

Les adolescents pris en charge en médecine générale : étude descriptive à partir de la base de données de l' « Observatoire de la médecine générale ».

ROUSSEAU Céline, CLERC Pascal, STHENEUR Chantal, CHEVALLIER Bertrand

Introduction

Les adolescents se déclarent pour 80% d'entre eux en bonne santé¹. Lorsqu'ils ont besoin de faire appel à un professionnel de santé, ils se tournent souvent vers l'infirmière scolaire environ 25% ou le médecin généraliste 82%. Les adolescents disent consulter, pour 75% d'entre eux, au moins une fois le médecin généraliste au cours d'une 82% en 1999 année². Les moins de 25 ans consultent en moyenne 6 fois par an un praticien libéral.³

Certains problèmes sont préoccupants actuellement pour les adolescents. Les études effectuées en population générale mettent en évidence une augmentation de l'obésité (11,3% des plus de 15 ans en 2003), les suicides restent la deuxième cause de mortalité chez les jeunes. Au niveau de la consommation de substances psychoactives en France, 30% des adolescents fument quotidiennement, 18% des garçons consomment régulièrement de l'alcool, contre 6% des filles, ces deux consommations sont en légère diminution depuis 2003. Pour le cannabis, les chiffres sont stables depuis 2003, avec 16% des garçons qui utilisent régulièrement du cannabis contre 6% des filles⁴.

Les études effectuées aux urgences hospitalières^{5 6 7 8 9 10} montrent que 40 à 60% des consultations concernent la traumatologie avec une majorité de consultations masculine. Les adolescents en souffrance psychique représentent de 3 à 5% des motifs d'admission.

En France, les études effectuées en médecine générale concernent essentiellement la relation médecin adolescent¹¹, ou focalisent sur le suicide de l'adolescent^{12 13}.

L'objectif principal de notre travail a été de décrire la population des adolescents consultant en médecine générale en 2002, au sein de l'Observatoire de la Médecine Générale (OMG) de la Société Française de Médecine Générale (SFMG) et de rechercher le poids respectif des problèmes dits de santé publique chez les adolescents. L'objectif secondaire a été d'analyser la récurrence des symptômes mal définis dans les populations d'adolescents en souffrance psychique (psychiatrie, addictions).

Matériel et méthodes

La SFMG a créé en 1993 un réseau de médecins généralistes utilisant un dossier médical informatisé structuré¹⁴. La pérennisation de ce réseau a abouti à la création de l'Observatoire de la médecine générale. La SFMG dispose en 2002, d'un réseau national de 125 médecins informatisés utilisant pour leur dossier médical un thesaurus de diagnostics standardisé (Dictionnaire des Résultats de Consultation), d'une base de recueil de type Oracle, et d'un site Internet sécurisé. Le Dictionnaire des Résultats de Consultation (Transcodé CIM-10), est constitué de 277 définitions avec un titre et des critères d'inclusion et d'exclusion¹⁵. Ces définitions décrivent 95% des problèmes rencontrés en médecine générale, que ce soit des symptômes, des syndromes, et des diagnostics certifiés. L'Entrepôt de données DIOGENE: constitué en 1993, contient les données médicales de 151 médecins généralistes (cumulés), ce qui représente 543 000 Patients, 4 500 000 actes ou séances (consultations, visites), 6 360 000 Résultats de consultation (symptômes, syndromes et diagnostics) et 10 millions de médicaments.

Sélection de la population:

Nous avons sélectionné tous les patients âgés de 11 à 20 ans, ayant consultés au cours de l'année 2002. Les variables retenues pour l'étude sont le sexe, les classes d'âges 11-13 ans, 14-17ans, 18-20 ans, l'ancienneté du suivi par le médecin (césure à gauche lié à la date de création de l'entrepôt de données), les actes, le nombre d'actes par patient dans l'année, les résultats de consultation et les molécules prescrites. La notion de médecin traitant n'existant pas en 2002, nous n'avons pas d'indicateur pour estimer la file active d'adolescents du médecin. Pour approcher cette notion, nous avons décidé arbitrairement que tous les patients adolescents ayant consultés au moins une des années suivantes 2001, 2002, 2003 était suivi régulièrement par le médecin.

Pour rechercher le poids respectif des problèmes de santé publique, nous sélectionnerons les Résultats de consultation suivant : Anorexie-Boulimie, Anxiété, Dépression (avec idées suicidaires), Humeur dépressive (sans idées suicidaires), Réaction à une situation éprouvante, Obésité, Insomnie, Alcool, Tabagisme, Toxicomanie, Tentative de suicide.

Traitement des données:

Extraction de la population sélectionnée dans une base Access®. Les requêtes sont effectuées sous Access et le traitement des données sous Excell. Pour l'analyse descriptive nous utiliserons la médiane et ses bornes, et le test du chi2 de Pearson.

