation il apparaît un taux de recours de 1,38. L'incidence de ces pathologies est de 0,36 pour 100 adolescents, ainsi il existe moins d'un adolescent sur 100 consultant pour un nouveau problème d'obésité ou de surpoids en 2002.

4.4.3 LES RESULTATS DE CONSULTATION DES EXAMENS SYSTEMATIQUES, PREVENTION ET VACCINATION

4.4.3.1 Description des résultats de consultation

Cette famille de résultats de consultation regroupe les examens systématiques et prévention⁴, la vaccination et la réaction tuberculinique. Elle représente 22,9%(3637) des résultats de consultation des garçons de 11-20 ans et 16% (3076) des résultats de consultation des filles de 11-20 ans.

Les patient consultant pour des examens systématiques ou des vaccinations ont un taux de recours de 1,11. La majorité des patients vont consultés une seule fois dans l'année pour ce problème de santé.

L'incidence est de 12 pour 100 personnes, ainsi il existe 12 nouveaux cas de ces problèmes de santé pour 100 adolescents ayant consulté en 2002.

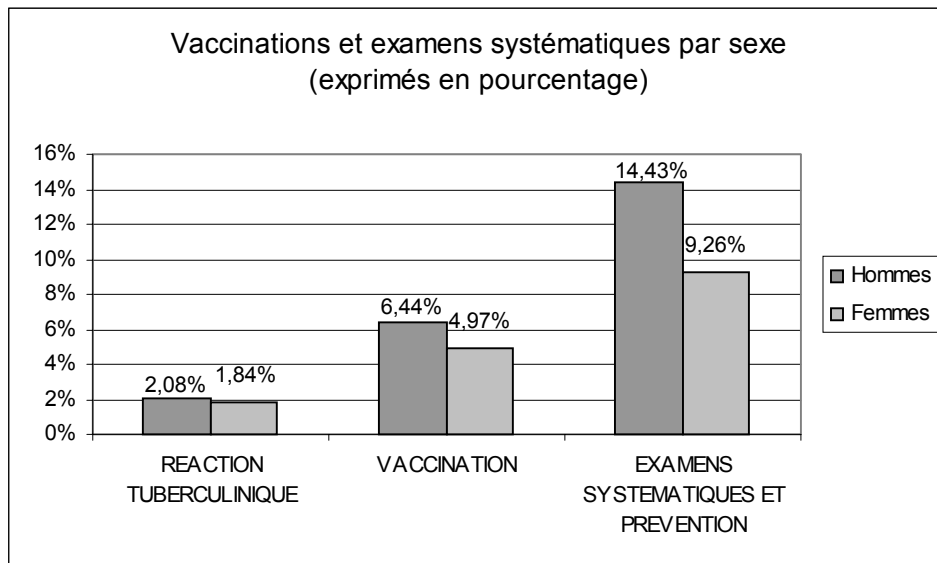
Les patients consultant pour des examens systématiques, de la prévention ou de la vaccination sont plutôt des personnes connues par le médecin généraliste, dont 70% depuis plus de 3ans.

La proportion du résultat de consultation examens systématiques et prévention est de 14,4% (2286) pour les hommes et de 9,3% (1772) pour les femmes (différence significative $p < 0,0001$). Celle de la vaccination associée à la réaction tuberculinique est de 8,5% (1351) pour les hommes et de 6,8% (1304) pour les femmes (différence significative $p < 0,017$).

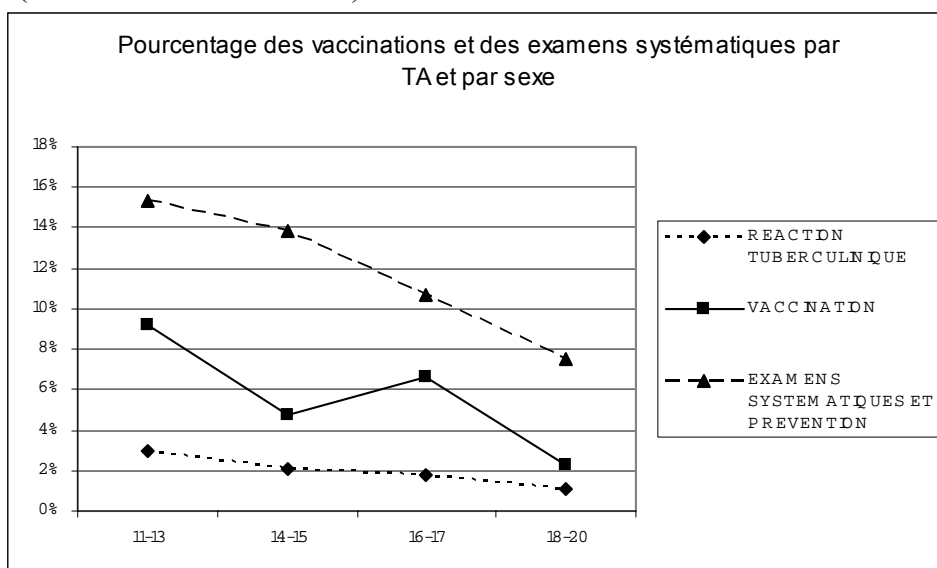
⁴ Examens systématiques et prévention : il regroupe les examens d'aptitude sportive, ceux du suivi du nourrisson, le certificat pré-nuptial et post-natal, le suivi d'un patient à risque, le dépistage et les conseils d'éducation et d'hygiène.

Les examens systématiques et prévention diminuent progressivement avec l'âge, comme la vaccination et la réaction tuberculinique.

Graphique (cf. Annexe 7 Tableau 24)



Graphique (cf. Annexe 7 Tableau 25)



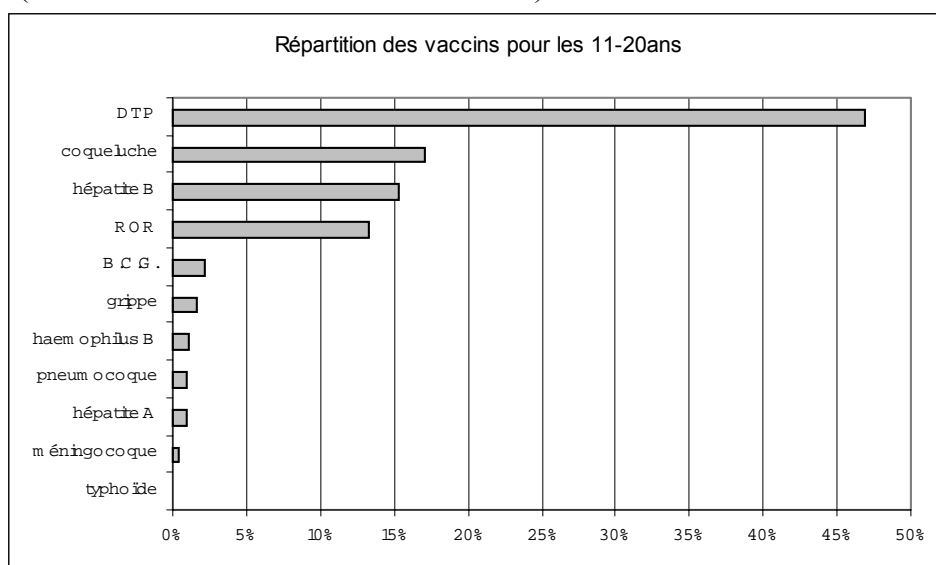
4.4.3.2 Analyse des Items⁵

a) La vaccination

La vaccination des 11-20ans est essentiellement ciblée sur le Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite (DTP) 46,8%(1075), la coqueluche 17% (390), l'hépatite B 15,3% (352) et le ROR 13,3% (305).

Les autres vaccins ne représentent que 7,5% de l'ensemble de la vaccination des 11-20 ans, dont certains sont réalisés pour la prévention du voyageur (hépatite A, méningocoque et la typhoïde), d'autres pour des patients dits fragiles (pneumocoque, haemophilus B), et le BCG dans le cadre de l'école.

Graphique (cf. Annexe 7 Tableau 26 et Tableau 27)



b) Les examens systématiques et de prévention

25% des adolescents consultant pour ces problèmes de santé, ne vont consulter qu'une seule fois dans l'année.

De plus le résultat de consultation le plus souvent associé à celui des examens systématiques est la vaccination dans 10% des cas, puis se sont les états fébriles et la contraception (cf. tableau ci-dessous).

On peut donc dire que les adolescents consultant pour les examens systématiques sont des jeunes plutôt en bonne santé.

⁵ Items : les médecins généralistes de la base, après avoir noté le résultat de consultation, vont le décrire en cochant des items rassemblés dans une liste correspondante à un résultat de consultation.

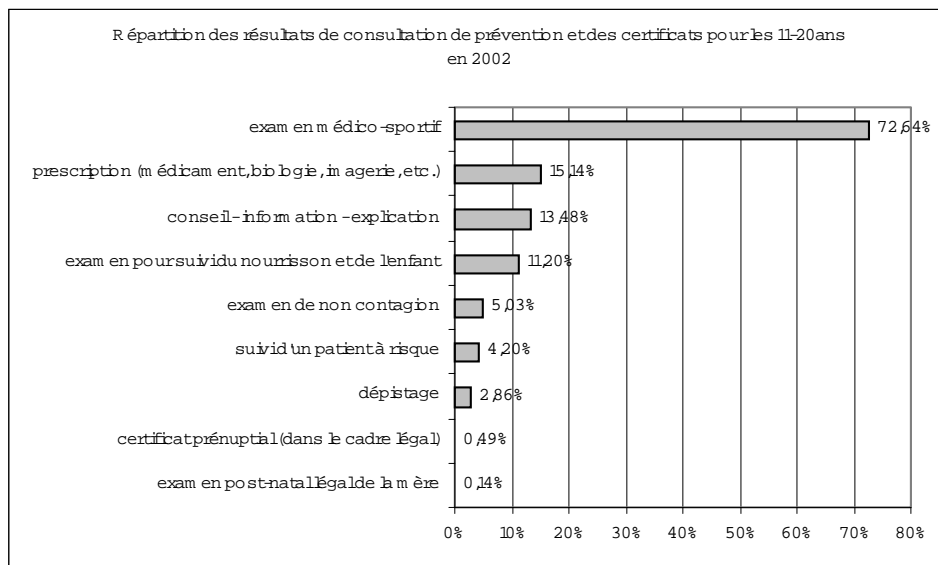
Tableau représentant les différents résultats de consultation associés le plus souvent à « examens systématiques et prévention », en pourcentage et par rang de fréquence :

RC associés à examens systématiques et prévention	% RC associés	Rang fréquence
VACCINATION	10%	1
ETAT FEBRILE	8%	2
CONTRACEPTION	6%	3
ETAT MORBIDE AFEBRILE	5%	4
REACTION TUBERCULINIQUE	4%	5
RHINITE	3%	6
ASTHME	3%	7
ANOMALIE POSTURALE	3%	8
RHINOPHARYNGITE	3%	9
ACNE VULGAIRE	3%	10
LOMBALGIE	2%	11
RHUME	2%	12
CONTUSION	2%	13
ANGINE	2%	14
VERRUE	2%	15
ENTORSE	2%	16
TOUX	2%	17
PHARYNGITE	2%	18
ARTHROPATHIE PERIARTHROPATHIE	2%	19
PLAINTE ABDOMINALE	2%	20

Ce résultat de consultation regroupe différents items dont les examens médico-sportifs notés dans 72% des cas par les médecins généralistes, ou d'autres examens systématiques comme le suivi de l'enfant noté dans 11,2% (392), le certificat de non contagion dans 5% (176) des cas, le certificat prénuptial 0,5% (17) et l'examen post-natal de la mère 0,1% (5).

En dehors de ces certificats, ce résultat de consultation comporte les prescription d'examens complémentaires à un taux de 15% (530), les conseils donnés aux patients 13,4% (472) et le dépistage 2,8%(100).

Graphique (cf. Annexe 7 Tableau 28)

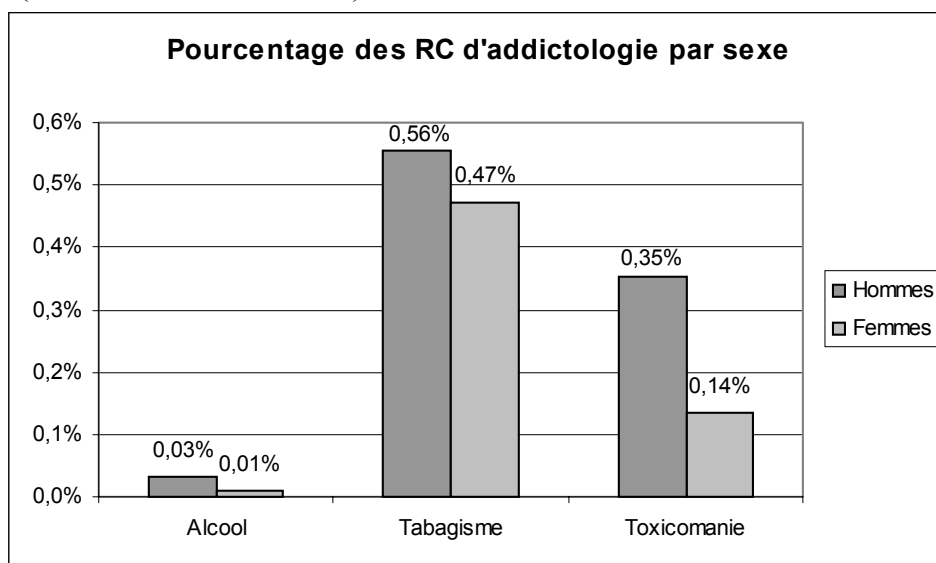


4.4.4 LE TABAGISME, L'ALCOOL ET LA TOXICOMANIE

4.4.4.1 Description des résultats de consultation

Ces trois résultats de consultation peuvent être regroupés en une seule entité les problèmes d'addictologie. Elle représente 0,94% (149) des résultats de consultation des hommes et 0,62% (118) des résultats de consultation des femmes. Le taux de recours pour un problème d'addictologie est de 1,4.

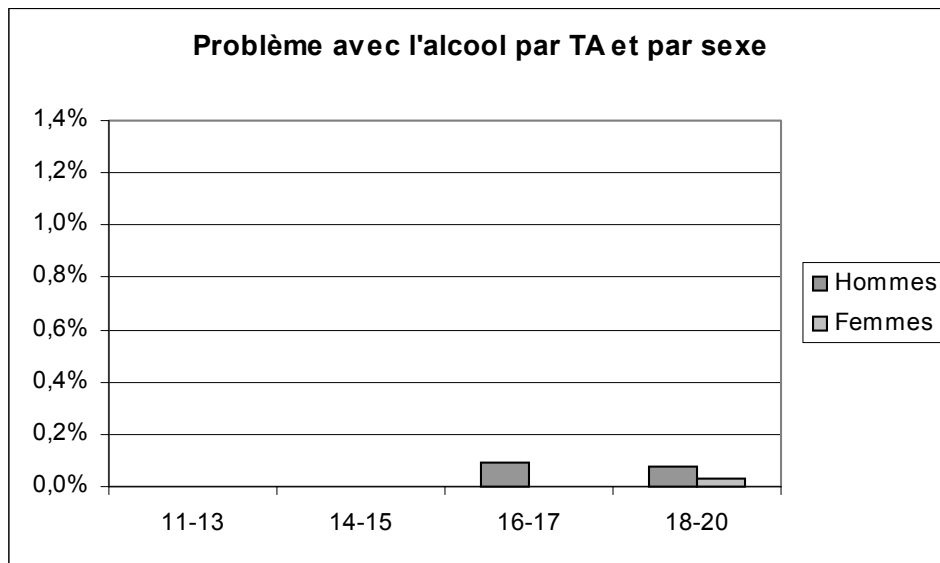
Graphique (cf. Annexe 7 Tableau 33)



Les problèmes liés à l'alcool apparaissent dans les consultations des hommes à partir de 16-17 ans au nombre de 3 résultats de consultation (0,09%). Puis à 18-20 ans le nombre est de 3 résultats de consultation soit 0,7% de tous les résultats de consultation des hommes de 18-20 ans. Pour les femmes, le problème de l'alcool apparaît noté dans les consultations à l'âge de 18-20 ans au taux de 0,03% (2). Le nombre de patients est trop faible pour interpréter convenablement le test de Fisher réalisé pour vérifier la différence hommes/femmes.

C'est un résultat de consultation très peu représenté, dont l'incidence est de 0,02 pour 100 en 2002. Par ailleurs le taux de recours pour les problèmes d'alcool est de 1,6.

Graphique (cf. Annexe 7 Tableau 34 et Tableau 35)



Le tabagisme passe pour les hommes de 0,04% à 11-13 ans (2) à 1,29% (52) à 18-20 ans. Pour les femmes, les résultats de consultations liés au tabagisme apparaissent à 14-15 ans et sont de 0,1% (3) et à 18-20 ans de 0,91% (65). Cette différence hommes/femmes n'est pas significative ($p < 0,86$).

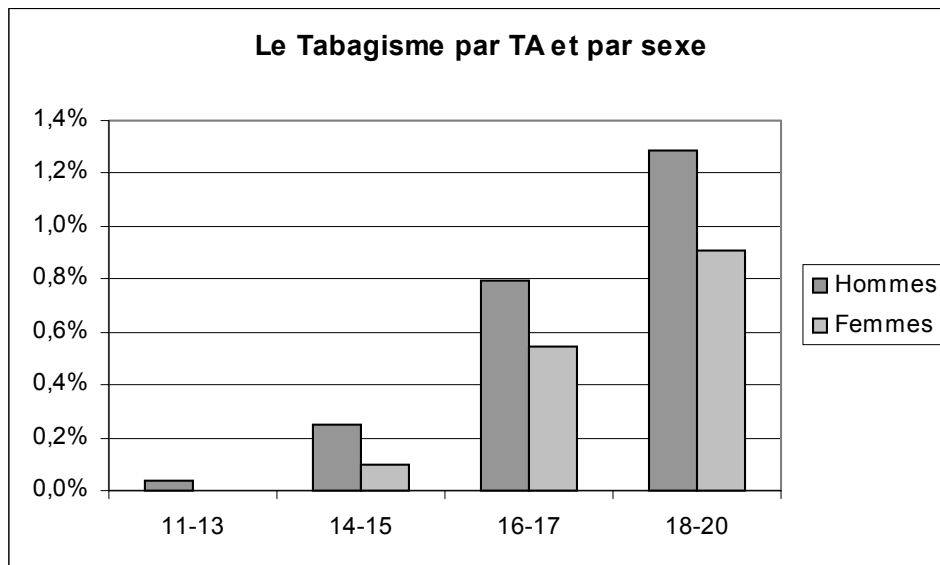
Le taux de recours pour le tabagisme est de 1,2 et l'incidence de 0,6 pour 100.

Le nombre global de consultations effectué par les adolescents ayant consulté pour tabagisme, représente pour un tiers une consultation par an, pour un autre tiers 2 à 3 consultations par an et pour un autre tiers plus de 4 consultations par an.

Les premiers résultats de consultation associés au tabagisme, sont la contraception pour 10%, les examens systématiques et prévention pour 8% et l'état fébrile pour 8%. Mais la toxicomanie arrive au sixième rang dans 3% des cas, la réaction à une situation éprouvante au dixième rang et l'anxiété au seizième rang.

Seulement 25% des adolescents consultant pour tabagisme sont des nouveaux patients connus par le médecin depuis moins de un an. Cette population est donc en général connue par le médecin, dont 2 adolescents sur 3 depuis plus de 4ans.

Graphique (cf. Annexe 7 Tableau 34 et Tableau 35)



Le résultat de consultation de la toxicomanie se retrouve chez les hommes à partir de 14-15 ans, à un taux de 0,09% (3), puis il augmente à 16-17 ans jusqu'à un taux de 0,64% (24) et à 18-20 ans il arrive à un taux de 0,79% (32).

Pour les femmes, les premiers résultats de consultation de toxicomanie sont notés pour des jeunes de 16-17 ans au niveau de 0,05% (2) puis pour les 18-20 ans au niveau de 0,33%(24). La différence hommes/femmes pour la toxicomanie est significative ($p < 0,0004$).

L'incidence pour la toxicomanie est de 0,1 pour 100, donc il existe 0,1 nouveaux problèmes de toxicomanie sur 100 adolescents qui se présentent chez le généraliste en 2002.

Le taux de recours est de 2,27, il annonce plusieurs consultations de suivi pour toxicomanie sur un an pour un patient.

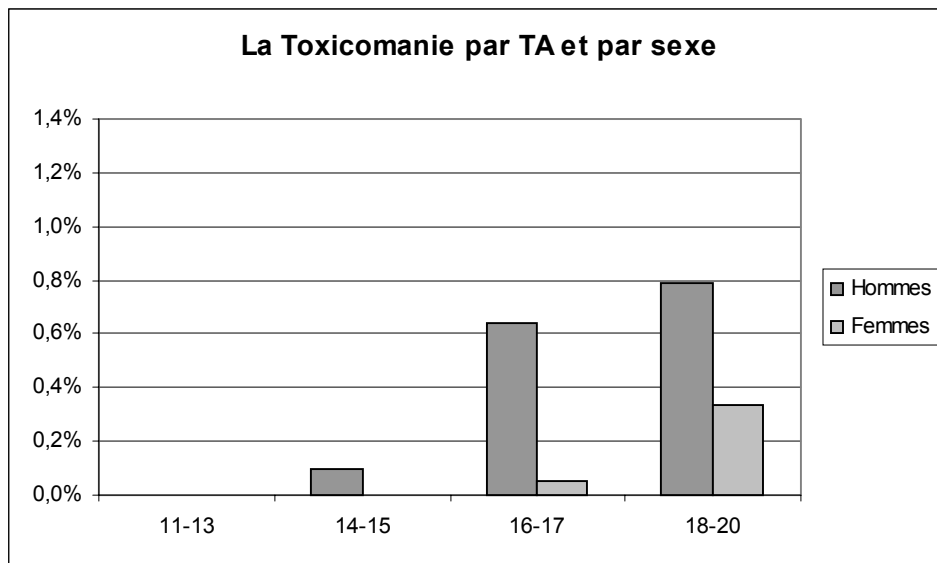
De plus un patient suivi pour toxicomanie, est amené à faire dans plus de 40% des cas plus de 4 consultations par an, c'est donc un patient qui consulte souvent.

Il est à noter que le patient suivi pour toxicomanie est connu par le médecin généraliste dans la moitié des cas, depuis moins de deux ans. Ceci nous permet de dire que ces patients sont plutôt des nouveaux patients du médecin généraliste.

