

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2010

N° 40

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de MEDECINE GENERALE

par

Caroline BARREAU

Née le 14 Mars 1981, à Maubeuge

Présentée et soutenue publiquement le 7 juin 2010

ACCUEIL DES ADOLESCENTS
AUX URGENCES HOSPITALIERES :

ENQUETE AU CHU DE NANTES

Président : Madame le Professeur Véronique GOURNAY

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Georges PICHEROT

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
INTRODUCTION.....	4
I. Présentation de l'adolescence	6
I.1 Définitions	6
I.2 L'adolescent face aux soins	7
I.3 Une particularité de l'adolescence : les conduites à risque	8
II. Matériel et méthodes.....	9
II.1 Organisation des urgences du CHU de Nantes	9
II.2 Méthodologie de l'enquête	10
II.2.1 Inclusion des patients.....	10
II.2.2 Questionnaire	11
III. Les résultats.....	13
III.1 Données démographiques.....	13
III.2 Analyse descriptive générale sur l'année 2006	13
III.2.1 Répartition des admissions selon le secteur	14
III.2.2 Fréquentation selon l'âge et le sexe.....	14
III.2.3 Répartition en fonction de la période	17
III.2.4 Mode d'orientation	22
III.3 Analyse descriptive détaillée sur les mois de janvier et mai 2006 ..	23

III.3.1	L'âge.....	23
III.3.2	Les modes d'admission.....	23
III.3.3	Les motifs d'admission.....	26
III.3.4	Les modes de sortie des urgences	45
IV.	SYNTHESE ET DISCUSSION.....	48
IV.1	A propos de la méthodologie.....	48
IV.1.1	Les limites de notre étude	48
IV.1.2	Les avantages de notre étude	48
IV.2	Analyse des résultats et comparaison avec la littérature.....	49
IV.2.1	Les urgences chirurgicales	51
IV.2.2	Les urgences médicales	56
IV.2.3	Les urgences psychiatriques.....	62
IV.2.4	Les urgences gynéco-obstétricales	70
IV.3	Comment améliorer la prise en charge des adolescents ?	73
	CONCLUSION	76
	ANNEXE 1.....	78
	ANNEXE 2	82
	ANNEXE 3	85
	BIBLIOGRAPHIE	87
	ABREVIATIONS	91

INTRODUCTION

Plusieurs études épidémiologiques françaises (Saint-Nazaire, Amiens, Nice, AP-HP, Créteil) ont montré l'importance de la place des adolescents dans l'urgence hospitalière (6). Leur accueil doit donc être organisé au mieux pour répondre à leurs attentes.

L'adolescence est une période où l'on est globalement en bonne santé et les pathologies de ces patients sont souvent bénignes. Pourtant, ils représentent une part non négligeable des passages aux urgences (environ 10%). Ceci est en partie le reflet d'un défaut d'utilisation de ces structures puisque la majorité des adolescents s'y rendent d'eux-mêmes, sans avis médical préalable. Il en résulte que bon nombre d'entre eux pourraient être pris en charge en dehors de l'urgence, dans un lieu plus adapté. En effet, à l'adolescence, les problèmes de santé en général, le mal-être et les conduites à risque s'expriment sous de multiples facettes et plus particulièrement au travers du corps (7). Il faut donc du temps pour repérer une détresse silencieuse chez un adolescent se présentant pour un traumatisme, chose rendue difficile par le « débordement » des urgences en général. De plus, le clivage entre structure d'accueil pédiatrique et adulte ne simplifie pas la prise en charge.

L'afflux des jeunes vers les centres hospitaliers a rendu nécessaire la mise en place de directives (4) favorisant un accueil plus spécifique pour les adolescents. Pourtant, il faut prendre garde à ne pas les enfermer dans une prise en charge stéréotypée et utiliser plutôt les consignes d'accueil de l'adolescent aux urgences comme « un cadre contenant » (7).

Une enquête sur la fréquentation des urgences du CHU de Nantes par les adolescents de 11 à 19 ans semble donc intéressante car elle permet d'avoir un aperçu du comportement des jeunes Nantais face aux soins. De plus, en tant que futur médecin généraliste, cette étude me permet de mieux comprendre les demandes des adolescents et donc d'essayer de répondre dans la pratique de la manière la plus adaptée à leurs attentes.

Après quelques généralités, nous nous efforcerons, au travers d'une enquête concernant l'usage des urgences du CHU de Nantes par les adolescents, de décrire le profil et les besoins spécifiques de ces patients. En comparant nos résultats avec les études antérieures, nous essayerons, dans une seconde partie de proposer des solutions afin d'améliorer leur prise en charge.