Résultats :

Les patients sélectionnés sont au nombre de 14 953. Il s'agit de 7 658 Filles (51,2 %) et de 7 295 Garçons (48,8 %). Sexe ratio de 0,95.

La répartition par classes d'âges est de 4 511 pour les 11-13 ans (30%), de 5 761 pour 14-17 ans (38%), et de 4 681 pour les 18-20 ans (32%)

La « File active » estimée (patient vu au moins une fois entre 2001 et 2003) est de 25 056 [Figure 1]. Les consultants en 2002 représentent 59,7 % de cette file active. Parmi ces consultants 62% sont connus depuis 3 ans et plus par le médecin. Seuls 31% sont des patients nouveaux, en 2002.

Le nombre d'actes analysés est de 32 903. Il s'agit de 26 668 consultations (97,5%) et de 6 235 visites (2,5%). Parmi ces actes 5 533 (17%) ne sont pas renseignés sur le lieu de la séance. Le nombre médian d'actes par patients est de 2 [1-31], et le pourcentage d'actes chez les filles est plus élevé (53%) que pour les garçons.

Le nombre total de résultats de consultation analysés est de 34 982. Le nombre médian de Résultats de consultation par actes est de 1 [1-7]. La part des symptômes est de 21%, celle des syndromes de 49% et les diagnostics est de 30%. Parmi ces résultats de consultations [Figure 2 & Tableau 1], les examens systématiques pour le sport et les vaccinations sont la première cause de consultation (6 713 - 19,2%), puis viennent les infections ORL (3 592 - 10,3%), les états fébriles (2 867 - 8,2%). La traumatologie bénigne (contusions, entorses) représente 6,1% des " Résultats de Consultation" (2 152). Les troubles psychiques et l'addictologie représentent 4,8% des " Résultats de Consultation" (1 693).

Le nombre total de médicaments est de 52 128. Le nombre médian de médicaments par actes = 1 [0-18] . Les médicaments analysables suivant la classification EPHMRA est de 40 186. La part des antipyrétiques et antalgiques représente 16% (6 862) de tous les médicaments prescrits, dont 44% (3 099) pour les hommes et 56% (3 763) chez les femmes ($p=0,032$). La part des psychotropes représente 2,2% (899) , dont 32% (291) pour les hommes et 67% (606) pour les femmes ($p<0,0001$).

Les problèmes répertoriés comme problèmes de santé publique [Tableau 2] représentent 6,6% des patients (983), 4,4% des actes (1 448), et 4% des résultats de consultation traités (1 399). Elles concernent les consultations pour tabagisme, alcool, toxicomanie, anxiété, dépression, humeur dépressive, insomnie, anorexie et boulimie. Le nombre médian d'actes pour ces patients est de 3 [1-58] par an, excepté les consultations pour tabagisme et obésité ou le nombre médian d'acte est de 2 [1-18] par an. Les filles consultent plus souvent que les garçons pour ces problèmes de santé (Sexe Ratio : 0,35), en-dehors des consultations pour toxicomanie (Sexe Ratio : 3,5) et alcool (Sexe Ratio : 4), mais aussi en-dehors des consultations pour tabagisme et obésité ou le sexe ratio est proche de 1. Parmi les jeunes ayant consulté pour ces problèmes de santé 76% (736) ont entre 16 et 20 ans. Ils ne sont que 44% (64) pour les consultations d'obésité et 58% (71) pour les consultations d'insomnie.

Parmi ces patients 62% sont connus du médecin généraliste depuis 2 ans et plus. Hormis les problèmes de toxicomanie, ou 50% des jeunes sont connus depuis moins d'un an.

Les Tentatives de suicide ne sont colligées dans le dossier du médecin que pour 8 patientes et 10 actes. Les dépressions (avec idées suicidaires) concernent 128 patients (0,85%) et 128 actes (0,4%).

Pour les patients atteints de problèmes anxio dépressifs et insomnie la présence d'un autre problème de santé publique est de 10% en moyenne. Pour les populations consommant des drogues ou de l'alcool (mais faible effectif) elle est de l'ordre de 20%. Pour tous les autres elle varie de 2 à 5%.

La traumatologie touche 1732 (11,6 %) patients et 6% (2 152) des actes [Figure 3 & Tableau 4]. Le nombre d'actes médians pour ces patients est de 1 [1-8] .Les contusions et entorses représentent 61% (1308) de la traumatologie. La part des actes pour traumatologie chez les garçon est de 8,2% (1305) et de 4,4% (847) chez les filles ($p<0,001$). Cette différence apparaît dès la tranche d'âge 11-13 ans (C. Tableau page 40) pour la population des patients ayant consultés pour un problème traumatologique. Parmi les adolescents qui consultent pour un traumatisme, les filles consultent plus souvent pour une entorse que les garçons, alors que ceux-ci consultent plus souvent pour une fracture ou une plaie.