Les autres résultats de consultation les plus souvent associés aux consultations de toxicomanie, sont essentiellement des troubles psychiques, comme l'humeur dépressive (associée dans 9% des cas), l'anxiété (7%), la dépression (5%), l'anorexie-boulimie (4%), les troubles psychiques (3%), l'asthénie (2%), la réaction à une situation éprouvante (2%).

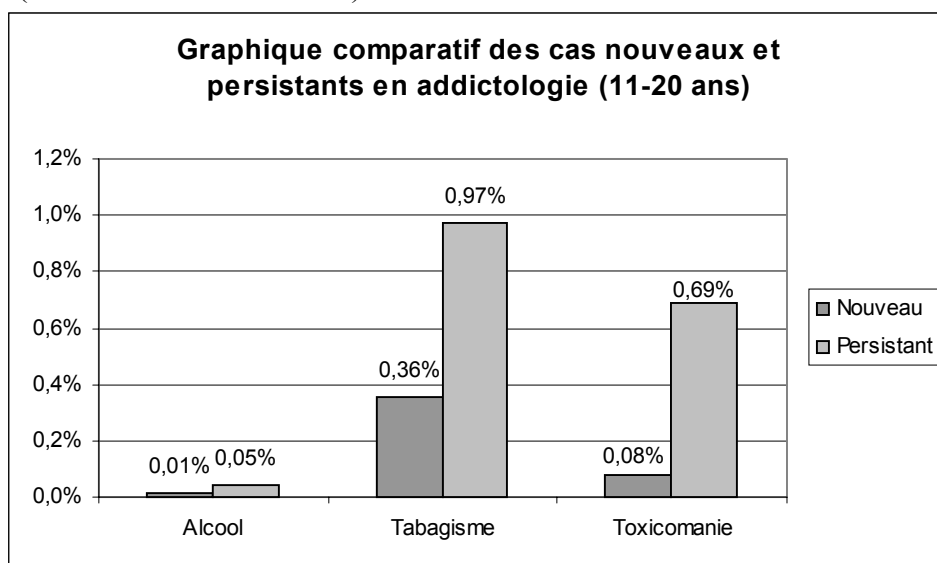
L'alcool et le tabagisme sont aussi associés aux jeunes suivis pour toxicomanie.

Graphique (cf. Annexe 7 Tableau 34 et Tableau 35)



Pour ces trois résultats de consultation, sont présentés ci-dessous les nouveaux cas et les cas persistants.

Graphique (cf. Annexe 7 Tableau 36)

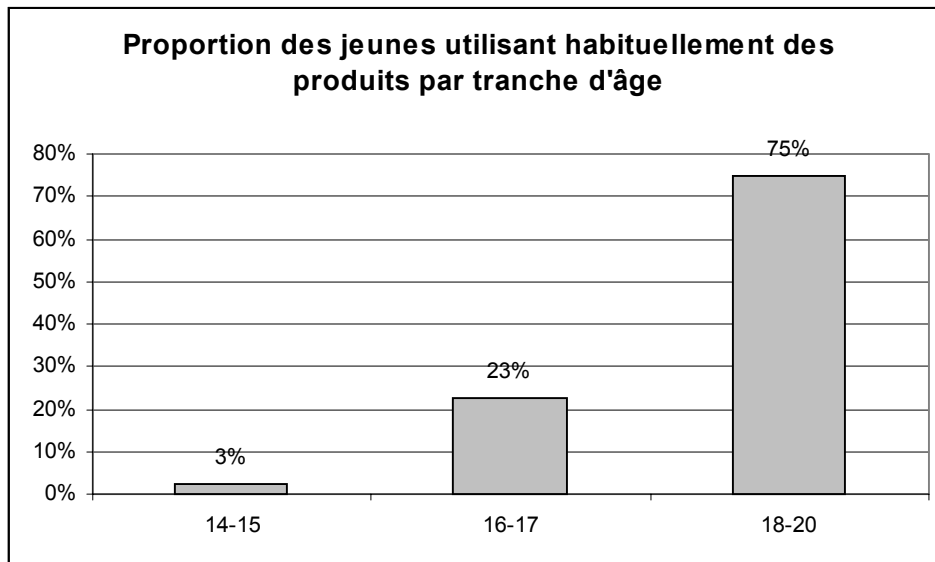


Pour ces trois résultats de consultation, il existe une proportion importante de consultation de suivi ou de persistance des symptômes.

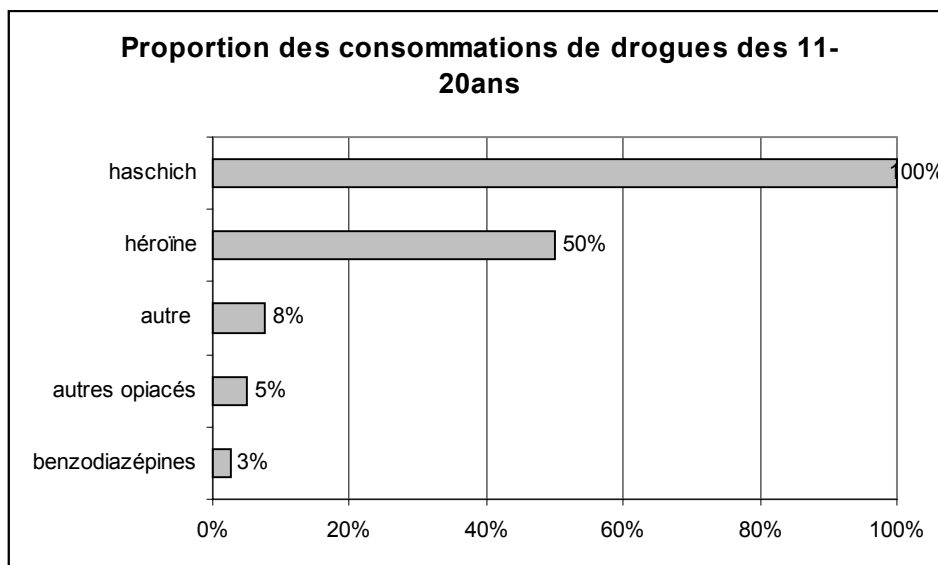
4.4.4.2 Analyse des Items

a) La toxicomanie

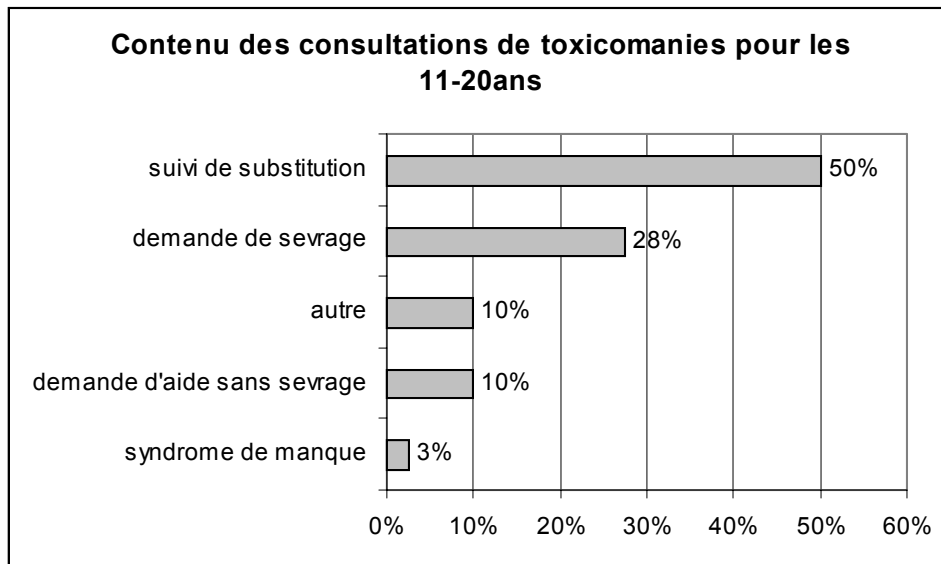
Le graphique ci-dessous (source : items de toxicomanie) montre que les trois quarts des jeunes consultant pour un problème de toxicomanie ont entre 18 et 20 ans. Les premières consultations de médecine générale pour toxicomanie apparaissent à partir de 14-15 ans.



Les adolescents consultant pour toxicomanie consomment tous du haschich et y associent plus ou moins d'autres produits, comme l'héroïne pour la moitié d'entre eux (cf. graphique ci-dessous : source items de toxicomanie).



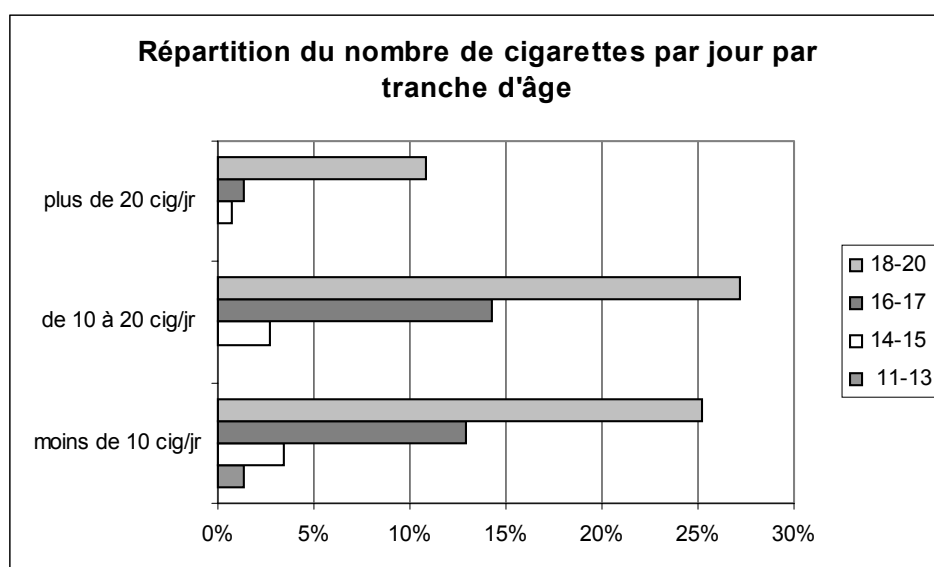
La moitié d'entre eux viennent pour une substitution et un quart pour demande de sevrage (cf. graphique ci-dessous : source items de toxicomanie). On note que seulement 3% consultent dans le cadre d'un syndrome de manque.



Enfin, les hommes représentent 20% des consultations de suivi pour substitution et les femmes 80%.

b) Le tabagisme

En analysant les items notés par les médecins généralistes sur le tabagisme, on retrouve 43% des jeunes consultant pour tabagisme, fumant moins de 10 cigarettes par jour, 44% fumant de 10 à 20 cigarettes par jour et 13% fumant plus de 20 cigarettes par jour. Le nombre de jeunes pris en charge pour tabagisme augmente avec l'âge, les 11-13 ans représentent 1% et les 18-20 ans 63% (cf. graphique et tableau ci-dessous).



Tabac	11-13	11-13	14-15	14-15	16-17	16-17	18-20	18-20	Total	Total
moins de 10 cig/jr	2	1%	5	3%	19	13%	37	25%	63	43%
de 10 à 20 cig/jr	0	0%	4	3%	21	14%	40	27%	65	44%
plus de 20 cig/jr	0	0%	1	1%	2	1%	16	11%	19	13%

4.4.5 L'ANXIÉTÉ ET LE NERVOSISME

L'anxiété et l'angoisse représentent 0,31% (50) des résultats de consultation des hommes et 0,74%(142) des résultats de consultation des femmes (différence significative $p < 0,0001$).

Le taux de recours pour anxiété est de 1,33.

Par ailleurs, on note que les adolescents suivis pour anxiété consultent dans 50% des cas au moins 4 fois dans l'année pour ce problème de l'anxiété ou d'autres problèmes.

Les pathologies les plus souvent associées au problème de l'anxiété, sont pour les trois premiers : l'état fébrile (dans 6% des cas), l'état morbide afebrile (6%), les examens systématiques et prévention (5%). Les troubles comme l'humeur dépressive arrivent en quatrième position (4%), la dépression en septième position (3%), l'anorexie-boulimie en neuvième position (3%) et l'insomnie en quinzième position (2%).

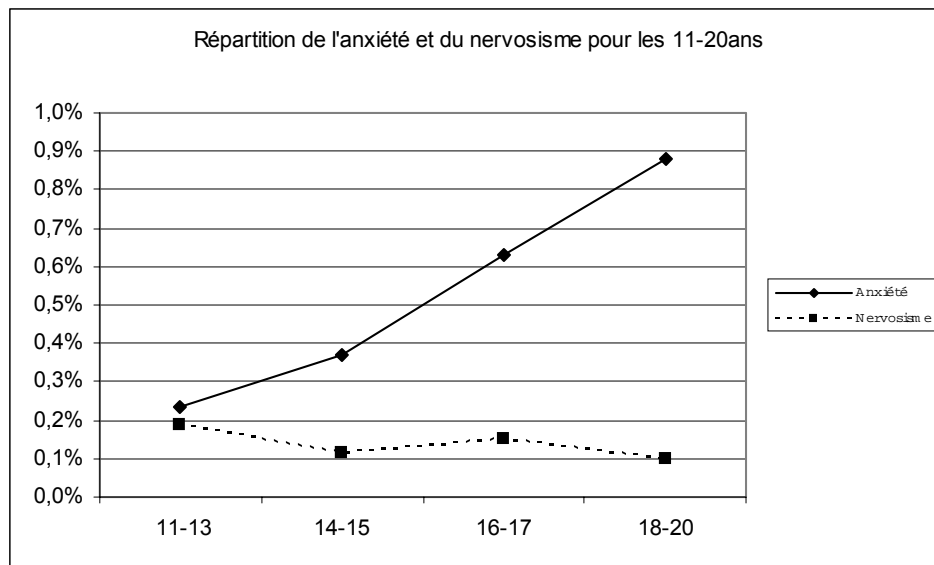
Il faut noter un nombre important de problèmes somatiques associés aux consultations pour anxiété. Ce sont la plainte abdominale (sixième position avec 3%), la lombalgie (2%), l'épigastralgie (2%), l'algie (2%), l'asthénie (1%), la céphalée (1%), qui sont présents dans les 25 premiers résultats de consultation associés à l'anxiété.

Les jeunes consultant pour anxiété sont souvent connus depuis longtemps par le médecin, 65% sont connus depuis plus de deux ans.

L'incidence de l'anxiété est de 0,77 pour 100 adolescents consultant en 2002.

A 11-13 ans le résultat de consultation de l'anxiété est de 0,23% (24) et à 18-20 ans il est de 0,88% (99). Le nervosisme, lui, est de 0,19% (19) à 11-13 ans et de 0,10% (11) à 18-20 ans.

Graphique (Annexe 7 Tableau 37)



L'anxiété est un résultat de consultation qui se majore avec l'âge alors que le nervosisme stagne, voire décroît doucement.

4.4.6 L'INSOMNIE

Dans le dictionnaire de résultats de consultation, l'insomnie concerne les plaintes vis-à-vis de la qualité et la quantité de sommeil, il faut aussi noter que c'est une insomnie isolée, sans autres symptômes. Les troubles du sommeil non isolés sont comptabilisés avec la pathologie associée, telle que la dépression ou l'anxiété.

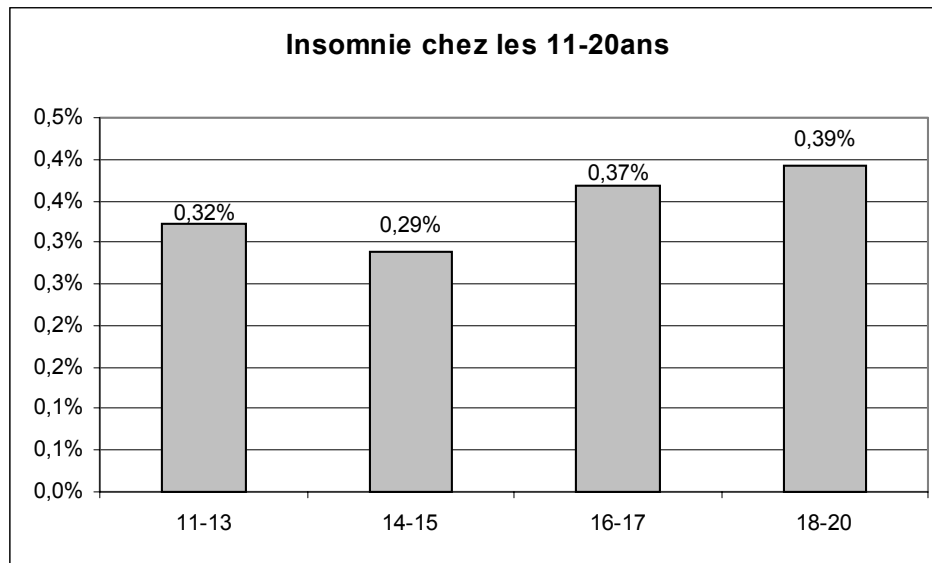
Les filles ont un taux de résultats de consultation pour insomnie de 0,93% (86) et les hommes de 0,58% (36). Il existe donc une majorité significative de filles consultant pour des problèmes d'insomnie ($p < 0,001$).

Chez les 11-20 ans, ce résultat de consultation représente à 11-13 ans 0,32% (33) et à 18-20 ans 0,39% (44), il augmente donc peu avec l'âge.

Le taux de recours dans le cadre de l'insomnie est de 1,16, ainsi il est probable que dans la majorité les adolescents ne consultent qu'une seule fois pour insomnie.

L'incidence de l'insomnie est de 0,55 pour 100 personnes en 2002.

Graphique (Annexe 7 Tableau 39)



4.4.7 LA DEPRESSION ET L'HUMEUR DEPRESSIVE

4.4.7.1 Description des résultats de consultation

La dépression est un résultat de consultation représentant 0,36% (127) de tous les résultats de consultation. Pour pouvoir mieux cerner ce problème de la dépression, nous l'avons associée à l'humeur dépressive.

Le taux de recours pour ce résultat de consultation est de 2,54 pour la dépression associée à l'humeur dépressive.

Le nombre d'actes globalement effectués en 2002, pour un patient ayant consulté une fois pour dépression ou humeur dépressive, est dans plus de la moitié des cas de 4 consultations ou plus.

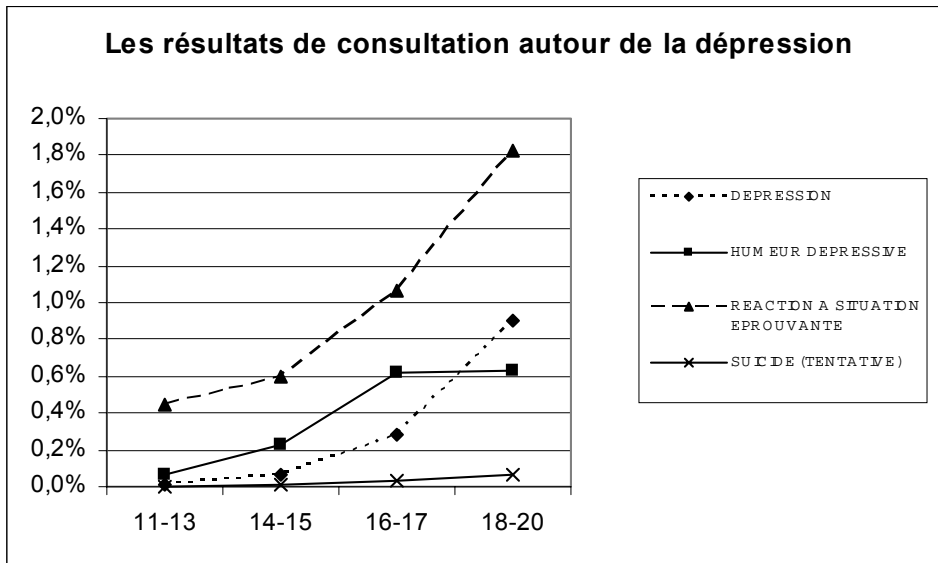
Les deux tiers des patients suivis pour dépression et humeur dépressive sont connus des médecins depuis plus de trois ans. Les adolescents suivis pour dépression, sont donc souvent connus depuis longtemps par le médecin généraliste.

L'incidence de la dépression est de 0,16 pour 100, celle de l'humeur dépressive de 0,38 pour 100.

A 11-13 ans la dépression représente 0,01% (1) des résultats de consultation et à 18-20 ans elle représente 0,90% (101) résultats de consultation (cf. Annexe 7 Tableau 41).

L'humeur dépressive est à 11-13 ans de 0,07% (7) puis à 18-20 ans de 0,63% (71). Entre 16-17 ans et 18-20 ans la proportion de ce résultat de consultation reste identique, alors que celle de la dépression continue à augmenter et donc devient supérieure à l'humeur dépressive.

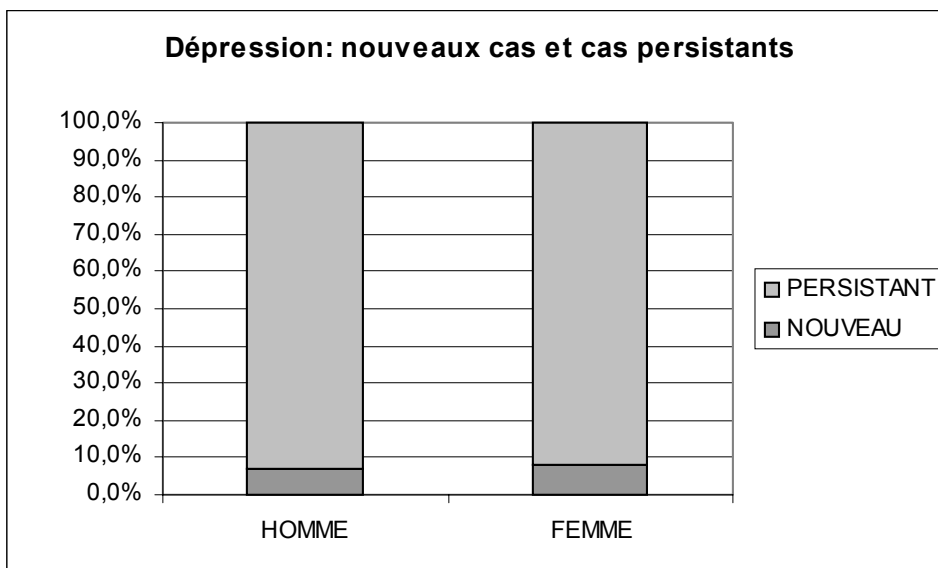
Graphique (cf. Annexe 7 Tableau 41)



Pour la dépression la proportion d'hommes représente 28% et les femmes 72%. L'humeur dépressive comprend 15% d'hommes et 85% de femmes. L'association de ces deux résultats de consultation nous donne une différence significative ($p < 0,0001$) entre les hommes et les femmes.