I. Présentation de l'adolescence

I.1 Définitions

Pour les sociologues contemporains, nos sociétés sont devenues des sociétés de classe d'âge, dans lesquelles l'adolescence occupe une fonction charnière (45).

Il n'existe pas une mais de multiples définitions de l'adolescence. Toutes retiennent comme caractéristique principale, la spécificité de cette période, marquée par d'importantes transformations biologiques, psychologiques et sociales, sous l'influence d'un contexte socio-culturel donné (45).

Autrefois marquée par un rite de passage consistant par exemple en une prise de risque unique, comme affronter un danger extérieur ou réaliser une performance physique, il s'agit maintenant d'une période s'étendant sur une dizaine d'années, véritable transition entre le monde des enfants et celui des adultes.

Pour l'OMS, les adolescents sont les individus âgés de 10 à 19 ans, ce qui correspond à la segmentation faite dans de nombreux travaux épidémiologiques.

Pour les anthropologues, l'adolescence est une problématique de passage centrée sur l'avènement de la sexualité.

Au-delà de toutes ces définitions, la tonalité dominante de l'adolescence reste bien l'expérience du changement.

Globalement, le début de l'adolescence est assimilé à l'arrivée des premiers signes pubertaires, qui se situe vers l'âge de 10-12 ans pour les filles et 11-13 ans pour les garçons.

Cette période est dominée par la métamorphose physique et sexuelle et s'accompagne de l'apparition d'un certain nombre de pressions nouvelles (dont les préoccupations liées à l'image corporelle).

Vient ensuite la phase d'intégration de tous ces changements dans le schéma personnel, familial et social, dont l'enjeu est l'affirmation d'une place et d'un rôle nouveaux en tant que sujet à part entière. C'est à cette période, marquée par la pauvreté des défenses face au stress qu'apparaît une certaine vulnérabilité face aux circonstances anxiogènes ou dépressogènes. On observe alors des réactions s'exprimant à l'extrême sur le mode de l'impulsivité, du conflit ou du repli.

La fin de l'adolescence survient après la consolidation des dernières étapes du développement physique, vers l'âge de 17 ans mais l'adolescence psychologique ou sociale se poursuit encore quelques années (17-21 ans en moyenne).

De nombreux facteurs entrent en jeu, expliquant la variabilité de ces manifestations d'un individu à l'autre, notamment l'intégration de tous ces paramètres par l'adolescent lui-même, le type de famille et la qualité du milieu dans lequel il a grandi, la sécurité dont il a bénéficié auparavant, et l'existence d'une maladie ou d'un handicap, physique ou intellectuel.

1.2 L'adolescent face aux soins

En France en 2006, les adolescents de 11 à 19 ans représentent 11,4% de la population française. Or, seules 8% des consultations en médecine générale sont réalisées pour les adolescents alors qu'ils représentent plus de 10% des passages aux urgences.

Pour la grande majorité d'entre eux, le recours aux urgences se solde par un simple passage, seuls 20% étant hospitalisés.

Ce constat est surprenant pour une population qui s'estime en bonne santé (7) et montre que les adolescents ont tendance à utiliser les urgences comme source de soins primaires.

Les services de pédiatrie accueillent les adolescents jusqu'à 15 ans et 3 mois. Au-delà, ils sont pris en charge dans les secteurs adultes. C'est globalement le mode de fonctionnement de beaucoup d'hôpitaux, dont le CHU de Nantes. Or, nous avons vu que l'adolescence est une période bien spécifique s'étalant en moyenne sur une dizaine d'années et ce clivage entre moins de 15 ans et de plus de 15 ans ne vient qu'ajouter aux difficultés de l'adolescent qui a parfois du mal à trouver sa place au sein même de la société. De plus, une circulaire du ministère de la santé relative à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences rappelle que les adolescents doivent être pris en charge chaque fois que cela est possible par un pédiatre et du personnel paramédical ayant une expérience dans la prise en charge des enfants et des adolescents (5), ce qui n'est pas toujours le cas aux urgences adultes.

Le corps est au centre des transformations de l'adolescence. Il constitue à la fois le seul cadre fixe qui reste, propre à l'adolescent et ce qui change le plus. Au plan psychique, les réaménagements de l'adolescence (sexualisation, identification, autonomisation) entraînent volontiers une période de fragilité (13).

Ceci explique qu'à cette période de la vie, la formulation d'une demande d'aide est très souvent problématique et peut prendre divers aspects. Leur mode d'accès aux soins se fait souvent au travers de symptômes physiques aussi multiples que variés et la position du soignant à l'interface entre somatique et psychologique doit être une préoccupation constante. A Rennes, Briard constate que la moitié des

adolescents sont hospitalisés pour un symptôme physique mais qu'une dimension psychique est notée pour 47% d'entre eux (7).