Les symptômes représentent 8% des actes (2 691) dont les plus fréquents sont résumés dans le [Tableau 4]. Parmi les adolescents qui consultent pour un symptôme, les garçons consultent plus souvent que les filles pour une plainte abdominale, une lombalgie, une myalgie ou une douleur isolée.

Discussion :

Dans notre étude, les jeunes consultent régulièrement le médecin généraliste, mais ils consultent moins souvent que le reste de la population. Cette notion a déjà été décrite notamment dans l'étude CREDES 1991 et 1992³. Le nombre d'acte pour les filles est significativement plus important que pour les garçons, essentiellement à partir de 14-15 ans. L'enquête INSERM réalisée en 1993 par M.Choquet et S.Ledoux relevait déjà cette différence². Les études retrouvées dans la littérature ont des axes d'entrée différents. On parle soit de troubles déclarés par les adolescents², soit de motifs de consultations^{16 17}, soit d'analyse d'ordonnances⁵. Cette étude a pour axe d'entrée le diagnostic (ou Résultat de consultation – RC) posé par le médecin généraliste au cours de la consultation. Ce " Résultat de Consultation" peut être un symptôme, un syndrome ou un diagnostic. La notion de file active est difficile à appréhender quand il n'existe pas comme au Royaume Uni une liste de

patients inscrits auprès du médecin généraliste⁷. Nous avons défini une procédure pour approcher cette notion qui nous paraît capitale dans ce cadre. Elle met en évidence que sur cette période, au moins les 2/3 des patients étaient connus par leur médecin généraliste. Une étude menée en Belgique et en Région Parisienne en 2001 sur une population de 457 adolescents consultants en médecine générale, montre que 85% des adolescents se définissaient comme patients habituels du médecin⁶. Les adolescents consultaient dans 2/3 des cas pour des symptômes et des syndromes comme le reste de la population en médecine générale¹⁸.

Dans notre étude les adolescents consultent une fois sur cinq (22%) pour un problème non pathologique : un examen systématique pour le sport, une vaccination, une contraception ou une procédure administrative. L'étude Belge¹⁷ en médecine générale retrouve 26% (hors contraception), et dans l'étude EPPM 18,8%.

Parmi les problèmes pathologiques, on trouve dans l'ordre : la pathologie ORL, les états fébriles, puis la dermatologie, l'appareil locomoteur, la traumatologie, l'appareil digestif

Les actes pour examen systématique (activités sportives) concernent essentiellement des adolescents qui ne seront vus qu'une fois dans l'année par leur médecin. La première hypothèse est que la majeure partie de ces patients sont en bonne santé et ne présentent aucun trouble majeur nécessitant de recourir à leur médecin traitant. La seconde hypothèse est qu'une partie de ces adolescents n'évoquent pas leurs difficultés éventuelles au médecin traitant dans le cadre d'un examen pour le sport. Pour valider cette hypothèse il faudrait étudier l'utilisation systématique de tests de dépistage^{19 20} au cours de ces consultations.

Les études en population générale montrent un différentiel important entre l'expression du « mal être » des adolescents et les problèmes pris en charge en médecine générale. Plusieurs hypothèses sont à évoquer. Premièrement, l'expression d'un « mal être » des adolescents lors d'une enquête en population générale, ne signifie pas nécessairement un besoin de recours au système de soins. Deuxièmement, notre étude tend à montrer que le médecin généraliste connaît ses patients adolescents depuis au moins trois ans. A contrario, lorsqu'il prend en charge des adolescents pour toxicomanie, un sur deux n'est connu que depuis quelques mois (moins d'un an). On peut penser qu'un adolescent en souffrance psychique importante ne recherchera pas obligatoirement un médecin généraliste, d'autant s'il est celui de ses parents. Dans cette hypothèse le médecin généraliste n'est qu'un des recours possibles de l'adolescent dans le système de soins. Troisièmement, même si le nombre d'adolescent d'une clientèle de médecine générale avec des troubles psychopathologiques, ou utilisateur de toxiques est peu important, ils semblent cependant consulter plus souvent que les autres et pour des plaintes variées, et qu'il existe des associations fréquentes entre tabagisme et toxicomanie et troubles psychiques. Ces corrélations sont aussi décrites dans l'enquête INSERM 1993 IREB. Lorsqu'un adolescent consulte pour tabagisme, alcool ou toxicomanie, ces études confirment l'utilité de rechercher d'autres consommations de produits psychoactifs²¹.

Parmi les toxiques, la prise en charge de l'alcool est la plus faible. L'hypothèse est que les médecins ne sont pas suffisamment informés de la présence de cette addiction chez les adolescents. D'autant que l'enquête ESCAPAD²² de l'OFDT en 2002, réalisée directement auprès des jeunes concernant leur consommation de produits psychoactifs, indiquait 18% des garçons consommant régulièrement de l'alcool. D'autres études^{23 24} confirment ces résultats, ainsi l'alcool est la principale consommation de produits psychoactifs chez les jeunes.