Nom Rc	HOMME	% hommes	FEMME	% femmes	Total
DEPRESSION	36	28,3%	91	71,6%	127
HUMEUR DEPRESSIVE	31	22,6%	106	77,3%	137

Le résultat de consultation de la dépression est marqué par la différence entre les nouveaux cas et les cas persistants. Les cas persistants représentent 80% des résultats de consultation de la dépression. (cf. Annexe 7 Tableau 42 et graphique ci-dessous).



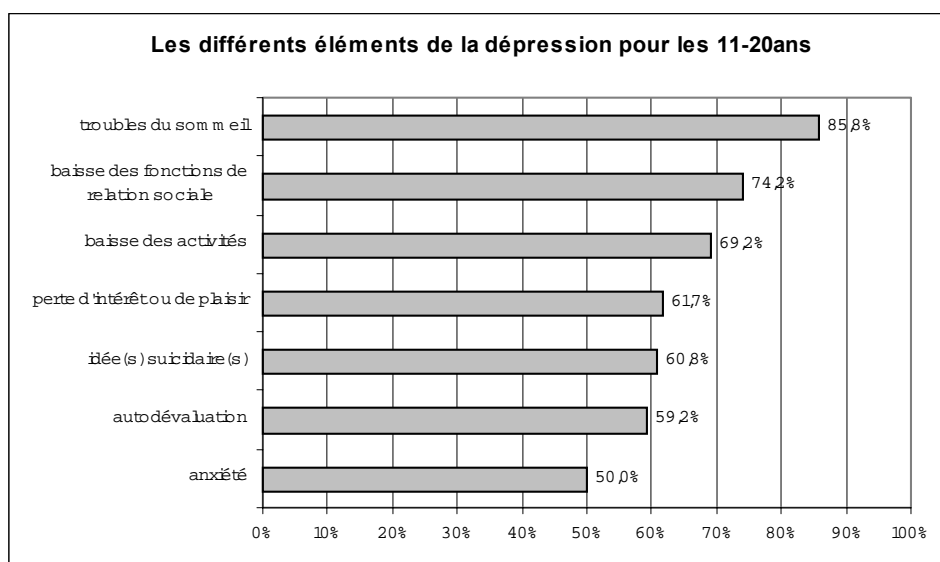
Les résultats de consultation les plus souvent associés à celui de la dépression et de l'humeur dépressive, sont tout d'abord l'anxiété associée dans 9% des cas, les états fébriles et morbides

afébriles dans 7 et 6% des cas, la contraception dans 5% des cas, puis les examens systématiques et l'asthénie dans 4% des cas. L'association au résultat de consultation « réaction à une situation éprouvante » est aussi fréquente dans 4% des cas, en septième position et la toxicomanie en neuvième position (2%).

4.4.7.2 Analyse des Items

L'analyse des items de la dépression permet de donner les résultats suivants :

- La répartition par tranches d'âge est de 3,3% pour les 14-15 ans, 15,8% pour les 16-17 ans et 80,8% pour les 18-20 ans.
- La dépression regroupe plusieurs symptômes. Sur le graphique ci-dessous sont relevés la fréquence de ces symptômes lors du diagnostic de dépression. Les symptômes majeurs sont les troubles du sommeil présents à 85%, la baisse des relations sociales 74% et la baisse des activités 69%. Il est à noter que la moitié des jeunes venus consulter pour une dépression présentait des signes d'anxiété et que 60% d'entre eux avaient des idées suicidaires.



Dépression (120 items)	Hommes	Hommes	Femmes	Femmes	Total	Total
anxiété	29	24,2%	31	25,8%	60	50,0%
autodévaluation	27	22,5%	44	36,7%	71	59,2%
idée(s) suicidaire(s)	32	26,7%	41	34,2%	73	60,8%
perte d'intérêt ou de plaisir	29	24,2%	45	37,5%	74	61,7%
baisse des activités	30	25,0%	53	44,2%	83	69,2%
baisse des fonctions de relation sociale	30	25,0%	59	49,2%	89	74,2%
troubles du sommeil	33	27,5%	70	58,3%	103	85,8%

4.4.7.3 Cas particulier de la réaction à une situation éprouvante

La réaction à une situation éprouvante est parfois reliée à la dépression. Elle représente 1,04% (366) de tous les résultats de consultation des jeunes, dont 66% (244) de femmes et 33% (122) d'hommes. Les femmes consultant pour cette pathologie sont plus nombreuses ($p < 0,0001$).

La réaction à une situation éprouvante augmente progressivement à chaque tranche d'âge, à 11-13 ans elle est de 0,45% (46) et à 18-20 ans elle est de 1,83% (205).

Son taux de recours est de 1,25 pour la réaction à une situation éprouvante.

L'incidence de ce résultat de consultation est de 1,8 pour 100.

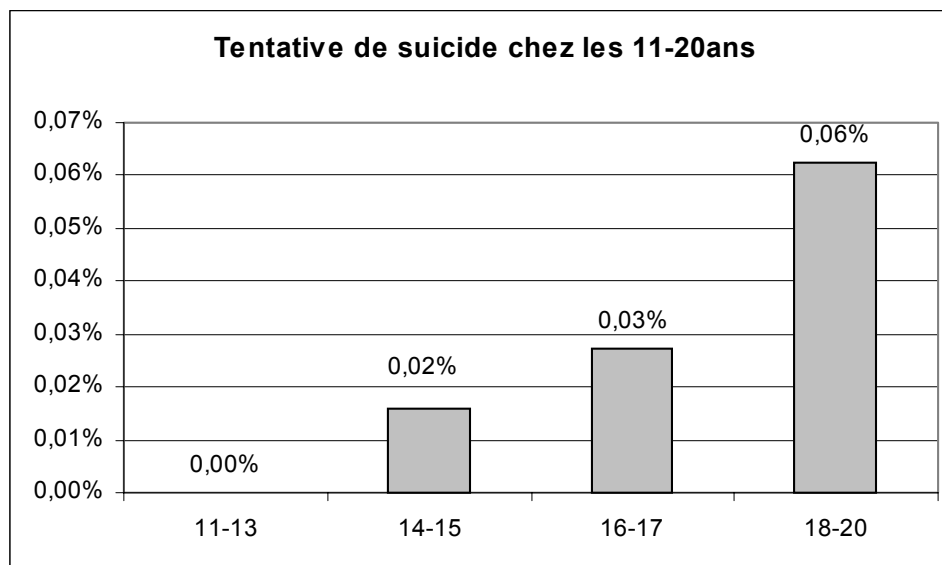
Ce résultat de consultation est plus fréquent que celui de la dépression.

4.4.8 LES TENTATIVES DE SUICIDE

Les tentatives de suicides apparaissent comme résultat de consultation à partir de 14-15 ans. Leur proportion est de 0,02% (1) à 14-15 ans et de 0,06% (7) à 18-20 ans. Le nombre de consultations pour tentative de suicide est très faible et augmente avec l'âge, le nombre total de résultats de consultation pour tentatives de suicide est de 10.

Ce résultat de consultation est présent uniquement chez les femmes.

Graphique (cf. Annexe 7 Tableau 41)



Le taux de recours des tentatives de suicide est de 1,25.

L'incidence de ce résultat de consultation est de 0,05 pour 100 adolescents consultants sur 2002.

Les pathologies les plus souvent associées au résultat de consultation tentative de suicide, sont en premier l'anorexie-boulimie, puis l'humeur dépressive. Les problèmes avec l'alcool sont en cinquième position. On retrouve aussi des symptômes tels que l'asthénie, la céphalée et la cervicalgie.

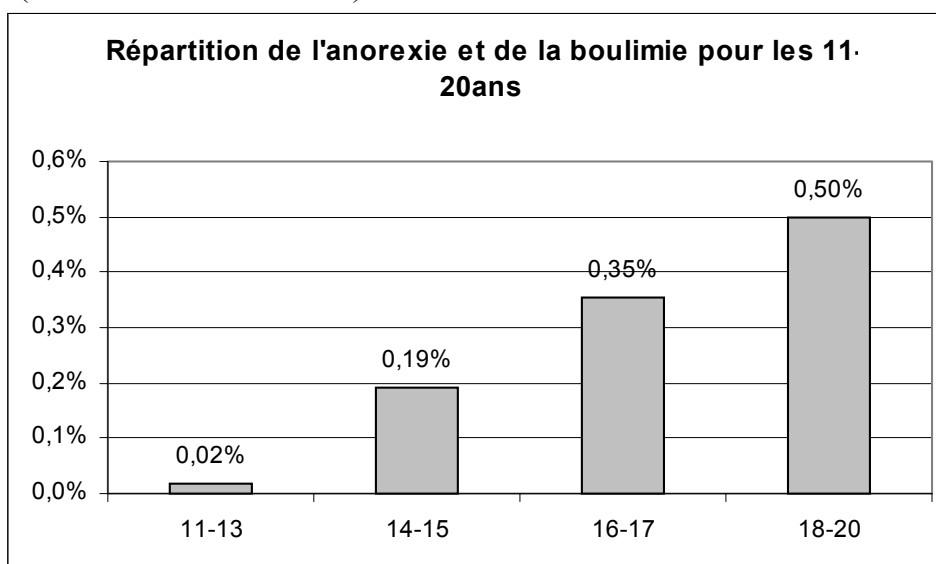
Nom Rc	Frq
ANOREXIE - BOULIMIE	1
HUMEUR DEPRESSIVE	2
ANEMIE FERRIPRIVE - CARENCE EN FER	3
CONTRACEPTION	4
ALCOOL (PROBLEME AVEC L')	5
CONSTIPATION	6
MENORRAGIE-METRRORRAGIE	7
REACTION A UNE SITUATION EPROUVANTE	8
ANGINE	9
ANOMALIE POSTURALE	10
ASTHENIE - FATIGUE	11
BLESSURES COMBINEES LEGERES	12
CEPHALEE	13
CERVICALGIE	14

4.4.9 ANOREXIE ET BOULIMIE

4.4.9.1 Description des résultats de consultation

Le résultat de consultation anorexie-boulimie progresse tout au long de l'adolescence. A 11-13 ans il est de 0,02% (2), à 14-15 ans de 0,09% (12) et à 18-20 ans il est de 0,50% (56).

Graphique (cf. Annexe 7 Tableau 43)

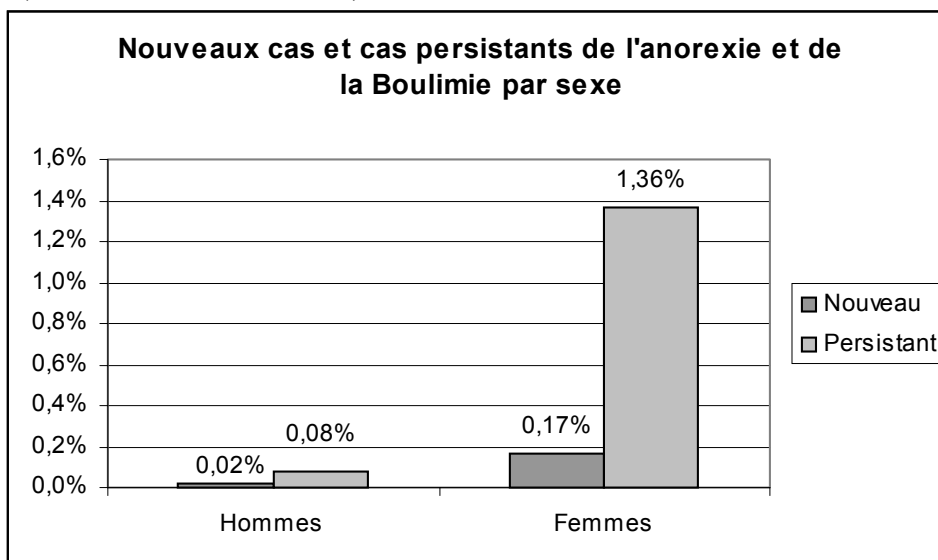


Le taux de recours concernant l'anorexie et la boulimie est de 2,6, donc ce résultat de consultation nécessite plusieurs consultations dans l'année, souvent au moins trois.

L'incidence de l'anorexie-boulimie est de 0,17 pour 100, donc très faible.

Il existe une nette différence entre les garçons et les filles pour ce résultat de consultation de l'anorexie-boulimie, accentuée par la comparaison des nouveaux cas et des cas persistants. Les hommes ont un nombre de nouveaux cas de 0,02% (2) et les femmes de 0,08% (24). Le nombre de cas persistants pour les hommes est de 0,17% (3) et celui des femmes de 1,36% (67).

Graphique (cf. Annexe 7 Tableau 44)



4.4.9.2 Analyse des Items

En regardant plus précisément ce résultat de consultation avec les items, nous pouvons évaluer la répartition entre l'anorexie et la boulimie.

La répartition des consultations notées anorexie-boulimie est la suivante :

- 71,5 % concernent l'anorexie,
- 25,0 % concernent la boulimie,
- 3,5 % concernent l'alternance anorexie-boulimie.

La majorité des cas d'anorexie touchent des adolescentes (9 fois sur 10). Il en est de même pour la boulimie.

RC	Hommes	Hommes	Femmes	femmes	Total
anorexie	4	10,00%	36	90,00%	40
boulimie	1	7,14%	13	92,86%	14

4.5 PRESCRIPTIONS

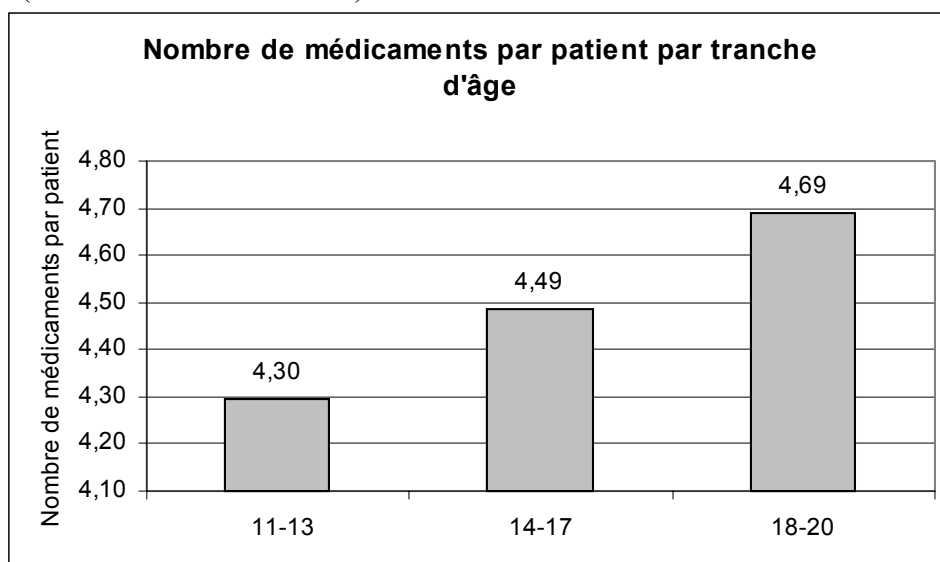
4.5.1 PRESCRIPTION DES MEDICAMENTS POUR LES ADOLESCENTS DE 11-20ANS

La base de données a recueilli 29927 (45%) médicaments prescrits pour les hommes de 11-20 ans et 36010 (55%) médicaments prescrits pour les femmes de 11-20 ans.

Les médecins généralistes participant à la base de données ont prescrit pour les hommes de 11-20 ans 4,1 médicaments par patient et pour les femmes 4,7 médicaments par patient sur l'année 2002.

De plus, le nombre de médicament par patient est de 4,3 pour les 11-13 ans, 4,49 pour les 14-17 ans, et de 4,69 médicaments pour les 18-20 ans.

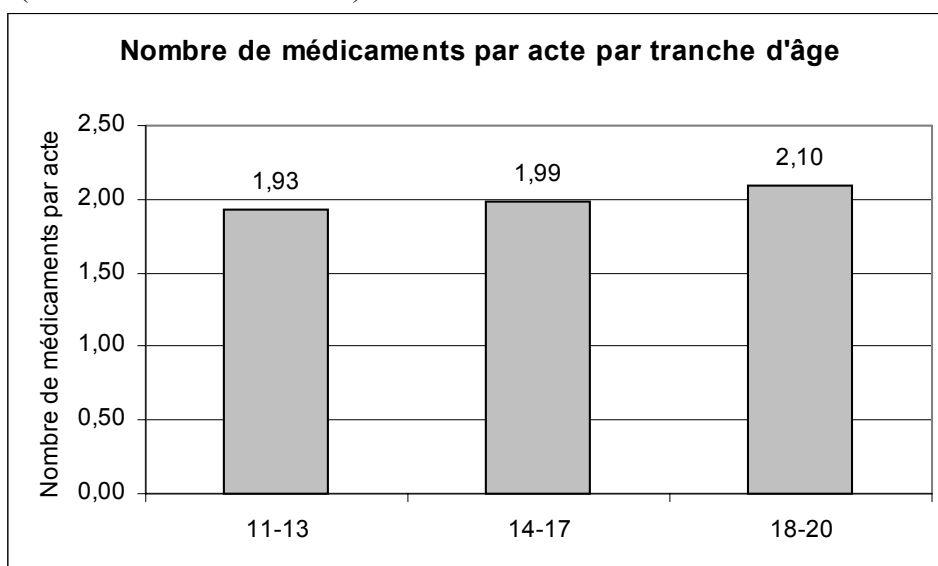
Graphique (cf. Annexe 8 Tableau 45)



Lors d'une consultation, le nombre moyen de médicaments prescrits est de 1,9 médicaments par acte pour les hommes de 11-20 ans et de 2 médicaments par acte pour les femmes de 11-20 ans.

Les médecins généralistes ont donné en 2002, pour les 11-20 ans 1,93 médicaments par acte à 11-13ans, 1,99 médicaments par acte à 14-17 ans, 2,10 médicaments par acte à 18-20 ans.

Graphique (cf. Annexe 8 Tableau 46)



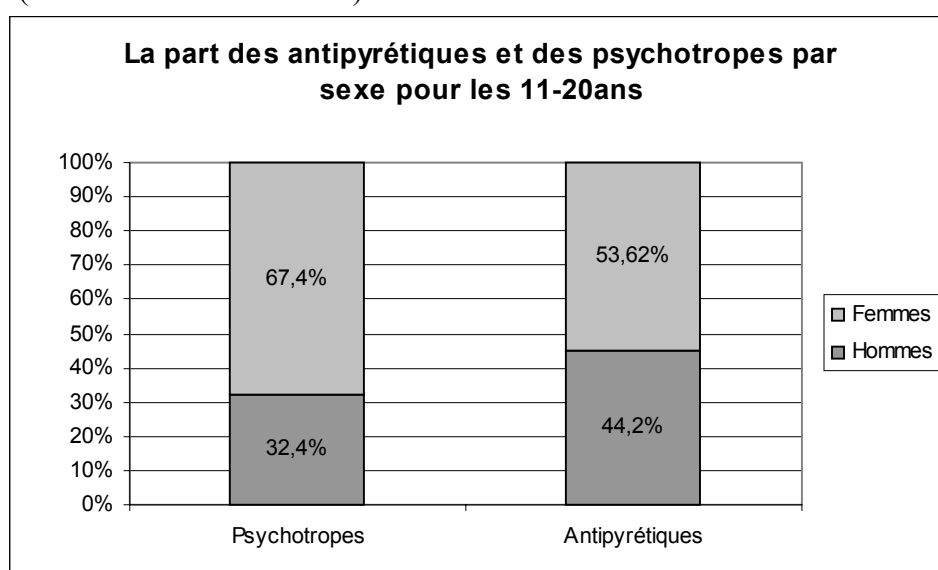
4.5.2 LES PSYCHOTROPES ET LES ANTIPYRETIQUES

Le nombre de médicaments comptabilisé et utilisable grâce à un système de codage par la base de données est de 40186 sur l'année 2002.

La part des psychotropes représente 2,2% (899) de toutes les prescriptions des médecins généralistes, dont 32% (291) pour les hommes de 11-20 ans et 67% (606) pour les femmes de 11-20ans (différence significative $p < 0,0001$).

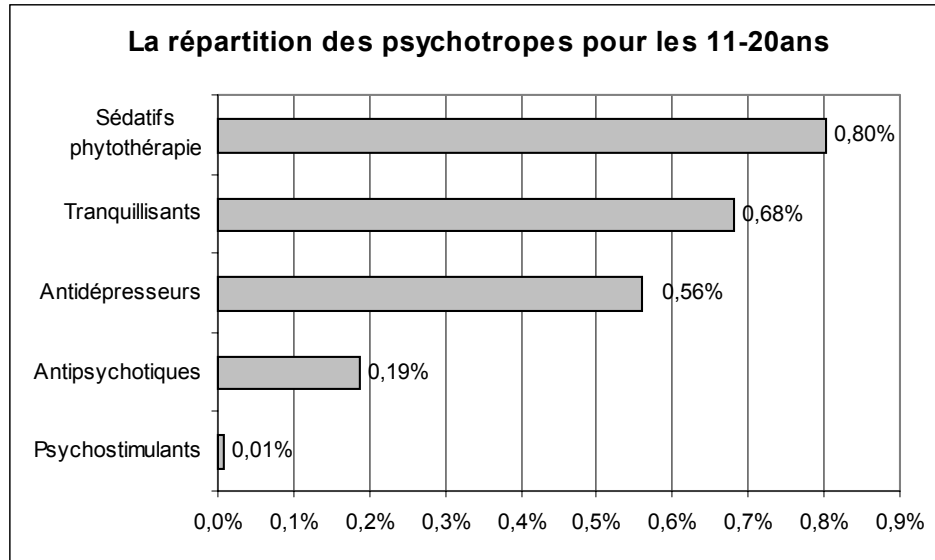
Les antipyrétiques représentent 16% de toutes les prescriptions des médecins généralistes, dont 44% (3099) des médicaments prescrits pour les hommes et 53% (3763) prescrits pour les femmes de 11-20 ans (significatif $p < 0,032$).