I.3 Une particularité de l'adolescence : les conduites à risque

L'adolescence, période transitionnelle laissant place à l'expérimentation, se caractérise comme un temps pour les défis. L'adolescent, en testant son courage à affronter le danger, brise symboliquement les barrières de l'enfance, rattachant la prise de risque à l'une des plus vieilles traditions de l'humanité : celle des rites de passage.

Les conduites à risque sont habituellement définies comme « comportant des risques objectifs pour le bien-être physique ou mental de l'individu » (2). Elles sont variées selon le niveau et le type de risque que l'entourage familial et/ou social accepte.

Elles regroupent la consommation de substances psycho actives, les rapports sexuels non protégés, la non-compliance au traitement pour les adolescents atteints de maladie chronique, les fugues, la conduite de véhicules motorisés, les tentatives de suicide, les jeux dangereux (foulard) et la pratique de certains types de sport (38). La prise de risque renvoie à la nécessité de s'extraire d'un environnement rassurant, protecteur pour affronter délibérément un monde qui ne l'est pas avec pour objectif de tester ses capacités (27).

L'augmentation quantitative de la force physique et l'intensification pulsionnelle interviennent dans les conduites d'essai, qui permettent au jeune l'exploration personnelle de son identité (27).

Même si elles sont un élément fondamental dans les processus d'acquisition et d'indépendance, il apparaît néanmoins que les conduites à risque sont devenues à l'heure actuelle un problème de santé publique car elles sont responsables d'une morbidité et mortalité considérables (27).

Les accidents sont la première cause de mortalité à l'adolescence (42%) et constituent un facteur de morbidité majeure, avec de fréquentes hospitalisations dont ils sont également la première cause entre 13 et 19 ans (18). Le suicide est la deuxième cause de mortalité (14%).

Enfin, il ne faut pas négliger le risque particulièrement important à cette période, de non observance des traitements médicamenteux, responsable d'exacerbations

de maladies chroniques, surtout l'asthme et le diabète, représentant jusqu'à 27 % des passages aux Etats-Unis (38).

II. Matériel et méthodes

II.1 Organisation des urgences du CHU de Nantes

Le service d'accueil et d'urgences du CHU de Nantes est divisé en trois grands secteurs. Il accueille les urgences adultes (comprenant une antenne médicale, médico-psychologique, traumatologique et des lits-portes), les urgences pédiatriques et les urgences gynéco-obstétricales.

A l'arrivée du patient, un dossier administratif est constitué puis le patient est pris en charge par l'infirmière organisatrice de l'accueil. Celle-ci, après avoir évalué le degré d'urgence, élabore le dossier médical et oriente le patient vers l'un des différents secteurs du pôle :

- l'unité « adultes traumatisés »
- l'unité « adultes non-traumatisés »
- l'unité médico-psychologique
- l'unité « urgences pédiatriques »
- l'unité de victimologie
- le bloc opératoire
- le service social.

Les urgences gynécologiques et obstétricales sont séparées des deux autres secteurs et l'infirmière d'accueil réoriente les patientes qui se rendent aux urgences générales vers ce secteur si besoin.

Les personnes victimes d'agressions sexuelles sont prises en charge selon un protocole particulier, en collaboration avec le service de gynécologie.

Le service des urgences pédiatriques accueille environ 27000 enfants par an, de la naissance à l'âge de 15 ans et 3 mois. Il dispose de 9 salles d'examen pour les urgences médicales et chirurgicales.

L'équipe médicale est composée de quatre médecins et d'un chirurgien, ainsi que d'internes et d'étudiants en médecine qui sont sous leur responsabilité. Cette équipe travaille en étroite collaboration avec les référents spécialisés dans les

différents domaines de la pédiatrie. L'équipe paramédicale est composée d'infirmières, de puéricultrices et d'auxiliaires de puériculture.

Le temps d'attente aux urgences pédiatriques est en moyenne de trois heures avec un pic d'affluence entre 17h et 21h.

Au delà de l'âge de 15 ans et trois mois, les adolescents sont accueillis dans le secteur adulte, divisé en urgences médicales, traumatologiques et lits portes.

II.2 Méthodologie de l'enquête

II.2.1 Inclusion des patients

Cette étude résulte d'une enquête rétrospective, réalisée sur 12 mois, de janvier à décembre 2006, au CHU de Nantes.

La population étudiée comprend l'ensemble des patients âgés de 11 à 19 ans, s'étant présentés au service d'accueil et d'urgences pédiatriques, adultes et gynéco-obstétricales durant cette période.