Les « Tentatives de suicide » sont peu répertoriées dans la base OMG²⁵. Cependant ce terme est utilisé quand le médecin prend en charge une tentative de suicide ou lorsqu'il reçoit un compte-rendu de pris en charge aux urgences. La notion d'idées noires ou de tentative de suicide sont des items obligatoires quand le médecin choisit la définition « Dépression ». Si cet item n'est pas présent il peut choisir « Humeur dépressive » ou « Réaction à situation éprouvante »²⁶. Une étude menée par l'université de Glasgow en 1998, les adolescents ayant fait une tentative de suicide, ont consulté 4 fois dans l'année précédente leur généraliste, contre 2,3 fois pour les jeunes sans tentative de suicide. 31% de leurs consultations concernaient des problèmes psychiques, contre 4% de problèmes psychiques pour les jeunes sans tentative de suicide²⁷. Cette description correspond bien aux consultations des adolescents en souffrance dans notre étude^{28 29} (Cf. supra). Les tentatives de suicide sont-elles alors suffisamment prévenues par les médecins de l'OMG ou leur connaissance échappent-elle à ces médecins ?

Les consultations pour tabagisme et obésité présentent des similitudes avec la population générale de la base. Ainsi ce sont des adolescents souvent connus du médecin généraliste (2/3 depuis plus de 3ans) et ils consultent en moyenne une fois par an. La proportion des patients pris en charge pour obésité est faible en regard de l'augmentation de sa prévalence dans la population des adolescents^{30 31}, ce qui suggère que toute consultation d'un adolescent devrait comporter (ou mettre à jour dans le dossier médical) les mesures de la taille et du poids.

La traumatologie ne représente que 6% des actes en médecine générale de l'adolescent. Comme dans toutes les enquêtes la proportion d'actes est deux fois plus importante chez les garçons que les filles et cette différence augmente avec l'âge^{2 7 32 33}. Il est intéressant de constater que la moitié des actes des adolescents aux urgences hospitalières pour un problème de traumatologie concernent la traumatologie^{34 35}.

Le réseau OMG reflète-t-il la « réalité » de la prise en charge des adolescents en médecine générale? Ce réseau n'est pas représentatif de l'ensemble des médecins Français. Cependant, l'analyse porte sur toutes leurs consultations de médecine

* En 2002, la notion de « Médecin Traitant » n'existait pas.

générale. Quelques indicateurs montrent des tendances retrouvées dans d'autres études et la cohérence interne des résultats. Un sex ratio en faveur des filles, une fréquence de consultation plus grande chez les filles, une plus grande fréquence de la toxicomanie et de la traumatologie dans la population masculine.

Conclusion

Cette étude montre que le médecin généraliste prend globalement en charge les adolescents qu'il connaît depuis au moins deux ans pour les deux tiers d'entre eux. Seuls les patients consommateurs à risque sortent de ce schéma. La grande majorité de ces patients consultent pour des examens de sport ou de la pathologie infectieuse bénigne.

quelques recherches ont été effectuées sur le dépistage du suicide chez l'adolescent, mais deux autres axes de recherche nous semblent intéressants dans cette population. D'une part l'évaluation systématique de questionnaires simples de dépistage des addictions et de la souffrance psychique chez l'adolescent consultant pour un examen du sport, et d'autre part l'analyse des consultations répétées pour des motifs variés.