Graphique (cf. Annexe 8 Tableau 47)



Les psychotropes se répartissent en plusieurs familles de médicaments. Leurs taux respectifs sont indiqués dans le graphique ci-dessous (pourcentage par rapport à l'ensemble des médicaments prescrits par les médecins généralistes):

Graphique (cf. Annexe 8 Tableau 48)

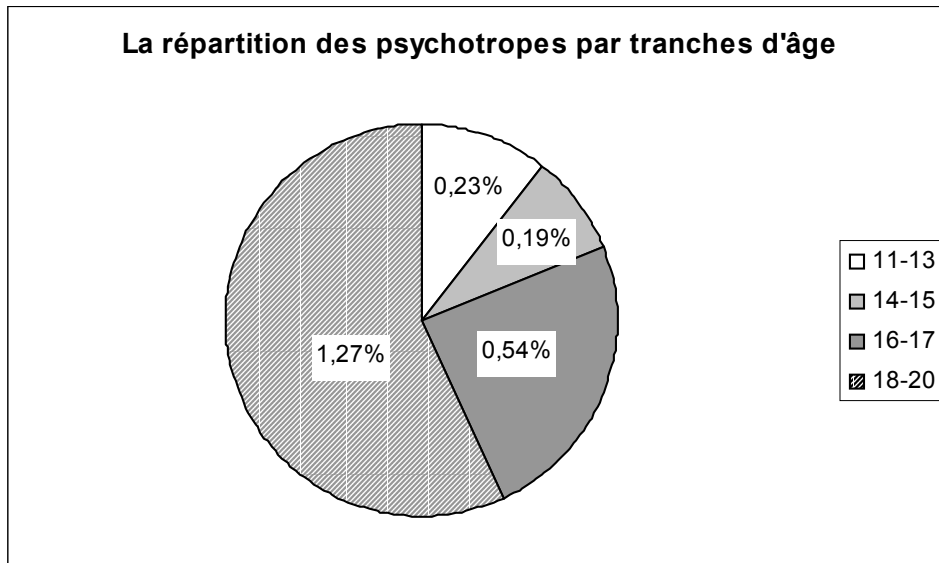


La part des différences hommes/femmes pour les psychotropes :

- Pour les antidépresseurs, les femmes représentent 0,41% (164) et les hommes 0,15% (61), la différence est significative ($p < 0,048$).
- Pour la phytothérapie, les femmes représentent 0,56% (227) et les hommes 0,23% (93), la différence est non significative ($p < 0,1$).
- Pour les antipsychotiques, les femmes représentent 0,08% (33) et les hommes 0,10% (42), la différence est significative ($p < 0,0001$).
- Pour les tranquillisants, les femmes représentent 0,45% (182) et les hommes 0,23% (92), la différence est non significative ($p < 0,06$).

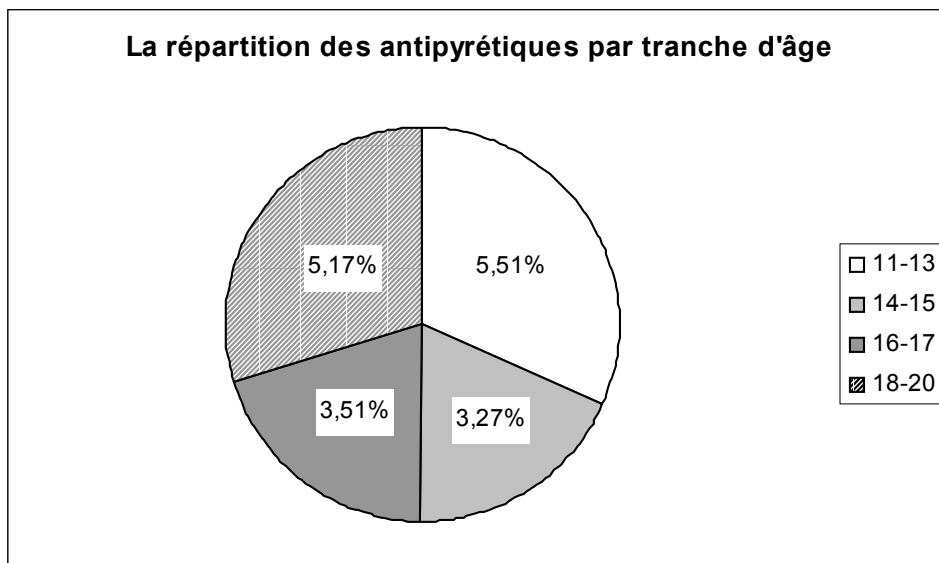
La prescription des psychotropes n'est pas homogène pour les différentes tranches d'âge. Pour les 11-13 ans, les psychotropes représentent 0,23% (94) de toutes les prescription médicamenteuses, pour les 14-15 ans 0,19% (76), pour les 16-17 ans 0,54% (218) et pour les 18-20 ans 1,27% (511).

Graphique (cf. Annexe 8 Tableau 48)



La prescription des antipyrétiques est de 5,51% (2214) pour les 11-13 ans, 3,27% (1313) pour les 14-15 ans, 3,51% (1412) pour les 16-17 ans et 5,17% (2079) pour les 18-20 ans.

Graphique (cf. Annexe 8 Tableau 49)



5 LIMITES, BIAIS ET APPORTS DE L'ETUDE

5.1.1 LES BIAIS

Les médecins généralistes participant à la base de données sont volontaires et informatisés. Ils ont donc des caractéristiques particulières pouvant influencer les résultats.

La répartition de ces médecins généralistes sur le territoire français n'est pas homogène.

Les médecins, en remplissant le dossier médical informatique, n'ont pas toujours noté le sexe du patient, donc certains patients sont notés NR (sans sexe). Ces patients sans sexes ont été écartés de l'étude.

Certains actes n'ont pas été définis comme consultation ou visite, ils sont peu nombreux et correspondent en règle général à des visites. Ces actes n'ont pas été comptabilisés.

Certaines consultations apparaissent dans la base de données sans résultat de consultation. Celles-ci n'ont pas été analysées.

5.1.2 LES LIMITES

Dans les dossiers médicaux, les médecins généralistes notent les motifs de consultation en texte libre, et de fait ils ne sont pas récupérés, alors que les résultats de consultation sont standardisés. Ces résultats de consultation se définissent par la ou les conclusion(s) médicale(s) notée (s) par le médecin généraliste en fin de consultation.

Les maladies sexuellement transmissibles ont été écartées de l'étude. En effet elles ne sont pas définies par un résultat de consultation évident.

5.1.3 LES APPORTS

Les médecins généralistes de la base parlent le même langage. C'est-à-dire qu'ils ont à leur disposition des définitions et des classements de pathologies constantes, grâce au dictionnaire de consultation.

La base de donnée a débuté en 1993, elle permet d'avoir une cohorte de patients parfois connus depuis 10ans.

Les données sont extraites du dossier de soin du praticien : l'ensemble de sa clientèle consultante est donc analysé.

6 DISCUSSION

6.1 CORRESPONDANCE AVEC LA LITTERATURE

6.1.1 LES PARTICULARITES DES ADOLESCENTS CONSULTANT EN MEDECINE GENERALE

6.1.1.1 La répartition des consultations des adolescents par sexe

Dans notre étude, les jeunes de 11-20ans ayant consulté en 2002 se répartissent entre 51,2% de filles et 48,8% de garçons. Cette différence entre les sexes apparaît à l'âge de 14-15ans, auparavant comme pendant l'enfance le nombre de garçons et de filles consultant est identique. Puis la distinction entre les sexes s'accroît et à l'âge adulte on retrouve 54% de femmes et 46% d'hommes.

Chez les adolescents, les filles consultent aussi plus souvent, avec un nombre d'actes supérieur aux garçons. Ainsi le nombre d'acte par patient est de 2,3 par fille et de 2,08 par garçon. Cette différence est significative ($p < 0.0001$).

Dans l'enquête INSERM réalisée par M. Choquet et S. Ledoux [12] en 1993, les adolescents étudiés étaient âgés de 11 à 19ans, 74,8% des jeunes avaient consulté un médecin généraliste, ils correspondaient à 78% des filles contre 72% des garçons. De plus la part des jeunes n'ayant jamais consulté représentait 8% des garçons et 5% des filles.

Ces résultats confirment ceux de notre étude où les jeunes filles consultent plus souvent que les jeunes garçons.

6.1.1.2 La répartition du nombre de résultats de consultation par sexe

Dans notre étude, les résultats de consultation des filles sont plus nombreux que ceux des garçons. Lors d'une consultation, le nombre moyen de résultats de consultation est de 1,37 pour les filles et de 1,29 pour les garçons.

Dans l'étude CREDES-ESPS de 1998 [9], ils ont relevé le nombre de troubles déclarés par les adolescents un jour donné (hors problèmes dentaires et troubles de la réfraction). Les filles présentaient un nombre d'affections 1,5 fois plus important que les garçons.

Cette enquête confirme notre étude dans cette tendance des filles à consulter pour des problèmes de santé plus nombreux que les garçons.

6.1.1.3 Les adolescents consultent moins souvent que le reste de la population

Dans notre étude nous retrouvons une tendance des jeunes de 11-20ans à consulter moins souvent que le reste de la population.

Une enquête réalisée par le CREDES en 1991-1992, sur la santé des jeunes : enquête sur la santé et les soins [1], [7], a permis de calculer le nombre moyen de recours aux médecins: il était de 4,9 consultations par an pour les moins de 25 ans et de 5,9 pour les 25-64ans.

Comme dans notre étude les jeunes consultent moins souvent que les adultes.

6.1.2 LES DIFFERENTES PATHOLOGIES DE L'ADOLESCENT

6.1.2.1 Les deux grandes classes pathologiques : la prévention primaire et les pathologies infectieuses et ORL.

Dans notre étude la première grande classe pathologique comprend les « examens systématiques et prévention » associés aux vaccinations. Elle concerne un résultat de consultation sur 5.

Dans l'étude CREDES-EPPM de 1998 [9], enquête sur les prescriptions des médecins libéraux (tous les médecins libéraux en-dehors des chirurgiens et des radiologues), le chapitre prévention et motifs administratifs ne représentait que 18,8% et était majoré par l'association à la contraception. Il était le deuxième domaine pathologique de consultation des adolescents, le premier étant les pathologies ORL avec 24,5%.

Dans notre étude les affections ORL sont de 10,4%. Si on y ajoute les états fébriles alors cette classe de pathologies correspond à 18,4% des résultats de consultation des adolescents.

L'écart entre les deux études peut être le fait d'un problème de définition entre les grandes classes pathologiques de chaque étude, mais aussi le fait des différences de réalisation des études. L'étude CREDES n'étudie que les consultations donnant lieu à une prescription, et chez tous les médecins libéraux excepté les chirurgiens et les radiologues.

En tenant compte des différences entre les deux études, on peut tout de même supposer que les infections de la sphère ORL associées aux états fébriles et à la prévention primaire, sont les deux premières grandes classes pathologiques des adolescents en médecine générale.

6.1.2.2 Les autres domaines de consultation des adolescents

Les maladies de peau sont en quatrième position dans notre étude, avec 7,9 % des résultats de consultation, et dans l'étude CREDES-EPPM, elles sont de 11,1 %.

La traumatologie dans notre étude est de 4,2% et dans l'étude EPPM de 7,9%, pratiquement deux fois plus. Cet écart peut provenir du type d'étude, car tous les praticiens libéraux (en dehors des radiologues et des chirurgiens) sont pris en compte dans l'étude CREDES.

Pour l'appareil locomoteur les deux études sont pratiquement similaires avec un taux de 6% dans notre étude et 7,9% dans l'étude EPPM.

Les pathologies digestives sont à un taux de 5,15 % dans notre étude et de 7,5% dans l'étude EPPM avec une différence en faveur des femmes pour les deux études.

Si on associe les maladies gynécologiques et urinaires, dans notre étude elles représentent pour les hommes 1 % et pour les femmes 10 %, dans l'étude EPPM [9] elles sont de 1% pour les hommes et de 6 % pour les femmes.

Ainsi l'étude CREDES s'associe à notre étude pour dire que les adolescents consultent souvent le médecin généraliste pour les problèmes de peau, pour des problèmes ostéo-articulaires et moins souvent pour les problèmes digestifs.

Les problèmes gynécologiques des adolescentes sont pris en charge par les généralistes de notre étude puisque ces problèmes sont présents chez une femme sur 10 et 1 fois sur 15 dans l'étude CREDES.

Les troubles mentaux et les consommations abusives sont moins souvent représentées avec 4.8% dans notre étude et 5.8% dans l'étude EPPM [9].

6.1.2.3 Les maladies chroniques

Il ne faut pas oublier la part des maladies chroniques des l'adolescents. Les jeunes sont aussi sujets à des maladies graves comme les tumeurs. La mortalité des adolescents d'origine tumorale est de 6% pour les garçons et de 11% pour les filles [5].

Dans notre étude, on retrouve 12,2% de pathologies dites chroniques dont seulement 2,5% sont invalidantes.

Dans l'enquête réalisée par M. Choquet et S. Ledoux pour l'INSERM en 1994 [12][13], les adolescents de 11-19 ans présentaient 8,6% de maladies chroniques dont un tiers étaient d'origine circulatoire ou respiratoire, et un tiers étaient d'ordre ostéo-articulaires.

L'écart existant entre les deux études peut s'expliquer tout d'abord par la différence de l'échantillon analysé entre les deux enquêtes. En effet, l'étude INSERM est une enquête menée auprès de la population générale des adolescents, alors que dans notre étude ce sont les adolescents consultant en médecine générale.

Une autre explication peut être aussi l'existence d'une différence de classification des maladies chroniques entre les deux études. (cf. Annexe 9).

6.2 LES PATHOLOGIES DE SANTE PUBLIQUE A L'ADOLESCENCE

6.2.1 LA TRAUMATOLOGIE

Les pathologies de traumatologie sont provoquées par les accidents. Les accidents sont la première cause de mortalité à l'adolescence, ainsi que la première cause de handicap. Par rapport à d'autres pays européens, la France est mal placée pour le taux de mortalité des adolescents par accidents. C'est pourquoi ces pathologies sont devenues un problème de santé publique en France [19].

6.2.1.1 La différence hommes-femmes

Dans notre étude, les problèmes de traumatologie représentent 6,15% des résultats de consultation des adolescents de 11-20 ans, dont 8,2 % pour les garçons et 4,4 % pour les filles. Cette supériorité du nombre de cas de traumatologie pour les garçons existe dès l'âge de 11-13 ans ($p < 0,0019$) et augmente avec l'âge.

- Dans l'enquête INSERM réalisée par M. Choquet et S. Ledoux [12] en 1993, 43,2% des adolescents entre 11 et 19 ans déclaraient avoir eu un accident dans l'année, dont 51% de garçons et 36% de filles. Par ailleurs, 10% des adolescents annonçaient en avoir eu plus de deux dans l'année.
- Dans l'enquête HBSC [11] réalisée en 1994 par l'OMS en liaison avec le CFES, ils ont étudié un échantillon d'adolescents scolarisés de 11ans, 13ans et 15ans, pour mieux comprendre leurs comportements de santé. Ils ont noté que 4 adolescents sur 10 avaient consulté un médecin pour un problème lié à un accident dans l'année. De plus, ils retrouvaient significativement plus de garçons accidentés que de filles.
- Dans l'enquête INSEE-CREDES de C. Sermet en 1991-92 [8], les traumatismes ont un taux de morbidité incidente aigüe de 36 pour 100 pour les garçons et de 17 pour 100 pour les filles.
- Dans l'enquête ESPS du CREDES [9], les traumatismes déclarés par les adolescents représentent 3,9% des pathologies des garçons et 2,6% des filles.
- Dans l'enquête EPPM du CREDES [9], les lésions traumatiques sont relevées lors des consultations de médecine générale avec 10,3% des motifs de recours des hommes et 6% des motifs de recours des femmes.

6.2.1.2 Taux de recours pour la traumatologie

D'autre part, le taux de recours retrouvé dans notre étude pour les lésions traumatiques est de 1,11, donc la majorité des cas de traumatologie se résolvent en une et parfois deux consultations. Il est probable que les adolescents lorsqu'ils se blessent, consultent le médecin généraliste dans les cas bénins et pour les cas plus sévères se tournent vers les urgences hospitalières.

Aux urgences, les consultations pour traumatologie représentent 60% de toutes les consultations des adolescents, dont 72 % des garçons et 44% des filles, dans une étude réalisée aux urgences de 6 CHU de l'AP-HP en 1999 [20].

Une autre étude sur l'accueil des urgences dans un CHU d'Amiens, en 1995 [21], notait 70 % de consultation pour traumatologie aux urgences pour les adolescents.

La part de la prise en charge de la traumatologie aux urgences hospitalières est très importante. En conséquence, Les médecins généralistes reçoit essentiellement des cas bénins ou des suites de soins de l'hôpital.

6.2.1.3 Répartition des différentes lésions traumatiques

Pour finir, les lésions les plus fréquentes dans notre étude sont tout d'abord les contusions et les entorses, puis les plaies et les fractures, en accord avec la littérature :

- Dans l'enquête HBSC [11], les jeunes accidentés présentaient des entorses pour 37 % d'entre eux, puis des fractures 31 % et des coupures 17 %.
- Dans l'enquête ESP (enquête et protection sociale) réalisée par le CREDES en 2000, ils étudiaient les accidents de la vie courante [22], ils retrouvaient 38 % d'entorses, 14% de fractures, 10% d'atteintes musculo-articulaires, et 10 % de plaies chez les 10-19 ans.

6.2.1.4 Conclusion

En conclusion, dans notre étude, les garçons à l'adolescence sont plus souvent accidentés que les filles et consultent plus fréquemment le médecin généraliste pour des lésions traumatiques, ce qui est confirmé par la littérature.

Par ailleurs, les lésions traumatiques prise en charge par les médecins généralistes de notre étude sont en général bénignes, nécessitant le plus souvent une à deux consultations pour régler le problème.

On peut supposer que les blessures plus sévères sont prises en charge aux urgences hospitalières.

De plus la majorité des problèmes traumatiques pris en charge en médecine générale dans notre étude ont la même répartition que celles déclarées par les adolescents. Les lésions traumatiques les plus fréquentes sont les entorses, les contusions, puis les fractures et les plaies.

6.2.2 L'OBESITE ET LE SURPOIDS

En France comme dans tous les pays industrialisés, il existe une augmentation de la prévalence de l'obésité infantile.

Le surpoids et l'obésité de l'enfant sont devenus un véritable sujet de santé publique. Les études épidémiologiques ont mise en évidence leur responsabilité dans l'augmentation de la mortalité à l'âge adulte, due à l'augmentation des maladies cardio-vasculaires, métaboliques ou endocriniennes.

Il faut noter que 50 à 70% des jeunes obèses le resteront à l'âge adulte [23].

Une étude SOFRES-Roche-INSERM sur les plus de 15 ans en 2000, décrit un accroissement du surpoids des jeunes qui passe de 8,2% en 1997, à 9,6% en 2000 et à 11,3% en 2003 [24].

Une autre étude réalisée dans les classes de troisième en 2000-2001, retrouvait une prévalence globale du surpoids de 15,7% dont 3,3% d'obésité. Dans cette étude il n'était pas retrouvé de différence significative entre les garçons et les filles [24].

Ceci conforte notre étude dans laquelle nous n'avons pas trouvé de différence significative entre les hommes et les femmes pour l'obésité et le surpoids.

Alors que ces études réalisées chez les adolescents montrent un nombre important de cas d'obésité dans cette population, on s'aperçoit que dans notre étude le taux d'incidence du surpoids (incluant l'obésité) est de 0,36 pour 100, ce qui est très faible.

Ainsi nous pouvons interpréter ces résultats en disant que les adolescents obèses ou en surpoids ne consultent que rarement le médecin généraliste pour ce problème. On peut supposer que les médecins généralistes ne sont pas assez sensibilisés au problème de prévention de l'obésité chez les adolescents.

6.2.3 LES EXAMENS SYSTEMATIQUES, LA PREVENTION ET LA VACCINATION

Ce regroupement de motifs de consultation est un des deux grands domaines de consultation des adolescents en médecine générale (cf. ci dessus).

Dans notre étude, les adolescents consultants pour un problème lié aux examens systématiques ou à la prévention, ont consulté une à deux fois dans l'année pour la moitié d'entre eux.

De plus, il était noté que les résultats de consultation les plus souvent associés à celui de « examens systématiques et prévention », sont :

- la vaccination,
- l'état fébrile,
- la contraception,
- l'état morbide afebrile.

Ce sont essentiellement des troubles bénins. Il faut noter l'absence d'association de ce problème de santé aux maladies mentales.

Les adolescents venant se faire vacciner ont consulté une à trois fois en 2002 pour la moitié d'entre eux. Il est probable que ce nombre de consultations plus important par rapport aux examens systématiques et prévention, soit lié au rappel de vaccination.

En règle générale, dans notre étude, les adolescents consultants pour examens systématiques, prévention et vaccination, sont peu demandeur de soins et consultent pour des troubles souvent bénins.

Par ailleurs dans notre étude, les trois-quarts des adolescents consultants pour examens systématiques, prévention et vaccination, sont connus depuis plus de trois ans par leur médecin généraliste. On peut donc dire que les adolescents consultant pour ces deux résultats de consultation sont connus depuis longtemps par le médecin généraliste.

6.2.3.1 Les examens systématiques et prévention

Les « examens systématiques et prévention » comprennent dans notre étude, 72% de certificats médicaux, 13% de conseils ou informations, et 2,3% de dépistage. Ces derniers chiffres doivent être utilisés avec précaution, devant un biais lié aux items remplis ou non par les médecins. Nous pouvons cependant avancer que la proportion d'examens médico-sportifs est très importante. Une des premières consultations de l'adolescent chez le généraliste est motivée par la réalisation d'un certificat d'aptitude sportive.

6.2.3.2 Les vaccinations

Les vaccinations retrouvées à l'adolescence dans notre étude, sont, le DTP (diphtérie, tétanos, poliomyélite) deux fois plus nombreuses que la coqueluche, l'hépatite B et le ROR (rougeole, oreillons et rubéole).

On peut supposer, en tenant compte du calendrier vaccinal de 2003 [25], que ce ratio de 2/1 pour le DTP et la coqueluche correspond aux rappels de 11-13ans et de 16-18 ans du DTP, avec l'association de la coqueluche à 11-13 ans.

Dans l'étude INSERM de 1993 [12], 81% des jeunes avaient eu leurs deux rappels de DTP. Ces deux études font penser que le DTP est relativement bien suivi par les généralistes à l'adolescence.

Les vaccinations de ROR, dans notre étude, ont la même proportion que l'hépatite B, et sont deux fois moins nombreuses que le DTP. Cette vaccination est proposée en vaccination de rattrapage à 11-13ans. La part des ROR dans notre étude fait penser que cette vaccination de rattrapage est pratiquée relativement fréquemment par les médecins généralistes.

Au niveau de l'hépatite B nous ne pouvons pas émettre un avis dans notre étude, car nous ne connaissons pas le nombre de jeunes consultants ayant déjà été vacciné dans l'enfance, ou en médecine scolaire. Par contre dans l'étude INSERM de 1993, ils notaient que 94% des jeunes interrogés n'avaient jamais été vaccinés pour l'hépatite B.

6.2.4 LA CONSOMMATION DE TABAC, D'ALCOOL ET DE DROGUE

La consommation d'alcool, de tabac et de drogues est devenue un problème de santé publique devant les phénomènes de dépendance psychique et physique de ces produits et de leurs effets néfastes sur la santé.

Dans notre étude, les jeunes consultant pour un problème lié à une de ces trois consommations représentaient 0,94% de tous les résultats de consultation des jeunes sur l'année 2002.

6.2.4.1 L'alcool

Les problèmes liés à l'alcool sont très rares dans notre étude. Ce résultat de consultation est bien inférieur aux taux du tabagisme et de la toxicomanie.

Par contre dans les enquêtes réalisées sur les adolescents, les jeunes déclarent une consommation d'alcool fréquente, comme le montre les enquêtes ci-dessous :

- Enquête ESCAPAD 2002 (enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense) organisée par l'OFDT (observatoire français des drogues et des toxicomanies) [27] sur les jeunes de 17-19 ans : 93,5% des jeunes de 17 à 19 ans ont déjà expérimenté l'alcool. Les jeunes consommant régulièrement de l'alcool, représentent 18,5% des garçons et 6% des filles. Comme pour la consommation régulière, les ivresses sont plus fréquentes chez les garçons.
- Enquête ESPAD 1999 (european school survey on alcohol and other drugs) [28] sur des jeunes de 14-18 ans, réalisée par l'INSERM en partenariat avec l'OFDT: l'alcool est le produit psycho-actif le plus utilisé par les jeunes, et une majorité des consommateurs sont des hommes. Le nombre de consommateurs d'alcool augmente avec l'âge.
- Enquête du baromètre santé jeune 1997 [6], réalisée par le CFES auprès de 4000 adolescents de 12 à 19ans : 76% des jeunes ont déjà consommé de l'alcool, dont 23% avec une consommation régulière. Dans cette enquête comme dans les autres, les hommes consomment plus d'alcool que les femmes, et la consommation augmente avec l'âge.
- Enquête réalisée en 2001 par l'IREB (institut de recherches scientifiques sur les boissons) [26] sur les attitudes et les comportements des jeunes de 13-20 ans vis-à-vis des boissons alcoolisées : ils révèlent que la consommation d'alcool est passée de l'ordre de 67% en 1996 à 55% en 2001 pour les 13-20 ans et que les garçons dès 17-18 ans consomment trois fois plus que les filles.

Ces études s'accordent donc pour dire que la consommation de l'alcool est la principale consommation de produits psycho-actifs des jeunes. Alors que dans notre étude se présente très peu d'adolescents pour des problèmes d'alcool.

Ce taux très faible de consultations pour problèmes liés à l'alcool peut avoir pour origine la banalisation de la consommation d'alcool par les jeunes, ou alors un mauvais dépistage de la consommation d'alcool par les médecins généralistes.

6.2.4.2 Le tabac

a) Généralités des consultations pour tabagisme à l'adolescence

Les problèmes liés au tabagisme sont peu présents lors des consultations des adolescents de notre étude, leur incidence est de 0,6 pour 100 adolescents en médecine générale. Mais ce résultat est plus élevé que celui de l'alcool.

Il n'existe pas de différence significative entre les sexes dans les consultations pour tabagisme dans notre étude. On constate que le nombre de consultations pour tabagisme augmente avec l'âge.

Dans l'enquête ESCAPAD [27], le tabac représente le deuxième produit psycho-actif consommé par les jeunes après l'alcool, il est utilisé par 50% des adolescents de 17 à 19 ans. De plus la consommation est égale entre les filles et les garçons.

L'enquête HBSC (Health behaviour in school-aged children) [11] menée par le CFES (comité national d'éducation pour la santé) sous l'égide de l'OMS (organisation mondiale de la santé) auprès de jeunes de 11ans, 13ans et 15ans, rapporte qu'un jeune sur cinq a déjà fumé avant 15ans. La consommation à 11ans est de 5,6% pour les garçons et de 1,9% pour les filles, mais dès 13ans les filles rattrapent les garçons dans leur consommation, il n'y a donc pas de différence de consommation entre les garçons et les filles. Par ailleurs la consommation s'accroît avec l'âge.

Dans l'enquête INSERM de 1993 [13], ils dénombreaient eux aussi un grand nombre de fumeurs, 22% de jeunes fumeurs de tabac alors que la consommation d'alcool était de 52%. De même que dans les autres études, la consommation de tabac était identique pour les garçons et les filles. Avec l'âge la consommation des jeunes interrogés devenait quotidienne.

Les enquêtes ci-dessus montrent que nombreux sont les jeunes qui déclarent fumer, ce qui est en décalage avec le nombre de consultations pour tabagisme de notre étude. Il est probable que les jeunes n'ont pas conscience du phénomène de dépendance et des effets néfastes de la cigarette. De même il existe probablement une insuffisance de dépistage du tabagisme des jeunes par le médecin généraliste.

Cependant elles confortent l'idée qu'il n'existe pas de différence significative entre les sexes et que les consultations pour tabagisme sont de plus en plus nombreuses avec l'âge.

b) Quelques particularités des consultations des adolescents pour tabagisme

D'autres éléments sont rapportés par notre étude. On peut noter que les adolescents consultant pour tabagisme sont connus du médecin généraliste, dont 2 sur 3 depuis plus de 4 ans.

En analysant les résultats sur le tabagisme, on s'aperçoit aussi que ces adolescents sont le plus souvent en bonne santé, 66% de ces jeunes verront le généraliste moins de 3 fois dans l'année, et les résultats le plus souvent associés au tabagisme sont, la contraception, les examens systématiques et prévention et l'état fébrile, ce sont des problèmes de santé en majorité bénins.

En se basant essentiellement sur notre étude, on peut dire que les jeunes consultant pour tabagisme sont des anciens patients du médecin généraliste et qu'ils sont plutôt en bonne santé.

Dans notre étude, on peut remarquer que l'association entre le tabagisme et la toxicomanie est assez fréquente, c'est le sixième résultat de consultation le plus souvent associé au tabagisme. Par ailleurs, dans l'enquête INSERM de 1993 [13], ils notent une forte corrélation entre l'alcool et le tabac, qui sont souvent associés chez les jeunes dans 19% des cas, ainsi qu'avec la toxicomanie, 75% des toxicomanes fument. De plus dans l'étude IREB [26], ils notent une forte corrélation entre le fait de boire de l'alcool et de consommer du tabac, du cannabis ou des médicaments psychotropes.

Ainsi cela renforce les résultats de notre étude, le tabagisme est souvent associé au résultat de consultation de la toxicomanie, cela rappelle la notion de polyconsommation ou l'alcool est aussi souvent associé au tabac, et ou le tabac est souvent lié au cannabis. C'est pourquoi,

pendant une consultation, l'interrogatoire des adolescents venant pour tabagisme doit rechercher d'autres formes de consommations.

c) Conclusion

Il existe un décalage entre le nombre important de jeunes qui déclarent consommer du tabac et le faible nombre de consultations des jeunes pour tabagisme dans notre étude. Cependant les études menées en population générale appuient certains résultats de notre étude :

- pas de différence significative entre les sexes,
- les consultations pour tabagisme sont de plus en plus nombreuses avec l'âge.
- La consommation de tabac est parfois associée à l'alcool et la drogue.

6.2.4.3 La toxicomanie

a) Généralités des consultations de toxicomanie

Dans notre étude l'incidence de la toxicomanie est de 0,1 pour 100, donc il existe peu de consultations d'adolescents pour toxicomanie.

Pourtant la part de jeunes toxicomanes n'est pas négligeable dans la population adolescente. Ainsi dans l'enquête ESCAPAD 2002 [27], 9,2% des garçons et 3,3% des filles consomment régulièrement du cannabis. Mais encore, 48% des filles et 58% des garçons déclarent avoir déjà consommé du cannabis. Les autres produits sont peu utilisés, ce sont les produits inhalés 5,8%, les popers 5,2%, l'ecstasy 4,7%, les champignons hallucinogènes 4,7% et d'autres de plus faible importance.

On note aussi une augmentation du nombre de prises en charge de toxicomanes avec l'âge. Les garçons sont significativement plus nombreux.

Cela rejoint les résultats de l'enquête ESCAPAD 2002 [27], dans laquelle ils notent une augmentation de la consommation de cannabis avec l'âge, en sachant que le cannabis est le principal produit illicite utilisé par les adolescents, avec une majorité de garçons. De même pour l'enquête ESPAD [28] ou la consommation de cannabis chez les jeunes de 14-18 ans augmente avec l'âge, avec à 14 ans 14% pour les garçons et 8% pour les filles, et à 18 ans 59% pour les garçons et 43% pour les filles.

b) Particularités des consultations de toxicomanie

Dans notre étude, les jeunes consultant pour toxicomanie, sont rarement connus depuis longtemps par le médecin généraliste, près de 50% sont connus depuis moins d'un an. On peut expliquer ce phénomène, soit par le fait que le jeune n'avait pas de médecin traitant auparavant, ou soit il préfère être suivi par un autre médecin pour ce problème de toxicomanie.

Pour ce problème de santé, le taux de recours est de 2,27. En analysant les données, nous constatons ces jeunes consulteront dans la moitié des cas au moins 4 fois dans l'année le généraliste pour toxicomanie ou d'autres problèmes de santé. Ainsi dans notre étude, ces patients consultent plus souvent dans l'année que les autres adolescents.

Les problèmes de santé les plus souvent associés à la toxicomanie dans notre étude, sont l'humeur dépressive, l'anxiété, la dépression, l'anorexie-boulimie et les troubles psychiques.

Ce sont surtout des résultats de consultation liés au mal être psychologique des adolescents ou à des troubles psychiatriques.

L'alcool et le tabac sont aussi associés à la toxicomanie, ce qui pose de nouveau le problème de la polyconsommation.

Il faut noter que dans l'enquête INSERM de 1993 [13], ils rapportaient que la consommation de drogues étaient souvent associée dans 88% des cas à l'alcool et dans 67% des cas au tabac.

c) Conclusion

Les enquêtes menées en population générale ont confirmé certaines données de notre étude :

- l'augmentation avec l'âge du nombre d'adolescents consultant pour toxicomanie,
- la majorité des consultants pour toxicomanie sont des garçons.

Il existe quelques particularités de notre étude au sujet des consultations pour toxicomanie. En effet, les jeunes consultant pour toxicomanie sont souvent des nouveaux patients et ont de nombreux autres problèmes de santé à prendre en charge, surtout des troubles psychiques.

Cela permet de penser que leur suivi en médecine générale est complexe, d'autant plus que s'associe souvent une consommation de tabac ou d'alcool.

6.2.5 L'ANOREXIE ET LA BOULIMIE

A l'adolescence, il existe de grands changements corporels liés à la puberté. Cela entraîne chez certains adolescents une mauvaise perception de leur propre corps, en effet 20,7% des jeunes se trouvent trop gros, 11,3% se trouvent trop maigre, et 9,3% font des régimes (ces chiffres proviennent de l'étude INSERM de 1993 [13]). Dans de rare cas ces problèmes vont évolués vers une anorexie mentale ou une boulimie.

Dans notre étude, les consultations des adolescents pour anorexie ou boulimie sont peu nombreuses, avec une incidence de ce résultat de consultation de 0,17 pour 100. Il faut noter une majorité de filles consultant pour ce problème, avec 91 (0,48%) résultats de consultation d'anorexie-boulimie pour les filles et 5 (0,03%) pour les garçons.

Ceci se retrouve dans la littérature, ainsi ils notent une écrasante majorité de filles à hauteur de 95% pour l'anorexie et la boulimie [29][30], avec une la prévalence de l'ordre de 0,1 à 0,5% dans la population filles de 16 à 25 ans [30].

Ils notent aussi un pic de survenue de l'anorexie vers 15-16ans puis vers 18-19 ans, c'est souvent au niveau du deuxième pic que le diagnostic est posé.

L'incidence de l'anorexie-boulimie dans notre étude, n'est pas négligeable face à la prévalence de ces pathologies retrouvée dans d'autres études menées en population générale. De plus ces études confirment le fait d'avoir une augmentation du nombre de ces consultations avec l'âge.

Par ailleurs ce résultat de consultation présente un taux de recours dans notre étude de 2.6 consultations par patient par an, 72% de ces résultats de consultation sont des cas persistants. Ainsi, les adolescents pris en charge pour anorexie ou boulimie ont consulté régulièrement pendant l'année 2002.

En conclusion, dans notre étude, comme dans les autres enquêtes, les adolescents consultant en médecine générale pour des problèmes d'anorexie ou de boulimie sont en majorité des filles et elles sont plus nombreuses à consulter entre 16 et 20 ans. Le taux d'incidence de cette pathologie est faible, mais n'est pas négligeable au regard de la prévalence de cette maladie calculée dans d'autres études. De plus, l'adolescent suivi pour un problème de trouble alimentaire sera revu plusieurs fois dans l'année pour ce même problème.

6.2.6 L'INSOMNIE

L'insomnie dans notre étude rassemble tous les troubles du sommeil des adolescents, en dehors de ceux associés à d'autres symptômes.

Il est retrouvé une incidence de 0,55 pour 100, et un taux de résultats de consultation de 0,35%. Les filles consultent significativement plus souvent que les garçons pour ce problème. Il existe un accroissement très modéré des troubles du sommeil avec l'âge.

Dans les enquêtes menées sur la population générale, les troubles du sommeil déclarés par les adolescents sont significativement plus nombreux chez les filles [8][12][31], ils notent peu d'augmentation dans les troubles du sommeil déclarés par les jeunes [12] au cours de l'adolescence. Ces deux points confirment les résultats de notre étude.

Par contre les problèmes de sommeil sont fréquemment déclarés par les adolescents en population générale. Ainsi dans l'enquête ESCAPAD 2002 [31], 50% des filles et 29% des garçons ont du mal à s'endormir et 43% des filles et 21% des garçons se réveillent souvent la nuit. Ces résultats sont identiques à ceux de l'étude INSERM de 1993, où les difficultés d'endormissement correspondaient à 41% des adolescents, et les réveils nocturnes à 19% [12].

Il existe donc une différence importante entre le nombre d'adolescents se plaignant de troubles du sommeil et ceux effectivement qui consultent pour ce problème.

6.2.7 L'ANXIETE

L'adolescent est un être anxieux vis-à-vis des transformations de son corps [32], vis-à-vis de ses nouvelles pulsions déclenchées par la possibilité d'accéder à la sexualité et vis-à-vis de la perte de la sécurité de l'enfance et de l'image parentale idéale [33].

Certains auteurs, comme E. Kerstemberg, décrivent l'apparition de cette angoisse comme nécessaire, selon eux, à la construction de l'individu.

Tout adolescent va donc ressentir des angoisses, mais pour certains ces angoisses vont devenir pathologiques, et vont nécessiter une prise en charge.

6.2.7.1 Quelles sont les particularités des jeunes consultant pour anxiété ?

Dans notre étude, l'incidence de l'anxiété est de 0,77 cas pour 100 adolescents en 2002. Elle présente une majorité significative de cas féminins, et le nombre de prises en charge de problèmes liés à l'anxiété augmente avec l'âge.

Dans l'enquête INSERM de 1993 [12] sur les 11-19ans, ils relevaient 34% de jeunes inquiets, 38% nerveux, et 22% étaient désespérés devant l'avenir, de plus ils notaient un plus grand nombre de troubles chez les filles.

De même dans l'enquête INSEE-CREDES de 1991-92 [8], ils notaient 16% des filles et 3% des garçons ayant le sentiment d'être effrayé, et 54% de filles et 41% des garçons étaient nerveux et tendus.

Les résultats de ces enquêtes montrent une présence de l'anxiété chez les adolescents supérieure à celle retrouvée dans notre étude. Mais ces études sont difficilement comparables. Ces enquêtes sont menées directement sur la population de tous les adolescents, alors que notre étude ne permet de relever que les adolescents consultant en médecine générale.

Mais du moins il est possible de faire la remarque suivante, le nombre de jeunes déclarant des signes d'anxiété est très supérieur au nombre de ceux consultant pour anxiété. De plus, le nombre de filles anxieuses est supérieur dans les deux cas au nombre de garçons anxieux, et dans les deux type d'études, les jeunes anxieux sont de plus en plus nombreux avec l'âge.

Les jeunes consultant pour anxiété sont en général connus par le généraliste depuis longtemps, ce qui permet d'avoir un climat de confiance, nécessaire à la prise en charge de cette pathologie.

Et enfin, dans 50% des cas, ces jeunes font appel au généraliste plus de 4 fois dans l'année, soit pour le problème de l'anxiété ou pour d'autres problèmes. Ils présentent une consommation de soins importante par rapport aux autres personnes de la même génération.

6.2.7.2 Les pathologies associées à l'anxiété

Les premiers résultats de consultation associés à celui de l'anxiété sont dans notre étude des problèmes d'ordre psychiques : l'humeur dépressive, la dépression, l'anorexie-boulimie, et l'insomnie.

Ces associations fréquentes doivent amener le médecin généraliste lorsqu'il voit un jeune pour anxiété, à rechercher d'autres troubles psychiques nécessitant une prise en charge différente.

Il faut aussi noter un nombre important de problèmes somatiques associés aux consultations pour anxiété. Ce sont la plainte abdominale, la lombalgie, l'épigastralgie, l'algie, l'asthénie et la céphalée.

Ces plaintes multiples ont parfois été décrites comme une façade cachant les signes important du mal être de l'adolescent.

Dans l'étude INSERM de 1993 [12], ils retrouvaient 76% des filles se plaignant d'un symptôme contre 62% des garçons (les sept symptômes étaient la céphalée, la gastralgie, la nausée, la dorsalgie, la fatigue, les cauchemars et les réveils nocturnes). Ces symptômes étaient souvent liés aux troubles de la dépressivité, comprenant les troubles du sommeil, l'inquiétude, la nervosité, le manque d'énergie, le sentiment d'être déprimé, se sentir désespéré devant l'avenir.

Dans cette enquête ils retrouvaient donc un lien entre la présence de plaintes somatiques et l'anxiété.

Dans notre étude comme dans l'enquête INSERM de 1993, l'adolescent anxieux se plaint plus souvent des problèmes somatiques. Cela doit amener le médecin généraliste à rechercher des

troubles de l'anxiété, lorsque l'adolescent consulte plusieurs fois pour des plaintes somatiques.

6.2.7.3 Conclusion

La littérature permet de confirmer certains résultats de notre étude :

- les jeunes consultant en médecine générale pour anxiété sont plus souvent des filles,
- ils sont plus nombreux dans la tranche d'âge 16-20ans.

Dans notre étude, les jeunes consultant pour anxiété viennent voir un médecin qu'ils connaissent depuis longtemps et ils consultent aussi plus fréquemment que les autres adolescents de la base.

Les pathologies les plus souvent associées à l'anxiété dans notre étude, sont l'humeur dépressive, la dépression, l'anorexie-boulimie et l'insomnie, ainsi que des plaintes somatiques nombreuses comme l'asthénie, la plainte abdominale, la lombalgie.

6.2.8 LA DEPRESSION

6.2.8.1 Quelle est la proportion des jeunes consultant pour dépression ?

Dans notre étude, on retrouve une incidence de la dépression et de l'humeur dépressive de 0,38 pour 100 adolescents consultant en 2002.

La prévalence de la dépression en médecine générale était de 5% dans une enquête épidémiologique réalisée auprès de généralistes [34].

La comparaison n'est pas évidente entre les deux enquêtes, car l'une parle de prévalence et l'autre d'incidence. Nous pouvons tout de même constater que dans notre étude les prises en charge pour dépression sont peu nombreuses, mais elles restent dans les proportions habituellement retrouvés par d'autres études épidémiologiques.

Le faible nombre de consultations pour dépression peut s'expliquer, soit par un manque de repérage des médecins des jeunes en souffrance psychologique, soit par le fait que ces jeunes dépressifs consultent moins souvent le médecin [34].

Les enquêtes réalisées auprès des médecins généralistes, ont révélé que 70% des diagnostics de dépression de l'enfant et de l'adolescent n'ont pas été fait lors des consultations.

Dans l'étude de Kramer et Garralda [35], ils notaient que 20% seulement des patients présentant un trouble dépressif étaient repérés par le médecin généraliste.

Il paraît donc important que les médecins généralistes connaissent mieux les signes permettant de repérer les adolescents susceptibles de souffrir d'un problème dépressif.

6.2.8.2 Les filles consultent plus souvent pour dépression

Les résultats de notre étude montrent que le nombre de consultations pour syndrome dépressif augmente avec l'âge et est significativement plus fréquent chez les filles.

Ils correspondent aux résultats des études en population générale comme ESCAPAD 2002 [36] ou l'étude INSERM en 1993 [13].

6.2.8.3 Les jeunes suivis pour dépression consultent plusieurs fois par an

Par ailleurs, le taux de recours de la dépression (associé à l'humeur dépressive) est de 2,54 pour les adolescents de notre étude. Ainsi les adolescents consultent plusieurs fois dans l'année pour ce problème de santé. De plus, le nombre de résultats de consultation persistants est bien supérieur au nombre de nouveaux cas.

On peut donc dire que les adolescents souffrant de dépression consultent essentiellement dans le cadre d'un suivi et plusieurs fois par an.

En acceptant d'être suivi par le généraliste, les adolescents entrent dans une relation de confiance, qui est confortée par le fait que ces adolescents sont connus depuis longtemps par le médecin généraliste (deux tiers connus depuis plus de 3ans dans l'étude).

6.2.8.4 Les pathologies associées à la dépression

Lors des consultations pour dépression ou humeur dépressive, nous avons relevé les autres pathologies les plus fréquemment associées à ce résultat de consultation.

La pathologie la plus souvent associée est l'anxiété, dans 9% des cas. Ce résultat correspond à la littérature, comme dans l'étude de Kramer et Garralda [35] où ils retrouvaient cette association entre anxiété et dépression dans 42% des cas.

Les autres problèmes psychiques sont moins souvent associés à la pathologie de la dépression. On retrouve seulement la réaction à une situation éprouvante notée en septième position, associée à la dépression dans 4% des cas, et l'insomnie loin derrière (vingt-sixième position).

Les plaintes somatiques sont aussi associées aux troubles dépressifs comme pour le problème de l'anxiété (cf. chapitre ci-dessus), mais de façon plus modérée. L'association principale est avec l'asthénie, associée dans 4% des cas. Puis on retrouve la plainte abdominale, la lombalgie, la céphalée, la cervicalgie, les plaintes polymorphes et les algies multiples.