Figure 1

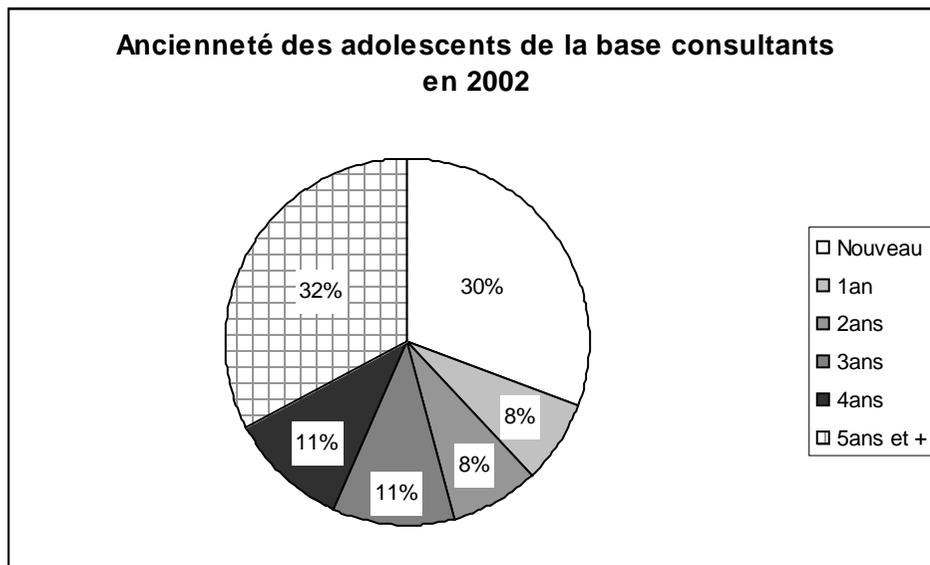


Figure 2

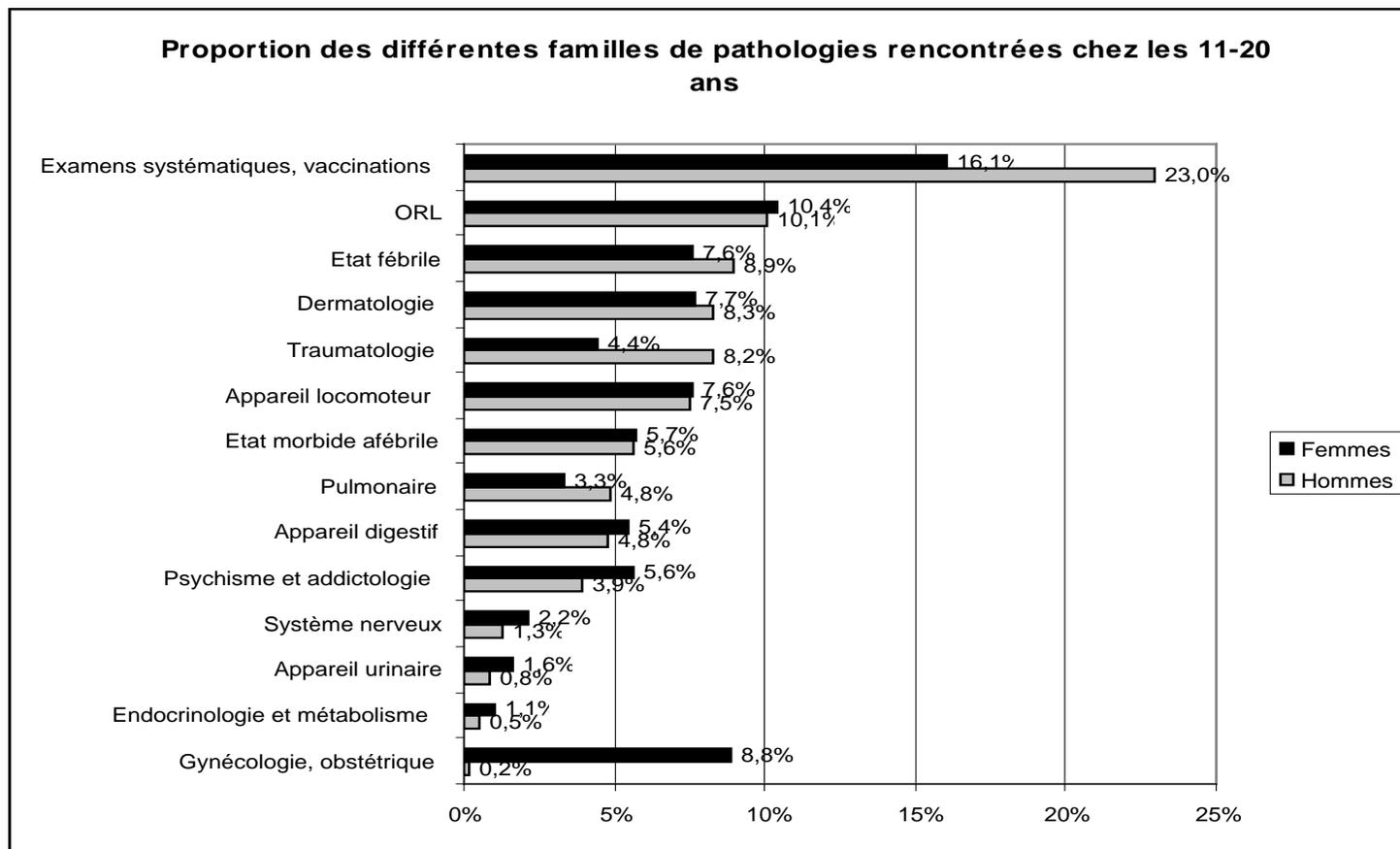


Tableau 1: Les résultats de consultation les plus fréquents par classes d'âge

11-13 Ans		14-17 Ans		18-20 ans	
Total	74% total N= 9001	Total	66% total N= 11573	Total	59% total N= 9156
EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION	16%	EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION	13%	EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION	8%
ETAT FEBRILE	10%	ETAT FEBRILE	8%	ETAT FEBRILE	7%
VACCINATION	9%	VACCINATION	6%	ETAT MORBIDE AFEBRILE	5%
ETAT MORBIDE AFEBRILE	6%	ETAT MORBIDE AFEBRILE	6%	CONTRACEPTION	5%
RHINOPHARYNGITE	3%	RHINOPHARYNGITE	3%	RHINOPHARYNGITE	3%
ANGINE	3%	ACNE VULGAIRE	3%	VACCINATION	3%
REACTION TUBERCULINIQUE	3%	ANGINE	3%	ANGINE	3%
RHUME	2%	RHINITE	2%	RHUME	2%
PLAINTE ABDOMINALE	2%	ENTORSE	2%	LOMBALGIE	2%
ENTORSE	2%	CONTUSION	2%	RHINITE	2%
CONTUSION	2%	RHUME	2%	ENTORSE	2%
RHINITE	2%	REACTION TUBERCULINIQUE	2%	PLAINTE ABDOMINALE	2%
ASTHME	2%	ANOMALIE POSTURALE	2%	CONTUSION	2%
OTITE MOYENNE	1%	ASTHME	2%	ACNE VULGAIRE	1%
TOUX	1%	LOMBALGIE	1%	ASTHENIE - FATIGUE	1%
ANOMALIE POSTURALE	1%	PLAINTE ABDOMINALE	1%	DORSALGIE	1%
DERMATOSE	1%	CONTRACEPTION	1%	DIARRHEE-VOMISSEMENT	1%