D'autre part dans notre étude, on note une corrélation entre les consultations pour toxicomanie et pour dépression. Alors que, le résultat de consultation du tabagisme est plus rarement associé à la dépression.

Cependant dans une étude réalisée auprès de lycéens où ils recherchaient un lien entre la consommation de substance et l'intensité dépressive [37], ils retrouvaient de façon significative ce lien surtout pour le tabac à tous les âges, alors que pour la toxicomanie, il était présent seulement pour les garçons en classe de première.

Notre étude inverse ce processus, en mettant plus en valeur l'association de la dépression à la toxicomanie par rapport à l'association avec le tabagisme. Cela peut s'expliquer soit par le fait du petit nombre de jeunes consultant pour tabagisme par rapport au nombre de jeunes consommant du tabac, ou soit par le fait que les généralistes vont davantage rechercher des symptômes de dépression chez les jeunes toxicomanes.

6.2.8.5 La répartition des éléments psychiques définissant la dépression

Enfin, en regardant plus précisément les symptômes notés par le généraliste lors du diagnostic de dépression, on retrouve dans presque la majorité des cas des troubles du sommeil, dans plus de la moitié des cas des idées suicidaires et dans la moitié des cas de l'anxiété.

Ce qui est supérieur aux résultats de l'étude INSERM [12] dans la population générale, ou ils retrouvaient, 48% de troubles du sommeil, 34% d'inquiétude, 38% de nervosité et 23% d'idées suicidaires.

Ainsi cela est en faveur d'un diagnostic plus fréquent des dépressions sévères avec des idées suicidaires.

6.2.8.6 Conclusion

En conclusion dans notre étude, les jeunes consultant pour dépression sont plutôt des filles et sont âgés de 16 à 20ans. Ils sont suivis par le généraliste qu'ils connaissent depuis longtemps et viennent le voir pour ce problème plusieurs fois par an.

Les médecins généralistes repèrent difficilement les problèmes de dépression chez les jeunes, et le nombre de jeunes pris en charge est probablement inférieur au nombre de jeunes souffrant de dépression.

Les dépressions prises en charges dans notre étude sont plutôt celles de forte intensité devant la présence fréquente d'idées suicidaires. Les généralistes diagnostiquent difficilement les dépressions légères à l'adolescence alors que ce sont les plus fréquentes.

Il existe aussi une grande corrélation entre trouble anxieux et dépression, et entre réaction à une situation éprouvante et dépression.

De même dans notre étude, les plaintes somatiques sont souvent associées aux consultations pour dépression. Leur présence peut être une aide au diagnostic de dépression pour le généraliste.

Il existe aussi un lien entre les consultations de dépression et les consommations abusives. Devant des patients consultant pour toxicomanie, problème d'alcool et tabagisme, il serait important d'approfondir l'interrogatoire pour rechercher les troubles dépressifs.

6.2.9 LES TENTATIVES DE SUICIDES

6.2.9.1 Les tentatives de suicides sont plus fréquentes chez les filles

En France, le suicide est devenu la deuxième cause de mortalité des jeunes, avec 1000 décès par an en 1993, dont une majorité d'hommes [39]. Devant ce taux de mortalité élevé, la prévention des tentatives de suicide est devenue un véritable problème de santé publique.

Dans notre étude, les premiers cas de tentatives de suicide apparaissent à 14-15 ans. Les filles représentent 100% des cas.

Comme dans notre étude, les enquêtes menées auprès des adolescents en population générale, retrouvent toujours une majorité de filles ayant réalisé une tentative de suicide, alors que les garçons sont majoritaires pour les tentatives de suicide avec hospitalisation [12].

Pour exemple dans l'enquête du baromètre santé Pays de Loire sur les 12-25 ans [38], 4,7% des jeunes interrogés, déclarent avoir fait une tentative de suicide, dont 6,2% de filles et 3,2% de garçons.

6.2.9.2 Les consultations pour tentatives de suicide sont rares dans notre étude

D'autre part dans notre étude, l'incidence du résultat de consultation tentative de suicide est très faible (0,05 pour 100). Ce résultat peut être expliqué soit par le nombre important

d'hospitalisations des tentatives de suicide avec un suivi plus spécialisé des jeunes, soit par le fait que les jeunes ne consultent pas et restent seuls face à leur geste de détresse.

Ceci est confirmé par le baromètre santé 2000 Pays de Loire [38], ou ils rappellent que parmi les jeunes suicidants, 16,8% ont été hospitalisés, 46,7% ont eu un suivi médical ou psychiatrique, et 36% n'ont eu aucun suivi.

Notre étude montre que les jeunes consultent rarement leur généraliste directement pour une tentative de suicide.

C'est pourquoi les médecins doivent être sensibilisés au problème des tentatives de suicide des jeunes, pour les interroger plus souvent sur leurs antécédents de tentatives de suicide. Il faut noter qu'un tiers des jeunes ayant fait une tentative de suicide vont récidiver dans l'année [39].

6.2.9.3 Les pathologies associées aux tentatives de suicide

Un autre point important de l'étude concerne les associations entre la tentative de suicide et d'autres résultats de consultation. On retrouve en premier lieu l'association aux troubles psychiques comme l'anorexie-boulimie, l'humeur dépressive et les problèmes avec l'alcool. Il existe aussi un lien privilégié avec des plaintes somatiques, telles que l'asthénie, la céphalée et la cervicalgie.

Dans l'étude INSERM de 1993 [12], ils ont montré une corrélation entre le fait d'avoir fait une tentative de suicide et le fait de présenter d'autres maladies plus fréquemment. Ainsi ces jeunes déclarent plus souvent une dépression, des problèmes avec la drogue, le tabac, l'alcool, et de nombreuses plaintes somatiques.

Ces résultats vont dans le sens de notre étude, il existe un lien entre la tentative de suicide et d'autres pathologies psychiatriques et entre la tentative de suicide et les plaintes somatiques.

Ce lien existant entre les pathologies psychiatriques et les plaintes somatiques avec les tentatives de suicide, peuvent permettre au médecin un meilleur repérage des adolescents à risque suicidaire élevé [39][40][41][42].

Il faut noter que les médecins sont souvent prévenus par l'hôpital des tentatives de suicides de leurs patients. Ils doivent donc en tenir compte pour orienter les consultations suivantes vers une prévention de la récurrence.

6.2.9.4 Conclusion

Les jeunes consultant pour tentative de suicide dans notre étude sont très rares. Ce sont des filles et elles consultent aussi fréquemment pour d'autres pathologies psychiatriques comme l'anorexie-boulimie, l'humeur dépressive et les problèmes avec l'alcool.

L'association des consultations pour tentative de suicide et les plaintes somatiques, est un élément de repérage important pour le généraliste, qui peut l'aider à repérer un jeune susceptible de faire une tentative de suicide.

6.2.10 LES PRESCRIPTIONS

6.2.10.1 Généralités sur les prescriptions

Dans notre étude, les médecins généralistes, prescrivent plus de médicaments pour les filles, avec en moyenne 4,7 médicaments prescrits par adolescente sur un an contre 4,1 par adolescent. Cette plus forte proportion de prescription médicamenteuse chez les filles se retrouve dans l'enquête EPPM menée par le CREDES en 1998 [9], ils révélaient que 27% des filles de 11-20 ans déclaraient avoir acquis un médicament depuis un mois et seulement 19% des garçons.

Les généralistes de notre étude ont prescrit en moyenne 1,95 médicaments par consultation pour les adolescents de 11-20 ans. Alors que dans l'enquête EPPM de 1998, ils indiquaient un nombre de médicaments par ordonnance de 2,4 en moyenne.

Les médecins de notre étude prescrivent moins de médicaments par rapport à l'enquête EPPM. Cela peut s'expliquer par le fait que dans l'enquête EPPM sont analysées les ordonnances de tous les médecins libéraux, mais aussi par le fait d'un biais de notre étude du à l'extraction des médicaments de la base.

Le nombre de médicaments augmente progressivement avec l'âge, il passe de 4,3 médicament prescrits en 2002 par adolescent de 11-13 ans, à 4,7 médicaments par adolescents de 18-20 ans. Cela se retrouve dans les enquêtes dont celle de EPPM du CREDES en 1998.

Ainsi ces résultats confirment nos données :

- les médecins prescrivent plus de médicaments aux filles,
- le nombre de prescriptions augmente avec l'âge.

6.2.10.2 Les psychotropes et les antipyrétiques

Les psychotropes et les antipyrétiques ont un profil de prescription similaire à celle décrite ci-dessus. Ainsi dans notre étude ils sont plus souvent prescrits chez les filles et leur nombre de prescriptions augmente avec l'âge. L'enquête ESCAPAD [27] vérifie ces particularités des psychotropes, ils révèlent donc qu'une fille sur trois utilise des psychotropes contre un garçon sur sept et que la consommation passe de 21% à 17ans à 26,6% à 19ans.

Il faut noter que, dans notre étude, la part des prescriptions de psychotropes représente 2.2%. Cette proportion est gardée dans l'étude EPPM, ou ils retrouvent moins de 3% de prescriptions de psychotropes.

Le faible taux de psychotropes prescrits aux adolescents correspond à la petite proportion des maladies psychiatriques prises en charge en médecine générale à l'adolescence.

On peut remarquer une différence importante entre le nombre d'adolescents déclarant prendre des psychotropes, indiqué entre 5 et 6% dans l'enquête HBSC [11] et la part des psychotropes prescrits dans notre étude qui est de 2.2%. Cela s'explique probablement par une automédication des jeunes pour ces médicaments, évoquée dans l'enquête ESCAPAD 2002.

De plus, la répartition des différents psychotropes est de 65% pour les tranquillisants ou calmants (en associant la phytothérapie) dans notre étude et de 63% dans l'étude EPPM, dont 42% d'hypnotiques et 23% de tranquillisants. Les antidépresseurs eux représentent 25% des psychotropes dans notre étude et 21% dans l'étude EPPM.

Ces notions confirment les résultats de notre étude, ou les médecins généralistes prescrivent peu de psychotropes aux adolescents. Leurs prescriptions chez les adolescents sont plus ciblées sur les filles et dans la tranche d'âge 18-20 ans. Par ailleurs, la majorité des psychotropes prescrits sont des tranquillisants ou des sédatifs.

7 POINTS REMARQUABLES DE L'ETUDE : QUELLES INFLUENCES SUR LA PRATIQUE DES MEDECINS GENERALISTES ?

7.1 LES POINTS REMARQUABLES DE L'ETUDE

Notre étude, réalisée sur les adolescents de 11-20 ans à partir d'une base de données de la SFMG, a permis de mettre en évidence certaines particularités des consultations de l'adolescent en médecine générale, peu documentées dans la littérature. Ces particularités ont été décrites dans la discussion et sont résumées ci-dessous :

- L'étude montre que les adolescents consultent dans près de la moitié des cas pour des problèmes d'infections de la sphère ORL et des états fébriles ou pour des examens systématiques et des vaccinations dans le cadre de la prévention primaire. Ce sont des actes de médecine générale simples nécessitant souvent une seule consultation. Sur l'année 2002, les pathologies associées aux consultations pour examens systématiques et prévention sont principalement les vaccinations et les états fébriles. C'est pourquoi, ces adolescents sont plutôt en bonne santé et sont en général connus depuis longtemps par le praticien.
- Lorsque l'adolescent consulte un généraliste pour un problème de **traumatologie**, les pathologies sont réglées en une ou deux consultations. On peut interpréter ce processus en supposant que le médecin généraliste prend en charge des pathologies traumatiques non compliquées, les pathologies compliquées étant prises en charge par les spécialistes ou directement aux urgences chirurgicales.
- **L'obésité et le surpoids** sont des problèmes peu fréquents lors des consultations des adolescents de l'étude, alors qu'ils prennent une proportion de plus en plus importante dans la population générale des adolescents.
- Les adolescents ayant consulté pour **examens systématiques et prévention et les vaccinations** en 2002, ont été peu de demandeur de soins, et les autres pathologies pour lesquelles les adolescents consultaient étaient en général d'ordre bénin. Il est possible de dire que la majorité de ces adolescents sont plutôt en bonne santé. De plus ils sont souvent connus depuis longtemps par le médecin généraliste.
- **Les examens systématiques et de prévention** sont essentiellement des demandes pour des aptitudes sportives.
- **Les problèmes liés à l'alcool** sont peu pris en charge lors des consultations des adolescents de l'étude, alors que cette consommation est la principale des consommations de produits psycho-actifs à l'adolescence.

- Les jeunes pris en charge pour **tabagisme** dans l'étude sont peu nombreux. Ce sont des patients connus depuis longtemps par le praticien et qui ont peu de consultations dans l'année. Ces particularités permettent de penser que ces jeunes sont souvent en bonne santé, et qu'ils ont confiance dans leur médecin généraliste pour prendre en charge leur problème lié au tabac. Il faut noter un lien existant entre tabagisme et toxicomanie chez les jeunes, cela évoque la notion de polyconsommation, à prendre en compte dans la prise en charge de ces jeunes.
- Les jeunes de l'étude consultant pour **toxicomanie**, sont souvent des patients connus par les médecins généralistes. Dans l'étude, ils consultent en général plusieurs fois dans l'année pour ce problème de santé, c'est une pathologie nécessitant un suivi régulier. Ce problème de toxicomanie est souvent associé à des troubles de l'humeur, à des problèmes d'anxiété et à des troubles psychiatriques comme l'anorexie et la boulimie. Il est parfois aussi associé aux problèmes liés à l'alcool et au tabagisme.
- Les jeunes de l'étude consultant pour **anxiété** sont des patients connus du médecin généraliste. Ils ont un taux de consultations dans l'année supérieur à la moyenne. En-dehors de l'anxiété, ils consultent aussi pour des troubles psychiques comme l'humeur dépressive et la dépression, et des plaintes somatiques plus fréquentes. Ce sont des jeunes nécessitant une prise en charge plus soutenue que la moyenne des jeunes de leur âge. Leurs différentes pathologies s'inscrivent dans un tableau de mal être psychologique.
- **La dépression** est un diagnostic peu fréquent dans les consultations des jeunes de l'étude. Les jeunes suivis pour dépression sont des patients connus anciennement par le médecin. Les pathologies les plus souvent associées aux patients suivis pour dépression sont en premier lieu l'anxiété, puis l'asthénie. Les patients vus en consultation pour dépression ont aussi des plaintes somatiques, mais moins souvent que les patients consultant pour anxiété. La toxicomanie est aussi un résultat de consultation souvent associé à la dépression.
- Dans notre étude, les jeunes consultant pour **tentative de suicide** sont peu nombreux et uniquement du sexe féminin. Ces adolescentes consultent aussi pour d'autres pathologies dont les principales sont des troubles psychiatriques, comme l'anorexie, et la boulimie, l'humeur dépressive, et les problèmes avec l'alcool. Elles consultent aussi fréquemment pour des symptômes comme l'asthénie, les céphalées et les douleurs cervicales.
- Les psychotropes sont plus souvent prescrits aux adolescentes et le nombre de prescriptions de psychotropes augmente avec l'âge. Les plus souvent prescrits par les médecins généralistes sont les tranquillisants et les sédatifs.

Nous allons nous basés sur ces notions particulières de notre étude pour ouvrir le débat et amener une réflexion sur l'amélioration de la prise en charge des adolescents par les médecins généralistes.

7.2 PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS EN MEDECINE GENERALE : QUELLES AMELIORATIONS ?

Il me paraît important de faire ressortir des idées, par l'intermédiaire de cette étude, pour l'amélioration des consultations des adolescents en médecine générale.

Comme nous l'avons vu le médecin généraliste est le premier interlocuteur de santé des jeunes. Il est donc placé à une place stratégique dans la prise en charge des problèmes de santé des adolescents. Il peut jouer un rôle dans le dépistage et la prévention de ces problèmes.

De nombreuses études mettent en cause le dépistage des pathologies à risque chez l'adolescent par le généraliste [34][35].

Mais il ne faut pas oublier que le médecin a de nombreuses consultations à assurer dans sa journée avec des horaires à suivre, de plus la population des adolescents est une petite partie de sa clientèle. C'est pourquoi la démarche de dépistage et de prévention n'est pas toujours facile dans la pratique.

Comment faire pour améliorer cette prise en charge des adolescents par le médecin généraliste ?

Tout d'abord il serait important d'informer les médecins généralistes des pathologies importantes à surveiller chez les adolescents, et donc de proposer des formations sur ce sujet.

Une enquête menée auprès de médecins généralistes en Australie [43], a constaté une variation importante des connaissances sur les facteurs de risque du suicide, et du traitement à mettre en place entre les différents médecins généralistes. De plus il a été décrit qu'une seule journée de formation pour des médecins généralistes permettait d'avoir une augmentation significative du dépistage de jeunes en détresse psychologique ou avec idées suicidaires [44].

Ces formations pourraient se baser sur les connaissances des pathologies des adolescents, leur prise en charge et le dépistage de ces pathologies.

Ainsi le médecin serait sensibilisé à poser certaines questions indispensables pour mieux décoder les besoins de l'adolescent et lui proposer une aide.

Pour dépister des pathologies comme la dépression ou le risque suicidaire, le médecin devrait avoir à sa disposition des questionnaires simples et rapides d'utilisation en consultation. Pour cela il serait nécessaire de faire des enquêtes pour vérifier la validité de tels outils de dépistage, et ce sont de vrais travaux de recherche.

Il faut noter l'existence d'enquêtes ayant réalisées des études de dépistage de pathologies des adolescents :

- Par exemple l'enquête australienne, réalisée de 1996 à 1998 sur 247 médecins généralistes [41], ils ont testé un outil de dépistage du risque suicidaire à l'adolescence. Cet outil s'est révélé concis, facile d'utilisation et efficace.

- Une enquête réalisée en France, par 26 médecins généralistes [45], pour vérifier la faisabilité de l'identification par des médecins généralistes de la consommation de drogues des jeunes patients de 15-25 ans lors d'une consultation, ou ils ont conclu que la détection d'une partie des patients consommateurs de drogues était possible en posant directement la question à l'adolescent.

Il peut aussi adapter ses questions en fonction de ce qui amène le patient à consulter. Ainsi, en tenant compte des différents résultats de notre étude, nous pouvons proposer certains axes de recherche :

- Ainsi les patients consultant pour tabagisme pourront être interrogés sur leur consommation d'alcool, de drogues et de médicaments psychotropes devant ces associations fréquentes.
- Rechercher des éléments dépressifs, d'autres troubles psychiatriques et d'autres consommations abusives, pendant les consultations pour toxicomanie. Il ne faut pas oublier que ces patients ont une prise en charge souvent complexe, avec une relation de confiance à créer, car ce sont généralement de nouveaux patients.
- Rechercher des signes de détresse psychologique et d'anxiété chez les jeunes consultant pour des plaintes somatiques multiples sans point d'appel évident comme l'asthénie, les céphalées, les plaintes abdominales, les lombalgies, ...
- Les patients consultant pour anxiété sont souvent sujets à des troubles psychiques dont la dépression et les troubles du sommeil, qu'il serait important de dépister.
- Quand aux adolescents consultant pour dépression, il serait utile de rechercher des éléments d'anxiété, des consommations de produits psycho-actifs, et des idées suicidaires.

Par ailleurs, une proportion importante des adolescents vient en consultation pour la réalisation d'examen systématiques ou de vaccinations.

Ce moment peut être un temps privilégié pour la prévention primaire, et pour utiliser les outils de dépistages dont il question ci-dessus.

Ce pourrait être un moment aussi idéal pour peser et mesurer le jeune et connaître ainsi son statut d'indice de masse corporelle, et d'aborder par des questions simples l'image corporelle.

C'est un interrogatoire d'autant plus facile, que les jeunes consultants pour examens systématiques et prévention sont en majorité des patients connus depuis longtemps par le médecin, et donc une relation de confiance existe déjà.

Ce dépistage pourrait déboucher sur la prévision d'une autre consultation, pour approfondir les différents éléments qui posent problème à l'adolescent. Après ce deuxième entretien avec l'adolescent, le médecin pourra trier plus facilement les adolescents ayant besoin d'une prise en charge ou non. Cette prise en charge pourrait se faire soit par des spécialistes dans le cadre d'un réseau de soins pour adolescents ou soit par le médecin généraliste.

Ces différentes propositions mettent en évidence la nécessité de réaliser des travaux de recherche pour aider les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne. Ces recherches

peuvent se faire par des sociétés savantes de médecine générale et par des organismes de santé publique.

Ainsi les organismes de FMC (formation médicale continue) pourraient proposer des formations pour informer et former les médecins généralistes à l'utilisation d'outils validés pour le dépistage des problèmes de santé à l'adolescence.

Les médecins généralistes ne peuvent transformer à eux seuls la prise en charge de la santé des adolescents. C'est pourquoi ce problème doit être discuté sur tous les lieux possibles d'action, comme l'école, la famille et d'autres lieux de santé, ainsi qu'à travers les médias.

8 CONCLUSION

La recherche en médecine générale permet de prendre du recul dans la pratique quotidienne des médecins généralistes et de garder un œil objectif sur leur travail. Cette thèse est un travail de recherche réalisée à partir des données recueillies sur la base Diogène de la SFMG (Société Française de Médecine Générale). Elle a permis de décrire certaines particularités des recours au soin des adolescents de 11-20ans sur l'année 2002, dans une clientèle de 100 médecins généralistes.

Ainsi nous retrouvons, comme dans d'autres enquêtes, que les filles adolescentes consultent plus souvent que les garçons. Le nombre de consultations des adolescents augmente avec l'âge. La moyenne du nombre d'actes par adolescent sur 2002 est de 2,2 consultations par patient, le nombre de résultats de consultation par actes est en moyenne de 1,3 et le nombre de médicaments prescrits par consultation est de 1,95 en moyenne.

Les deux grands motifs de consultation des adolescents sont les infections de la sphère ORL et les états fébriles, ainsi que les consultations de prévention primaire, regroupant les « examens systématiques et de prévention » et les vaccinations. Ces consultations nécessitent souvent une consultation unique, et les adolescents consultant pour ces problèmes sont dans la majorité des cas connus depuis longtemps par le médecin généraliste. Ces consultations peuvent donc être un moment privilégié pour réaliser un dépistage des problèmes de santé des adolescents.