PHARYNGITE	1%	ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE	1%	PHARYNGITE	1%
ARTHROPATHIE-PERIARTHROPATHIE	1%	DYSMENORRHEE	1%	REACTION TUBERCULINIQUE	1%
VERRUE	1%	PHARYNGITE	1%	PROCEDURE ADMINISTRATIVE	1%
ACNE VULGAIRE	1%	DERMATOSE	1%	ASTHME	1%
FRACTURE	1%	TOUX	1%	TABAGISME	1%
ECZEMA	1%	DORSALGIE	1%	CEPHALEE	1%
CEPHALEE	1%	CEPHALEE	1%	REACTION A UNE SITUATION EPROUVANTE	1%
ALGIE	1%	PROCEDURE ADMINISTRATIVE	1%	CYSTITE - CYSTALGIE	1%

Dernière impression le 06/12/2017 12:20

Tableau 2 : Caractéristiques des Résultats de consultation concernant les problèmes de santé publique

Nom Rc	Nb de patients diff (H+F)	% des patients	Nb MEDIAN d'actes pour le RC	Min/Max	Nb MEDIAN d'actes pour ces patients	Min/Max	Sexe ratio H/F	Ancienneté: 2 ans et plus
ALCOOL (PROBLÈME AVEC L')	5	0,03%	1	[1;3]	3	[3;5]	4	40%
ANOREXIE - BOULIMIE	37	0,25%	1	[1;19]	4	[1;19]	0,09	57%
ANXIETE - ANGOISSE	142	0,95%	1	[1;13]	3	[1;23]	0,38	65%
DEPRESSION	128	0,86%	1	[1;22]	4	[1;23]	0,39	65%
OBESITE-SURCHARGE PONDERALE	102	0,68%	1	[1;4]	2	[1;13]	0,82	78%
REACTION A SITUATION EPROUVANTE	288	1,93%	1	[1;6]	3	[1;31]	0,52	67%
INSOMNIE	102	0,68%	1	[1;5]	3	[1;20]	0,4	83%
TABAGISME	143	0,96%	1	[1;5]	2	[1;18]	1,04	72%
TOXICOMANIE	36	0,24%	1	[1;14]	3	[1;58]	3,5	50%
POPULATION TOTALE	14953				2	[1;31]	0,95	62%