Les résultats de notre étude concernant les pathologies reconnues comme problèmes de santé publique sont décrites ci-dessous :

- Les pathologies traumatiques sont plus fréquentes chez les garçons. Les médecins généralistes suivent les pathologies traumatiques de l'adolescent qui nécessitent une prise en charge courte, de une à deux consultations. Les pathologies traumatiques lourdes sont probablement suivies à l'hôpital ou par le spécialiste.
- La prise en charge de l'obésité et du surpoids est rarement mise en évidence dans notre étude et ne présente pas de différence significative entre les filles et les garçons. Ces pathologies sont pourtant de plus en plus fréquentes chez les adolescents d'après la littérature. Il serait donc intéressant de favoriser le dépistage de l'obésité par le médecin généraliste.
- Les troubles du sommeil, l'anxiété, la dépression, l'humeur dépressive, les tentatives de suicide et l'anorexie-boulimie sont des pathologies plutôt féminines et rarement retrouvées en consultation dans notre étude. L'anxiété et la dépression sont fréquemment associées, et les patients de notre étude suivis pour dépression présentent dans 60% des cas des idées suicidaires. Certaines pathologies psychiatriques et des plaintes somatiques comme l'asthénie, la céphalée, la lombalgie, sont fréquemment retrouvées en association avec les consultations de dépression, d'anxiété et de tentative de suicide. La présence de ces pathologies lors de la consultation d'un adolescent, doit inciter le médecin à poursuivre l'interrogatoire à la recherche des

troubles de l'anxiété, de l'humeur avec des éléments dépressifs et des idées suicidaires. En étant plus vigilants, les médecins pourraient dépister un plus grand nombre de jeunes gens en détresse psychologique et de jeunes gens à risque suicidaire, et ainsi les aider.

- Les adolescents consultant pour toxicomanie dans notre étude, sont souvent des nouveaux patients et présentent des troubles psychiques fréquemment associés. Ce sont des patients complexes à suivre en médecine générale. Il serait intéressant de suivre ces jeunes en proie à la toxicomanie dans le cadre d'un réseau de soins, pour pouvoir les aider et leur proposer une prise en charge de leurs problèmes psychiques.
- Dans notre étude, les problèmes liés à l'alcool sont pratiquement inexistantes lors des consultations, or l'alcool reste la consommation de substances psycho-actives la plus fréquente à l'adolescence. Il serait important de sensibiliser les médecins aux problèmes liés à l'alcool, pour un meilleur dépistage de ces problèmes à l'adolescence.
- Dans cette population, les jeunes consultent rarement pour tabagisme. Ils sont souvent en bonne santé et connus depuis longtemps par le médecin. Cette relation de confiance peut être utilisée par le médecin pour rechercher d'autres consommations abusives souvent associées au tabac, et pour se faire ainsi une idée de la santé mentale du jeune consultant.
- Les psychotropes représentent 2,2% des prescriptions des adolescents en médecine générale. Le nombre de prescriptions de psychotropes augmente avec l'âge : ils sont plus souvent prescrits chez les filles. Les plus fréquents sont les tranquillisants et les sédatifs. Un nombre important de jeunes prend des médicaments psychotropes sans prescription médicale. Cette consommation devrait être aussi recherchée dans le cadre des polyconsommations à l'adolescence.

Les médecins généralistes sont donc amenés à voir fréquemment des adolescents en consultation. Ils pourraient profiter des consultations d'aptitude sportive et de vaccination pour réaliser un dépistage des grands problèmes de santé des adolescents.

Pour cela il serait important de réaliser d'autres enquêtes pour valider des outils de dépistage simples et rapides d'utilisation.

L'information et la formation des médecins généralistes aux problèmes des adolescents sont indispensables pour améliorer les prises en charge et le dépistage.

Le médecin généraliste n'est pas seul et il peut s'adresser à d'autres confrères spécialistes pour prendre en charge conjointement certains jeunes présentant des troubles psychiatriques importants. Dans l'avenir, pour une réelle amélioration de la prise en charge des problèmes de santé des adolescents, le travail en réseau de soins devient indispensable.

9 BIBLIOGRAPHIE

- [1] Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2001. DRESS-édition : La documentation française, 27-46.
- [2] DANZON F, DRESSEN C, VEIL S. Féminin santé. Vanves : CFES, 1998, 129-175.
- [3] Fondation santé des étudiants de France. Des soins spécifiques à l'adolescence ? Actes du colloque. Paris : 1998 , 3-94.
- [4] Haut Comité de la Santé Publique. Santé des enfants, santé des jeunes. Paris :1997, 57-66.
- [5] BOUVIER-COLLE MH, JOUGLA E, SCHWOEBEL V. La mortalité et ses causes chez les adolescents en France. Revue d'épidémiologie et de santé publique 1997 ; 45(4) : 343-344.
- [6] ARENES J, JANVRIN MP, BAUDIER F. Baromètre santé jeunes 97/98. Coll. Education pour la santé pour mieux vivre. CFES, 1998.
- [7] ALVIN P, CHOQUET M, COURTECUISSÉ V, GASQUET I, GRANSBOULAN V, HERVE MJ. Des soins spécifiques à l'adolescence ? Actes du colloque. Paris : Fondation santé des étudiants de France 1998 ; 3-94.
- [8] SERMET C, La santé des jeunes. Enquête sur la santé et les soins médicaux. France, 1995-CREDES
- [9] AUVRAY L, LE FUR P. Adolescents : état de santé et recours aux soins en 1998. Questions d'économie de la santé 2002 ; n°49.
- [10] BERGOGNE A, Les adolescents, leur santé et leur généraliste. Le concours médical 2002 ;124(14) : 958-959.
- [11] BAUDIER F., CHAN CHEE C., DRESSEN C., ARENES J. Comportements de santé des enfants d'âge scolaire 11-13-15 ans. Actualité et dossier en santé publique : Enquête OMS-CFES, 1997/06; n°19: 16-22
- [12] CHOQUET M, LEDOUX S. Attentes et comportements des adolescents. Formation santé, Editions INSERM , 1994.
- [13] CHOQUET M., LEDOUX S. Adolescents : Enquête Nationale. Paris, Editions INSERM, 1994.
- [14] DE PERETTI C. Consommation des lycéens parisiens : cannabis en hausse, tabac et alcool stables, les nouvelles pratiques de la génération 2000. INRP, OFDT-Paris.
- [15] CHOQUET M., LEDOUX S. Le recours aux professionnels de santé à l'adolescence. Neuropsychiatr. Enfa
- [16] ALVIN P, DE TOURNEMIRE R. Les adolescents entre urgence et crise :Journées Parisiennes de Pédiatrie 1999 ; 321-325.
- [17] Haut Comité de la Santé Publique. La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes. Rennes : Edition ENSP, 2000-2002, 63-68.
- [18] MIZRAHI A, MIZRAHI A. Aspects économiques et sociologiques des consommations médicales des jeunes. CREDES, 1996

- [19] TURSZ A. Mortalité accidentelle chez les adolescents et les jeunes : quelles leçons de prévention. Journées Parisiennes de Pédiatrie, 1999 ; 327-334.
- [20] ALVIN P, DE TOURNEMIRE R. Les adolescents : entre urgence et crise. Journées Parisiennes de pédiatrie, 1999 ;321-325.
- [21] GANRY O, BOUDAILLIEZ B, PAUTARD JC, DAROUX JL, BERQUIN P. Passage des adolescents (12-19ans) au service d'accueil et d'urgences pédiatriques d'un centre hospitalier universitaire : usage et message. Santé publique, 1999 ; 11(4): 427-435.
- [22] GARRY F. Les accidents de la vie courante. Point Stat, 2003 ; 39 :1-6.
- [23] CAFLISCH M, PARIS V. L'adolescent obèse: un casse-tête ou un défi ? Médecine Hygiène, 2000 ;58 :2566-68.
- [24] DE PERETTI C, CASTETBON K. Surpoids et obésité chez les adolescents scolarisés en classe de troisième. Etudes et Résultats, DREES, 2004 ; 283.
- [25] Calendrier vaccinal 2003-Avis du conseil supérieur d'hygiène publique en France. BEH, 2003 ; 06.
- [26] CHOQUET M, COM-RUELLE L, LESREL J, LEYMARIE N. Les adolescents français face à l'alcool en 2001. Enquête IREB. Questions d'économie de la santé, 2004 ;79.
- [27] BECK F, LEGLEYE S. Usages de drogues et contexte d'usage entre 17 et 19ans, évolutions récentes. ESCAPAD 2002.OFDT, 2003 :165 pages.
- [28] CHOQUET M, LEDOUX S, BECK F, PERETTI-WATTEL P. Consommation de substances psychoactives chez les 14-18ans scolarisés: premiers résultats de l'enquête ESPAD 1999, évolution 1993-1999. Tendances, 2000 ;6.
- [29] LE HEUZEY MF, BOURILLON A. Boulimie et anorexie mentale de l'adolescent.Pédiatrie pour le praticien, 3^o éditionMasson ,2000: 488-89.
- [30] MARCELLI D, BRACONNIER A. Adolescence et psychopathologie. Edition Masson, 1996 : 129-164.
- [31] BECK F, LEGLEYE S. Usages de drogues et contexte d'usage entre 17 et 19ans, évolutions récentes. ESCAPAD 2002.OFDT, septembre 2003 :165 pages.
- [32] MARCELLI D, BRACONNIER A. Adolescence et psychopathologie. Edition Masson 1996 ; 1-57.
- [33] MAZET PH, HOUZEL D. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Edition Maloine.
- [34] MATHET F, MARTIN-GUEHL C, MAURICE-TISON S, BOUVARD MP. Prévalence des troubles dépressifs chez l'enfant et l'adolescent consultant en médecine générale. Enquête auprès du Réseau Sentinelle Aquitaine. Encéphale, 2003 ; 29(5) : 391-400.
- [35] KRAMER T, GARRALDA ME. Psychiatric disorders in adolescents in primary care. Br J Psychiatry, 1998; 24(2): 120-4.
- [36] BECK F, LEGLEYE S. Usages de drogues et contexte d'usage entre 17 et 19ans, évolutions récentes. ESCAPAD 2002, OFDT, septembre 2003 :165 pages.
- [37] MICHEL G, CARTON S, PEREZ-DIAZ F, MOREN-SIMEONI MC, JOUVENT R. Symptomatologie dépressive et consommation de substances psycho-actives chez les lycéens. Neuropsychiatr Enfance Adolesc, 1998, 46(10-11) : 531-536.

- [38] BOYER-GIBAUD M, BOURNOT MC, LELIEVRE F, TALLEC A. Les jeunes de 12-25 ans dans les Pays de Loire. Baromètre santé. Premiers résultats 2000, CFES.
- [39] GRANBOULAN V. Tentatives de suicide à l'adolescence. Edition Flammarion, Journées Parisiennes de pédiatrie, 1999 ; 343-48.
- [40] REY C, GRANDAZZI MH, ALVIN P. Tentative de suicide de l'adolescent: le rôle du médecin traitant est incontournable. Revue du Praticien-médecine générale, 1998 ; 12(412) : 9-11.
- [41] JOINER TE JR, PFAFF JJ, ACRES JG. A brief screening tool for suicidal symptoms in adolescents and young adults in general health settings : reliability and validity data from the Australian National General Practice Youth Suicide Prevention Project. Behav. Res Ther, 2002; 40(4): 471-81.
- [42] McKELVEY R, PFAFF JJ, ACRES JG. The relationship between chief complaints, psychological distress and suicidal ideation in 15-20 year old patients presenting general practitioners. Med J Aust, 2001; 175(10): 550-2.
- [43] SMITH DI, SCOLLAR KM. How well informed are Australian general practitioners about adolescent suicide? Implications for primary prevention. Int J Psychiatr Med, 2001; 31(2): 169-82.
- [44] PFAFF JJ, ACRES JG, McKELVEY S. Training general practitioners to recognise and respond to psychological distress and suicidal ideation in young people. Med J Aust, 2001; 174(5): 222-6.
- [45] BLOCH J, CHARPAK Y, MONAQUE C, FHIMA A. Faisabilité de la détection de l'usage de drogues chez les 15-25 ans en médecin de ville. Santé Publique, 1999 ; 11(3) :287-295.
- 46 CLERC P, BOISNAULT P, HEBBRECHT G. Cahier de validation du DIM n°1. Juillet 2002.
- 47 Dictionnaire des résultats de consultation en médecine générale. SFMG 2002.
- 48 GRIOT E. Les consultations d'enfants en médecine générale. Consommation médicale, affections pédiatriques en soins primaires. Revue du praticien médecine générale ; mai 1998.

Annexe 1 Données concernant la population générale de l'étude

Tableau 1 Population générale de la base en 2002

Sexe	00-10	11-13	14-15	16-17	18-20	21+	Total
Femmes	8 234	2 157	1 377	1 515	2 609	39 819	55 711
Hommes	9 066	2 354	1 409	1 460	2 072	33 017	49 378
Total	17 300	4 511	2 786	2 975	4 681	72 836	105 089

Tableau 2 Nombre d'actes par patient en 2002 pour la population générale

Classe d'âge	Nb Actes / Patient	Nb Actes / Patient
	Hommes	Femmes
00-10	2,68	2,68
11-13	2,14	2,18
14-17	2,15	2,28
18-20	1,95	2,43
21+	3,38	3,77
Total homme	3,06	3,40

Tableau 3 Population générale en pourcentage

Sexe	00-10	11-20	21+	Total
Femmes %	8 234	7 658	39 819	55 711
Femmes %	14,78%	13,75%	71,47%	100,00%
Hommes %	9 066	7 295	33 017	49 378
Hommes %	18,36%	14,77%	66,87%	100,00%

Annexe 2 Données concernant la population adolescente de l'étude

Tableau 4 La population des adolescents de 11-20ans en pourcentage

Sexe	11-13	14-15	16-17	18-20	11-20
Femmes %	2 157	1 377	1 515	2 609	7 658
Femmes %	28,17%	17,98%	19,78%	34,07%	100,00%
Hommes %	2 354	1 409	1 460	2 072	7 295
Hommes %	32,27%	19,31%	20,01%	28,40%	100,00%

Tableau 5 Ancienneté des patients adolescents ayant consulté en 2002

Nouveau	30,5%
1an	7,5%
2ans	7,7%
3ans	10,8%
4ans	10,6%
5ans	4,9%
6ans	4,1%
7ans	6,9%
8ans	8,7%
9ans	8,4%

Tableau 6 Nombre d'actes par patient en 2002 pour les hommes de 11 à 20ans

Hommes	11-20ans	11-20ans
1 acte	3871	53,06%
2 actes	1530	20,97%
3 actes	842	11,54%
4 actes et +	1052	14,42%

Tableau 7 Nombre d'actes par patient en 2002 pour les femmes de 11-20ans

Femmes	11-20ans	11-20ans
1 acte	3861	50,42%
2 actes	1538	20,08%
3 actes	885	11,56%
4 actes et +	1374	17,94%

Tableau 8 Nombre d'actes en 2002 pour les 11-20ans

Sexe	11-13	11-13	14-17	14-17	18-20	18-20	Total
Homme	5352	15,30%	6 450	18,44%	4041	11,55%	15 843
Femme	4865	13,91%	7 096	20,28%	7178	20,52%	19 139
Total	10217	29,21%	13 546	38,72%	11219	32,07%	34982

Tableau 9 Les différentes positions diagnostiques concernant les résultats de consultations des 11-20ans

Position Diagnostique	11-20ans	11-20ans
Symptômes	5372	21%
Syndrome	12596	49%
Diagnostic	7784	30%
Total	25752	100%

Tableau 10 Nombre de nouveaux cas chez les 11-20ans

Nouveau	11-13	11-13	14-17	14-17	18-20	18-20	Total	Nouveau
Hommes	4185	26,42%	4836	30,52%	3022	19,07%	12043	76,01%
Femmes	3941	20,59%	5290	27,64%	4910	25,66%	14141	73,89%

Tableau 11 Nombre de cas persistants chez les 11-20ans

Persistant	11-13	11-13	14-17	14-17	18-20	18-20	Total	Persistant
Hommes	1139	7,19%	1579	9,97%	1000	6,31%	3718	23,47%
Femmes	907	4,74%	1779	9,30%	2230	11,65%	4916	25,69%

Annexe 3 Résultats de consultations : généralités

Tableau 12 Nombre de résultats de consultation pour les hommes

Classe age	Nombre d'actes	Nombre de RC	Patients différents	Nb RC/acte
11-13	4 183	5 352	2 088	1,28
14-15	2 461	3 185	1 223	1,29
16-17	2 502	3 265	1 267	1,30
18-20	3 178	4 041	1 769	1,27
Total hommes	12 324	15 843	6 347	1,29

Tableau 13 Nombre de résultats de consultation pour les femmes

Classe age	Nombre d'actes	Nombre de RC	Patients différents	Nb RC/acte
11-13	3 824	4 865	1 900	1,27
14-15	2 360	3 036	1 195	1,29
16-17	2 860	4 060	1 319	1,42
18-20	4 939	7 178	2 246	1,45
Total femme	13 983	19 139	6 660	1,37

Annexe 4 Les 20 premiers RC des 11-20 ans par sexe

Tableau 14 Les 20 premiers résultats de consultation des femmes de 11-20ans

Nom Rc	FEMME	% femmes	% cumulés
EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION	1764	9,22%	9,22%
ETAT FEBRILE	1451	7,58%	16,80%
ETAT MORBIDE AFEBRILE	1087	5,68%	22,48%
CONTRACEPTION	964	5,04%	27,51%
VACCINATION	951	4,97%	32,48%
RHINOPHARYNGITE	522	2,73%	35,21%
ANGINE	509	2,66%	37,87%
PLAINTE ABDOMINALE	379	1,98%	39,85%
ACNE VULGAIRE	376	1,96%	41,82%
RHUME	375	1,96%	43,77%
REACTION TUBERCULINIQUE	353	1,84%	45,62%
ENTORSE	330	1,72%	47,34%
RHINITE	327	1,71%	49,05%
LOMBALGIE	289	1,51%	50,56%
DYSMENORRHEE	279	1,46%	52,02%
ASTHME	277	1,45%	53,47%
CONTUSION	236	1,23%	54,70%
ANOMALIE POSTURALE	208	1,09%	55,79%
ASTHENIE - FATIGUE	203	1,06%	56,85%
CEPHALEE	197	1,03%	57,88%

Tableau 15 Les 20 premiers résultats de consultation des hommes de 11-20ans

Nom Rc	HOMME	% hommes	% cumuler
EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION	2279	14,385%	14,385%
ETAT FEBRILE	1416	8,938%	23,323%
VACCINATION	1021	6,444%	29,767%
ETAT MORBIDE AFEBRILE	890	5,618%	35,385%
RHINOPHARYNGITE	475	2,998%	38,383%
RHINITE	461	2,910%	41,293%
ASTHME	410	2,588%	43,881%
CONTUSION	385	2,430%	46,311%
ENTORSE	357	2,253%	48,564%
ANGINE	343	2,165%	50,729%
REACTION TUBERCULINIQUE	330	2,083%	52,812%
ACNE VULGAIRE	310	1,957%	54,769%
RHUME	276	1,742%	56,511%
PLAINTÉ ABDOMINALE	239	1,509%	58,019%
ANOMALIE POSTURALE	216	1,363%	59,383%
LOMBALGIE	207	1,307%	60,689%
OTITE MOYENNE	165	1,041%	61,731%
.DENOMINATION HORS-LISTE	163	1,029%	62,760%
PROCEDURE ADMINISTRATIVE	158	0,997%	63,757%
DERMATOSE	156	0,985%	64,742%

Annexe 5 Les 20 premiers RC des 11-20 ans par tranche d'âge

Tableau 16 Tableau représentant les 20 premiers résultats de consultation des 11-13ans

Nom Rc	11-13	11-13 [%]	%cumulés
EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION	1565	15,31%	15,31%
ETAT FEBRILE	1053	10,30%	25,62%
VACCINATION	938	9,18%	34,80%
ETAT MORBIDE AFEBRILE	655	6,41%	41,21%
REACTION TUBERCULINIQUE	304	2,97%	44,19%
RHINOPHARYNGITE	294	2,87%	47,06%
ANGINE	265	2,59%	49,66%
ASTHME	256	2,50%	52,16%
PLAINTE ABDOMINALE	229	2,24%	54,40%
RHUME	226	2,21%	56,62%
RHINITE	205	2,00%	58,62%
ENTORSE	203	1,98%	60,61%
CONTUSION	193	1,88%	62,50%
ANOMALIE POSTURALE	149	1,45%	63,96%
OTITE MOYENNE	147	1,43%	65,40%
TOUX	126	1,23%	66,63%
DERMATOSE	125	1,22%	67,85%
VERRUE	94	0,92%	68,77%
PHARYNGITE	91	0,89%	69,66%
ACNE VULGAIRE	88	0,86%	70,53%

Tableau 17 Tableau représentant les 20 premiers résultats de consultation des 14-17ans.