Figure 3

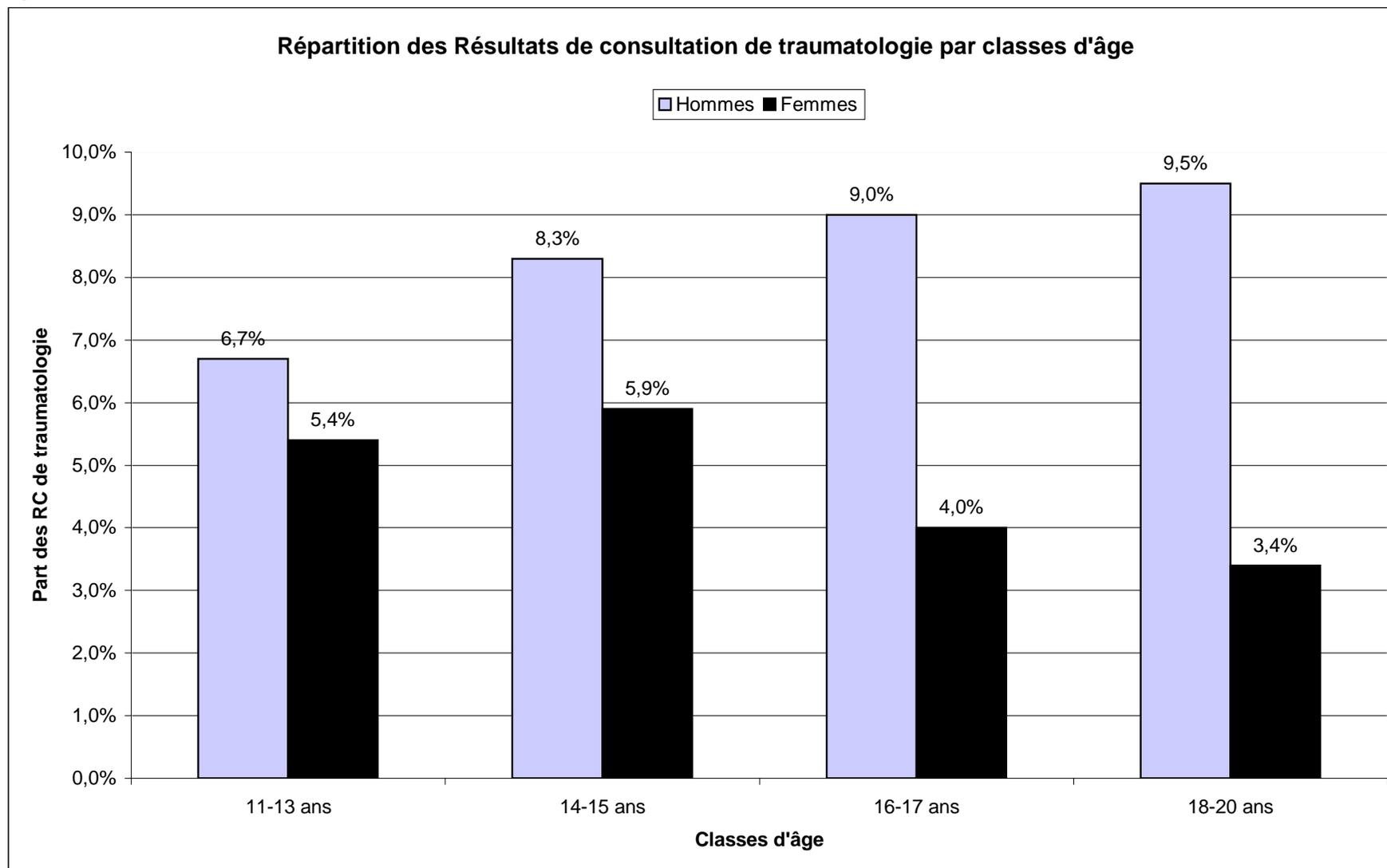


Tableau 3 : Les résultats de consultation concernant la traumatologie

Nom Rc	HOMMES	% Hommes	FEMMES	% Femmes	Degré de signicativité
BLESSURES COMBINEES LEGERES	109	8,4%	63	7,4%	NS
BLESSURES COMBINEES SEVERES	22	1,7%	8	0,9%	NS
BRULURE	40	3,1%	24	2,8%	NS
CONTUSION	385	29,5%	236	27,9%	NS
ENTORSE	357	27,4%	330	39,0%	p< 0,001
FRACTURE	141	10,8%	60	7,1%	p=0,004
LUXATION	14	1,1%	9	1,1%	NS
MUSCLE (ELONGATION-DECHIRURE)	49	3,8%	36	4,3%	NS
OEIL (TRAUMATISME)	21	1,6%	4	0,5%	-
PLAIE	156	12,0%	63	7,4%	p< 0,001
TENDON (RUPTURE)	2	0,2%	4	0,5%	-
TRAUMATISME CRANIOCEREBRAL	9	0,7%	10	1,2%	NS
Total	1305		847		

Tableau 4 : Les résultats de consultation les plus fréquents pour « les plaintes abdominales »

Nom Résultat de consultation	HOMMES	% Hommes	FEMMES	% Femmes	degré de significativité
PLAINTE ABDOMINALE	139	15,2%	196	11,0%	p=0,002
LOMBALGIE	124	13,6%	150	8,4%	p< 0,001
CEPHALEE	89	9,7%	188	10,6%	NS
DOULEUR NON CARACTERISTIQUE	177	19,4%	195	11,0%	p< 0,001
MYALGIE	47	5,1%	45	2,5%	p< 0,001
ASTHENIE - FATIGUE	43	4,7%	110	6,2%	NS
EPIGASTRALGIE	43	4,7%	97	5,5%	NS
DORSALGIE	34	3,7%	53	3,0%	NS
MAL DE GORGE	34	3,7%	52	2,9%	NS
Total	914		1777		

¹ ARENES J, JANVRIN MP, BAUDIER F. Baromètre santé jeunes 97/98. Coll. Education pour la santé pour mieux vivre. CFES, 1998.