Nom Rc	14-17	%14-17	%cumulés
EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION	1636	12,08%	12,08%
ETAT FEBRILE	1037	7,66%	19,73%
VACCINATION	777	5,74%	25,47%
ETAT MORBIDE AFEBRILE	757	5,59%	31,06%
ACNE VULGAIRE	391	2,89%	33,94%
RHINOPHARYNGITE	371	2,74%	36,68%
RHINITE	368	2,72%	39,40%
ANGINE	326	2,41%	41,81%
ENTORSE	273	2,02%	43,82%
ASTHME	272	2,01%	45,83%
REACTION TUBERCULINIQUE	262	1,93%	47,76%
CONTUSION	257	1,90%	49,66%
CONTRACEPTION	242	1,79%	51,45%
RHUME	231	1,71%	53,15%
ANOMALIE POSTURALE	222	1,64%	54,79%
PLAINTÉ ABDOMINALE	206	1,52%	56,31%
LOMBALGIE	204	1,51%	57,82%
ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE	174	1,28%	59,10%
DYSMENORRHEE	155	1,14%	60,25%
PHARYNGITE	131	0,97%	61,21%

Tableau 18 Tableau représentant les 20 premiers résultats de consultation des 18-20ans

Nom Rc	18-20	%18-20	%cumulés
EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION	842	7,50%	7,50%
ETAT FEBRILE	777	6,92%	14,43%
CONTRACEPTION	722	6,43%	20,86%
ETAT MORBIDE AFEBRILE	565	5,03%	25,90%
RHINOPHARYNGITE	332	2,95%	28,86%
ANGINE	261	2,32%	31,18%
VACCINATION	257	2,29%	33,47%
LOMBALGIE	237	2,11%	35,59%
RHINITE	215	1,91%	37,50%
ENTORSE	211	1,88%	39,38%
ACNE VULGAIRE	207	1,84%	41,23%
RHUME	194	1,72%	42,96%
PLAINTÉ ABDOMINALE	183	1,63%	44,59%
CONTUSION	171	1,52%	46,11%
ASTHME	159	1,41%	47,53%
ASTHENIE - FATIGUE	140	1,24%	48,78%
DORSALGIE	124	1,10%	49,88%
REACTION A UNE SITUATION EPROUVANTE	124	1,10%	50,99%
REACTION TUBERCULINIQUE	117	1,04%	52,03%
PROCEDURE ADMINISTRATIVE	117	1,04%	53,08%

Annexe 6 Les 20 premiers RC des 11-20 ans aigus et persistants

Tableau 19 Les 20 premiers nouveaux résultats de consultation

Nouveaux cas	Nombre de RC	%
OTITE MOYENNE	262	0,97%
DIARRHEE-VOMISSEMENT	266	0,99%
TOUX	287	1,06%
DERMATOSE	293	1,09%
PHARYNGITE	309	1,15%
ACNE VULGAIRE	316	1,17%
RHINITE	370	1,37%
CONTRACEPTION	375	1,39%
LOMBALGIE	376	1,40%
PLAINTE ABDOMINALE	493	1,83%
ENTORSE	500	1,86%
CONTUSION	519	1,93%
RHUME	607	2,25%
REACTION TUBERCULINIQUE	683	2,53%
ANGINE	786	2,92%
RHINOPHARYNGITE	914	3,39%
ETAT MORBIDE AFEBRILE	1811	6,72%
VACCINATION	1969	7,31%
ETAT FEBRILE	2647	9,82%
EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION	3231	11,99%

Tableau 20 Les 20 premiers résultats de consultation persistants

Persistants	Nombre de RC	%
HUMEUR DEPRESSIVE	79	1,004%
RHINOPHARYNGITE	81	1,030%
TABAGISME	86	1,093%
ECZEMA	87	1,106%
CONTUSION	96	1,221%
DEPRESSION	102	1,297%
ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE	105	1,335%
LOMBALGIE	117	1,488%
PLAINTE ABDOMINALE	118	1,500%
.DENOMINATION HORS-LISTE	137	1,742%
ETAT MORBIDE AFEBRILE	158	2,009%
DYSMENORRHEE	172	2,187%
ENTORSE	180	2,289%
ANOMALIE POSTURALE	201	2,556%
ETAT FEBRILE	203	2,581%
ACNE VULGAIRE	369	4,692%
RHINITE	417	5,302%
ASTHME	498	6,332%
CONTRACEPTION	590	7,502%
EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION	812	10,324%

Annexe 7 Les résultats de consultations liés à la santé publique

Tableau 21 Les résultats de consultation de traumatologie des 11-20 ans par sexe

TRAUMATOLOGIE	hommes	% hommes	femmes	% femmes
BLESSURES COMBINEES LEGERES ET SEVERE	131	0,83%	71	0,37%
BRULURE	40	0,25%	24	0,13%
CONTUSION	385	2,43%	236	1,23%
FRACTURE	141	0,89%	60	0,31%
OEIL (TRAUMATISME)	21	0,13%	4	0,02%
PLAIE	156	0,98%	63	0,33%
TRAUMATISME CRANIOCEREBRAL	9	0,06%	10	0,05%
ENTORSE	357	2,25%	330	1,72%
LUXATION	14	0,09%	9	0,05%
MUSCLE (ELONGATION-DECHIRURE)	49	0,31%	36	0,19%
TENDON (RUPTURE)	2	0,01%	4	0,02%
TOTAL	1305	8,24%	847	4,43%

Tableau 22 Les résultats de consultations de traumatologie par tranche d'âge

Nom Rc	11-13	11-13	14-15	14-15	16-17	16-17	18-20	18-20
HOMMES	361	6,7%	265	8,3%	294	9,0%	385	9,5%
FEMMES	262	5,4%	178	5,9%	162	4,0%	245	3,4%

Tableau 23 Les résultats de consultation de l'obésité et de la surcharge pondérale par sexe

Sexe	hommes	%hommes	femmes	%femmes
OBESITE	42	0,27%	32	0,17%
SURCHARGE PONDERALE	28	0,18%	42	0,22%
TOTAL	70	0,44%	74	0,39%

Tableau 24 Examens systématiques et prévention pour les 11-20ans par sexe

Nom Rc	Hommes	Hommes	Femmes	Femmes
REACTION TUBERCULINIQUE	330	2,08%	353	1,84%
VACCINATION	1021	6,44%	951	4,97%
EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION	2286	14,43%	1772	9,26%
	3637	22,96%	3076	16,07%

Tableau 25 Examens systématiques et prévention pour les 11-20ans par tranche d'âge

Nom Rc	11-13	11-13	14-15	14-15	16-17	16-17	18-20	18-20
REACTION TUBERCULINIQUE	304	2,98%	131	2,11%	131	1,79%	117	1,04%
VACCINATION	938	9,18%	293	4,71%	484	6,61%	257	2,29%
EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION	1569	15,36%	859	13,81%	783	10,69%	847	7,55%

Tableau 26 La répartition des vaccinations pour les 11-20ans

Vaccination	Total	Total
typhoïde	3	0,13%
méningocoque	9	0,39%
hépatite A	21	0,92%
pneumocoque	23	1,00%
haemophilus B	26	1,13%
grippe	38	1,66%
B.C.G.	51	2,22%
ROR	305	13,30%
hépatite B	352	15,35%
coqueluche	390	17,01%
DTP	1075	46,88%
Total	2293	100,00%

Tableau 27 La répartition des vaccinations par tranche d'âge

	11-13	11-13	14-15	14-15	16-17	16-17	18-20	18-20
B.C.G.	20	0,87%	14	0,61%	8	0,35%	9	0,39%
coqueluche	307	13,39%	23	1,00%	46	2,01%	14	0,61%
grippe	14	0,61%	6	0,26%	8	0,35%	10	0,44%
haemophilus B	17	0,74%	4	0,17%	3	0,13%	2	0,09%
hépatite A	7	0,31%	1	0,04%	4	0,17%	9	0,39%
hépatite B	178	7,76%	108	4,71%	49	2,14%	17	0,74%
méningocoque	5	0,22%		0,00%	1	0,04%	3	0,13%
pneumocoque	1	0,04%	1	0,04%		0,00%	1	0,04%
ROR	177	7,72%	61	2,66%	40	1,74%	27	1,18%
DTP	514	22,42%	71	3,10%	329	14,35%	161	7,02%
typhim VI	11	0,48%	1	0,04%	3	0,13%	8	0,35%
Total	1251	54,56%	290	12,65%	491	21,41%	261	11,38%

Tableau 28 Répartition des examens systématiques et de prévention pour les 11-20ans

Examens systématiques et prévention	11-20ans	11-20ans
examen post-natal légal de la mère	0,14%	5
certificat prénuptial (dans le cadre légal)	0,49%	17
dépistage	2,86%	100
suiti d'un patient à risque	4,20%	147
examen de non contagion	5,03%	176
examen pour suivi du nourrisson et de l'enfant	11,20%	392
conseil - information - explication	13,48%	472
prescription (médicament, biologie, imagerie, etc.)	15,14%	530
examen médico-sportif	72,64%	2543

Tableau 29 Répartition des résultats de consultation de la contraception par tranche d'âge

Femmes	11-13	11-13	14-15	14-15	16-17	16-17	18-20	18-20	Total	Femmes
Contraception	1	0,02%	30	0,99%	211	5,20%	722	10,06%	964	5,04%

Tableau 30 Répartition des résultats de consultation de la contraception par nouveaux cas et cas persistants

Suivi	Nouveau	Nouveau	Persistant	Persistant
Contraception	38,80%	374	61,20%	590

Tableau 31 Répartition de la contraception hormonale ou autre par tranche d'âge

	14-17	14-17	18-20	18-20	Total	Total
contraception hormonale	189	25,00%	550	72,75%	739	97,75%
stérilet		0,00%	14	1,85%	14	1,85%
préservatif	2	0,26%	1	0,13%	3	0,40%

Tableau 32 Répartition du résultat de consultation de l'acné par tranche d'âge et par sexe

Acné	11-13	11-13	14-15	14-15	16-17	16-17	18-20	18-20	Total	Total
Hommes	31	0,6%	103	3,2%	109	3,3%	67	1,7%	310	2,0%
Femmes	57	1,2%	89	2,9%	90	2,2%	140	2,0%	376	2,0%
Total	88	1,8%	192	6,2%	199	5,6%	207	3,6%	686	3,9%

Tableau 33 Le nombre de résultats de consultation concernant la consommation de tabac, d'alcool et de drogues par sexe

Nom Rc	Hommes [%]	Hommes [nb]	Femmes [nb]	Femmes [%]
Alcool	0,032%	5	0,010%	2
Tabagisme	0,555%	88	0,470%	90
Toxicomanie	0,353%	56	0,136%	26
Total	0,940%	149	0,617%	118

Tableau 34 Le nombre de résultats de consultation concernant la consommation de tabac, d'alcool et de drogues par tranche d'âge pour les hommes

Hommes	11-13	11-13	14-15	14-15	16-17	16-17	18-20	18-20
Alcool		0,00%		0,00%	3	0,09%	3	0,07%
Tabagisme	2	0,04%	8	0,25%	26	0,80%	52	1,29%
Toxicomanie		0,00%	3	0,09%	21	0,64%	32	0,79%

Tableau 35 Le nombre de résultats de consultation concernant la consommation de tabac, d'alcool et de drogues par tranche d'âge pour les femmes

Femmes	11-13	11-13	14-15	14-15	16-17	16-17	18-20	18-20
Alcool		0,00%		0,00%		0,00%	2	0,03%
Tabagisme		0,00%	3	0,10%	22	0,54%	65	0,91%
Toxicomanie		0,00%		0,00%	2	0,05%	24	0,33%

Tableau 36 La répartition des nouveaux cas et des cas persistants concernant la consommation de tabac, d'alcool et de drogues pour les 11-20ans

Nom Rc	Nouveau	Total	Persistant	Total
Alcool	0,01%	4	0,05%	4
Tabagisme	0,36%	95	0,97%	86
Toxicomanie	0,08%	21	0,69%	61

Tableau 37 La répartition de l'anxiété et du nervosisme par tranche d'âge

Nom Rc	11-13	11-13	14-15	14-15	16-17	16-17	18-20	18-20	Total
Anxiété	24	0,23%	23	0,37%	46	0,63%	99	0,88%	192
Nervosisme	19	0,19%	7	0,11%	11	0,15%	11	0,10%	48

Tableau 38 La répartition de l'anxiété en nouveaux cas et cas persistants

Anxiété	Hommes	Hommes	Femmes	Femmes
Nouveau	33	0,27%	83	0,59%
Persistant	17	0,46%	59	1,20%

Tableau 39 La répartition du résultat de consultation de l'insomnie par tranche d'âge

Nom Rc	11-13	11-13	14-15	14-15	16-17	16-17	18-20	18-20
insomnie	33	0,32%	18	0,29%	27	0,37%	44	0,39%

Tableau 40 La répartition du résultat de consultation de l'insomnie en nouveaux cas et cas persistants

insomnie	Homme	Homme	Femme	Femme	Total	Total
Nouveau	21	0,17%	62	0,44%	83	0,32%
Persistant	15	0,40%	24	0,49%	39	0,45%

Tableau 41 Les résultats de consultation concernant la dépression et les tentatives de suicides par tranche d'âge

Nom Rc	11-13	11-13	14-15	14-15	16-17	16-17	18-20	18-20
Dépression	1	0,01%	4	0,06%	21	0,29%	101	0,90%
Humeur dépressive	7	0,07%	14	0,23%	45	0,61%	71	0,63%
Réaction à une situation éprouvante	46	0,45%	37	0,59%	78	1,06%	205	1,83%
Suicide (tentative)		0,00%	1	0,02%	2	0,03%	7	0,06%

Tableau 42 Les nouveaux cas et les cas persistants de la dépression par sexe

Nom Rc	HOMME	HOMME	FEMME	FEMME	Total	% homme+femme
NOUVEAU	7	0,06%	18	0,13%	25	0,10%
PERSISTANT	29	0,78%	73	1,48%	102	1,18%

Tableau 43 Le résultat de consultation de l'anorexie-boulimie par tranche d'âge

Nom Rc	11-13	11-13	14-15	14-15	16-17	16-17	18-20	18-20
Anorexie-boulimie	2	0,02%	12	0,19%	26	0,35%	56	0,50%

Tableau 44 Les nouveaux cas et les cas persistants pour l'anorexie-boulimie

Anorexie-boulimie	Hommes	Hommes	Femmes	Femmes	Total	Total
Nouveau	2	0,02%	24	0,17%	26	0,10%
Persistant	3	0,08%	67	1,36%	70	0,81%

Annexe 8 Prescriptions

Tableau 45 Nombre de médicaments par patient et par tranche d'âge et par sexe
(les adolescents sans sexes ne sont pas comptabilisés dans le tableau hommes/femmes)

Nb MDC/patient	11-13	14-17	18-20	Total
Total MDC	19 383	25 847	21 952	67 182
Nb patients	4511	5 761	4 681	14 953
Nb MDC/patient	4,30	4,49	4,69	4

Nb MDC/patient	Hommes	Femmes	Total
Total MDC	29 927	36 010	65 937
Nb patients	7 295	7 658	14 953
Nb MDC/patient	4,10	4,70	4,41

Tableau 46 Nombre de médicaments par acte, par sexe et tranche d'âge

Nb MDC/acte	11-13	14-17	18-20	Hommes	Femmes	Total
Total Acte	10 068	13 020	10 476	15270	17633	33 564
Total MDC	19 383	25 847	21 952	29927	36010	67 182
Moyenne	1,93	1,99	2,10	1,96	2,04	2,00

Tableau 47 Le taux de psychotropes et d'antipyrétiques par sexe pour les 11-20ans
(les sans sexe n'ont pas été comptabilisés)

Médicaments	Hommes	Hommes	Femmes	Femmes	Total	Total
Psychotropes	291	32,4%	606	67,4%	899	100%
Antipyrétiques	3099	44,2%	3763	53,62%	7018	100%

Tableau 48 La répartition des psychotropes par tranches d'âge pour les 11-20ans

Psychotropes	11-13	11-13	14-15	14-15	16-17	16-17	18-20	18-20	Total	Total
Antidépresseurs	16	0,04%	12	0,03%	61	0,15%	136	0,34%	225	0,56%
Antipsychotiques	3	0,01%	5	0,01%	24	0,06%	43	0,11%	75	0,19%
Sédatifs phytothérapie	43	0,11%	41	0,10%	79	0,20%	159	0,40%	322	0,80%
Psycho stimulants	3	0,01%		0,00%		0,00%		0,00%	3	0,01%
Tranquillisants	29	0,07%	18	0,04%	54	0,13%	173	0,43%	274	0,68%
Total	94	0,23%	76	0,19%	218	0,54%	511	1,27%	899	2,24%

Tableau 49 La répartition des antipyrétiques par tranches d'âge

Tranches d'âge	11-13	11-13	14-15	14-15	16-17	16-17	18-20	18-20	Total	Total
Antipyrétiques	2214	5,51%	1313	3,27%	1412	3,51%	2079	5,17%	7018	17,46%

Annexe 9 Maladies chroniques

Maladies chroniques invalidantes	Nombre	Maladies chroniques non invalidantes	Nombre
ALCOOL (PROBLEME AVEC L')	7	ACNE VULGAIRE	686
ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')	1	ANOMALIE POSTURALE	424
ALGODYSTROPHIE	5	ASTHME	687
ANEVRYSME ARTERIEL .	1	COLIQUE (SYNDROME)	8
ANOREXIE - BOULIMIE	96	COMPORTEMENT (TROUBLES)	36
ARTHROSE	2	DERMITE SEBORRHEIQUE	33
BRONCHITE CHRONIQUE	5	ECZEMA	265
CANCER	1	ECZEMA PALMOPLANTAIRE	49
DEPRESSION	127	ECZEMA PALMOPLANTAIRE	3
DIABETE DE TYPE 1	27	HALLUX VALGUS	8
DIABETE DE TYPE 2	12	HEPATITE VIRALE	3
EPILEPSIE	74	HERPES	99
GOITRE	18	HYPERSUDATION	1
HTA	40	HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE	23
HYPERGLYCEMIE	4	PSORIASIS	29
HYPERLIPIDEMIE	39	PYROSIS - REFLUX	12
HYPERLIPIDÉMIE	9	REFLUX-PYROSIS-OESOPHAGITE	15
HYPERTHYROIDIE	7	RHINITE	788
HYPURICEMIE	1	SOUFFLE CARDIAQUE	35
HYPOTHYROIDIE	18	SYNDROME COLIQUE	13
MIGRAINE	153	SYNDROME PREMENSTRUEL	27
OBESITE	74	TABAGISME	178
PARKINSONNIEN (SYNDROME)	1		
SUICIDE (TENTATIVE)	10	VARICES MEMBRES INFERIEURS	4
SURDITE	22	Total	3426
SYNDROME DE RAYNAUD	11	Total en pourcentage	9,79%
TACHYCARDIE	12		
TOXICOMANIE	82		
Total	859		
Total en pourcentage	2,46%		

Annexe 10 Base de données SFMG

Résumé

En 1992, la Société Française de Médecine Générale a constitué un réseau de 100 médecins généralistes informatisés, dont 80 sont opérationnels en 1993, à l'occasion de la validation du Dictionnaire des résultats de consultation (DRC®) en 1993, c'est la création de l'Observatoire de la Médecine Générale® (OMG). A l'époque, une première base de données est réalisée sous Access®.

En février 2000, l'OMG prend une nouvelle dimension avec la construction d'une base de données sous Oracle 8i®, nommée "Diogène", qui intègre les données médicales recueillies en tant réel et de manière structurée sur le logiciel Easyprat®. L'export des données est réalisé par un logiciel spécifique qui permet un traitement de normalisation de l'information avant import dans la base. Ces données sont anonymisées et cryptées puis envoyées à la SFMG par disquettes ou mail. La fréquence est bisannuelle en 2001.

Les données sont stockées dans un environnement relationnel et sont utilisées, à partir d'un requêteur Discoverer®

Les données transmises bénéficient alors d'une batterie de tests d'assurance qualité dont le contenu est directement issu des travaux de validation menés depuis 2 ans. Ces contrôles portent en particulier sur le volume d'actes réalisés par le praticien, les modalités d'utilisation du Résultat de Consultation issu du DRC, le contenu des ordonnances, les différents recours. À l'issue de cette analyse, les différents éléments présents dans la base sont dotés de marqueurs de validités en fonction des différents axes d'analyse (actes, Résultats de Consultation, type de contacts (consultations, visites, ...)). Chacun des praticiens est ainsi caractérisé, de manière anonyme, pour chaque période analysée (en général une année) par un score de qualité sur chacun des axes. À l'issue de ces différentes phases, les données sont prêtes à être utilisées.

Fin 2001 la base de l'OMG contient 105 praticiens participant à l'OMG, ce qui représente 500 années médecin, avec pour environ les deux cinquièmes des médecins, 9 ans de recul (début de processus de validation pour les données concernant l'année 1993). Diogène contient 300 000 patients, plus de 2 millions de contacts (consultations, visites, ...), de 4 millions de Résultats de Consultations. Les ordonnances sont en cours d'import.

Les médecins de l'OMG, producteurs d'information, doivent être des "consomm-acteurs", en particulier, ils doivent participer activement à la démarche d'ensemble et recueillir bénéfice direct du recueil dans l'exercice au service du patient. Les médecins de la SFMG, participant à l'ensemble du processus (du recueil à l'écriture des communications) sont médecins généralistes de ville avec une activité réelle de consultation : c'est le seul moyen de ne pas perdre le contact avec la réalité.

Les objectifs de l'observatoire de la médecine générale sont d'abord la recherche en médecine générale avec la description des pratiques grâce à l'utilisation du Dictionnaire des Résultats de Consultation, mais aussi une auto-évaluation des médecins, la formation initiale et continue et l'analyse médico-économique en médecine de ville en partenariat avec la recherche (INSERM – CREGAS), l'assurance maladie (CNAMTS) et le ministère de la santé (DGS).

Quelques points fondamentaux sur le Résultat de Consultation et le dictionnaire.

1. Toute science commence par **le dénombrement des objets** ou phénomènes observés dans son champ d'application.

La médecine générale, comme toutes les autres spécialités médicales, ne peut pas se développer scientifiquement sans avoir rempli cette condition.

2. Le dictionnaire, **n'est pas une classification, mais une nomenclature**. Une classification "distribution systématique en diverses catégories d'après des critères précis" consisterait à grouper les résultats de consultation (RC) qu'il contient, selon certains caractères communs pour les réunir en classes. Alors qu'une nomenclature, "ensemble de termes techniques d'une science" classés, par ordre alphabétique, est bien un dictionnaire.

3. Le dictionnaire permet au praticien de retrouver facilement dans une liste alphabétique, les 270 termes qu'il utilise le plus souvent dans son exercice journalier. En vertu de la **"Loi de répartition régulière des cas"**, tout praticien exerçant la médecine générale, sous la même "latitude", doit s'attendre à retrouver de façon régulière environ 300 RC, pourvu qu'il les désigne toujours de la même manière.

4. Le dictionnaire permet au médecin de relever par le RC, **la certitude clinique** (le plus haut niveau de preuve) qu'il a en fin de séance, en fonction des éléments en sa possession au moment de la consultation. Le RC décrit le "problème" que le médecin prend en compte (qu'il a résolu) pendant la séance (consultation ou visite).

5. Les **270 RC recouvrent 95%** des phénomènes pathologiques rencontrés par un praticien généraliste dans son exercice. Il ne doit pas pour autant, méconnaître les 5% d'affections qu'il observera plus rarement.

6. Les quatre **"positions diagnostiques"** (symptôme, syndrome, tableau de maladie et diagnostic certifié) possibles n'ont pas de valeur hiérarchique. Elles sont équivalentes en tant que certitude clinique en fin de séance. En revanche, elles définissent le degré d'ouverture diagnostique de la situation clinique relevée.

7. En consultant, la liste des RCE et aussi celle des "voir aussi", le praticien pourra s'assurer qu'aucun RC plus caractéristique ne peut correspondre à la situation clinique qu'il a à résoudre.

8. Le dictionnaire ne répond pas seulement à une nécessité de langage commun, mais à la **triple exigence** de rationalité (modéliser l'information), de transparence ("c'est bien la situation que j'ai observée") et de justification ("ce que j'ai observé, me sert à prendre ma décision").

9. La correspondance de chaque définition du dictionnaire avec la **CIM-10** est la garantie d'un langage transversal et international commun à toutes les spécialités médicales.

10. Chaque définition comporte des **critères d'inclusion** et des **compléments sémiologiques**, mais aussi les **risques d'évolution critique** de la situation observée.