² CHOQUET M, LEDOUX S. Attentes et comportements des adolescents. Formation santé, Editions INSERM , 1994

³ ALVIN P, CHOQUET M, COURTECUISSIE 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.

-
- ⁴ BECK F, LEGLEYE S, SPILKA S. Les drogues à 17 ans. Evolution, contextes d'usages et prise de risque. Résultats de l'enquête ESCAPAD 2005.Tendances. 2006; 49
- ⁵ LEHMANN C, BARR J, KELLY P. Emergency Department Utilization by Adolescents. Journal of Adolescent Health. 1994; 15:485-49
- ⁶ ZIV A, BOULET J, SLAP G. Emergency Department Utilization by Adolescents in the United States. Pediatrics 1998; 101; 987-994
- ⁷ MELZER-LANGE M, LYE P. Adolescent Health Care in a Pediatric Emergency Department. Annals of Emergency Medicine. 1996; 27(5):633-637
- ⁸ ZIMMERMAN D, ALLEGRA J, CODY R. The epidemiology of pediatric visits to New Jersey general emergency departments. Pediatric Emergency Care. 1998; 14 (2)
- ⁹ GASQUET I, ALVIN P, DEVEAU A. Qui sont les adolescents consultant aux urgences et comment sont-ils pris en charge? Enquête auprès de six hôpitaux de l'AP-HP. Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. 1999
- ¹⁰ GIGNON M., GANRY O, BOUDAILLIEZ B., DUBOIS G. Qui sont ces ados recourant aux urgences du CHU D'Amiens ? Communication affichée, congrès ADEL-EPITER 2006. Rev Epidemiol Sant Publique, 2006, 54 : 2S70-2S72
- ¹¹ BINDER Ph. Comment aborder l'adolescent en médecine générale. Monographie sous la direction de MARCELLI D.. La Revue du praticien –Tomme 55 – N°10 ; p1073. 31 mai 2005.
- ¹² BINDER Ph. Les adolescents suicidants non pris en charge pour leur acte sont-ils différents des autres ? Enquête auprès de 3800 adolescents. La Revue du praticien médecine générale 2001 ;15 545 : 1507 -12
- ¹³ URML Poitou-Charentes, Enquête sur la prise en charge des suicides et tentatives de suicide en médecine libérale dans la région Poitou-Charentes. 1997-1999
- ¹⁴ <http://omg.sfm.org/>
- ¹⁵ SFMG "Dictionnaire des Résultats de Consultation" en médecine générale – Révision 2001 – Document de Recherche en Médecine Générale – N°58 – Décembre 2001
- ¹⁶ AUVRAY L., LEFUR P., Adolescents : état de santé et recours aux soins en 1998. Questions d'économie de la santé 2002 ; N°49
- ¹⁷ PAULUS D., DOUMENC M., RICHE B., PESTIAUX D. Adolescents et médecin généraliste. Quelles portes d'entrée dans la consultation ? Louvain Med. 120 :S258-S265, 2001
- ¹⁸ CLERC P., BOISNAULT P., HEBBRECHT G., Développement d'un entrepôt de données en médecine générale. Rev Epidemiol Santé Publique, 2003,51 :553-559.
- ¹⁹ BINDER P, CHABAUD F., Accueil des adolescents en médecine générale : validation de l'usage d'un référentiel. Rev Prat Med Gen 2005 ; 19 : 1307-1313
- ²⁰ 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.
- ²¹ 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.
- ²² BECK F, LEGLEYE S. Usages de drogues et contexte d'usage entre 17 et 19ans, évolutions récentes. ESCAPAD 2002.OFDT, 2003 :165 pages.
- ²³ 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.

-
- ²⁴ 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.
- ²⁵ 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
- ²⁶ 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.
- ²⁷ MACNEILL Y, GILLIES M, WOOD S. Fifteen year olds at risk of parasuicide or suicide: how can we identify them in general practice? Family Practice.2002;19 (5)
- ²⁸ 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.
- ²⁹ SMITH DI, SCOULLAR KM. How well informed are Australian general practitioners about adolescent suicide? Implications for primary prevention. Int J Psychiatr Med, 2001; 31(2): 169-82.
- ³⁰ CAFLISCH M, PARIS V. L'adolescent obèse: un casse-tête ou un défi ? Médecine Hygiène, 2000 ;58 :2566-68.
- ³¹ DE PERETTI C, CASTETBON K. Surpoids et obésité chez les adolescents scolarisés en classe de troisième. Etudes et Résultats, DREES, 2004 ; 283.
- ³² 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
- ³³ SERMET C, La santé des jeunes. Enquête sur la santé et les soins médicaux. France, 1995-CREDES
- ³⁴ ALVIN P, DE TOURNEMIRE R. Les adolescents : entre urgence et crise. Journées Parisiennes de pédiatrie, 1999 ;321-325.
- ³⁵ 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.