Nous avons sélectionné, à partir des données informatiques du service d'accueil et d'urgences de Nantes, la liste des patients ayant entre 11 et 19 ans au moment de leur passage en 2006, en fonction de leur date de naissance.

Sur cette première série de patients, ont été étudiés des critères généraux comme la moyenne d'âge, le sexe, la répartition des admissions en fonction des différents secteurs ainsi qu'en fonction des mois, jours et heures et le mode de sortie de ces adolescents.

Pour une analyse plus fine, nous avons sélectionné 2 mois, janvier et mai 2006, que nous avons jugés représentatifs de l'année. Ont été spontanément exclus les mois de juin à septembre, qui risquaient de comprendre les touristes venus passer leurs vacances dans la région.

Les dossiers sélectionnés ont été récupérés aux archives et des critères plus précis comme le motif de consultation ou encore le mode d'arrivée ont été reportés sur un questionnaire pré-rempli. Ces dossiers comprenaient les données administratives enregistrées par l'infirmière d'accueil des urgences ainsi que le bilan médical réalisé à l'entrée et le mode d'orientation des patients en fonction du diagnostic établi.

II.2.2 Questionnaire

II.2.2.1 Les données reportées étaient :

D'ordre administratif

- Sexe
- Age
- Date et heure de passage
- Mode d'arrivée du patient aux urgences
 - ✗ Par ses propres moyens
 - ✗ Ambulance
 - ✗ Pompiers
 - ✗ SAMU
 - ✗ Police
- Arrivée seul ou accompagné par
 - ✗ Un parent ou un tuteur
 - ✗ Un autre membre de la famille
 - ✗ Un ami
 - ✗ Autre

D'ordre médical

1. Motif d'admission

Médical :

- ✗ Pathologie chronique : Asthme, Drépanocytose, Diabète, Epilepsie
- ✗ Alcoolisation aiguë
- ✗ Douleur abdominale
- ✗ Malaise
- ✗ Pathologie infectieuse
- ✗ Autres motifs

Chirurgical :

- ✗ AVP
- ✗ Agression
- ✗ Accidents de sport ou domestique
- ✗ Brûlures
- ✗ Syndrome appendiculaire
- ✗ Autres

Psychiatrique :

- ✗ Syndrome anxio-dépressif
- ✗ Idées suicidaires ou tentative de suicide
- ✗ Crise d'angoisse
- ✗ Trouble du comportement ou agitation
- ✗ Trouble du comportement alimentaire
- ✗ Autre

2. Personne à l'origine de l'admission aux urgences

- Un médecin
- Un parent ou tuteur
- L'adolescent lui-même
- Autre

3. Mode d'orientation

- Sortie avec ou sans consultation prévue
- Hospitalisation

III. Les résultats

III.1 Données démographiques

En France métropolitaine, le bilan démographique de l'INSEE comptabilise 61,4 millions d'habitants en 2006, dont 6,98 millions d'adolescents de 11 à 19 ans, ce qui représente 11,4% de la population française.

On note une légère diminution de la proportion des adolescents dans la population française sur les 10 dernières années (ils étaient 12% en 1999 et sont estimés à 10,97% en 2009).

A Nantes, le recensement de 2006 fait état de 282853 habitants, dont 33485 adolescents âgés de 11 à 19 ans, soit 11,8% de la population nantaise. Cette proportion est légèrement supérieure à la moyenne nationale et a augmenté ces 10 dernières années malgré une diminution sur le plan national (ils étaient 11,1% en 1999).

L'agglomération nantaise compte 35% de moins de 25 ans, ce qui reflète la jeunesse de cette population.

Le nombre total des passages aux urgences, tous âges confondus, sur les 12 mois de l'année 2006 a été de 96401 (88577 aux urgences générales et 7824 aux urgences gynéco-obstétricales). Parmi eux, on compte 11070 adolescents âgés de 11 à 19 ans, soit 11,5% des passages, ce qui est à peu près équivalent à la proportion d'adolescents dans la population nantaise.

A Saint-Nazaire en 2000, une étude montrait que les adolescents représentaient 14,3% du volume des urgences hospitalières (52), ce qui est supérieur aux données de notre étude.

III.2 Analyse descriptive générale sur l'année 2006

Le premier temps de l'étude analyse les caractéristiques des passages des 11070 adolescents sur l'ensemble de l'année 2006. Ces données ont été recensées à partir des données informatiques du service des urgences.

En moyenne, on compte 922 passages par mois aux urgences pour les adolescents de 11 à 19 ans, soit environ 30 passages par jour.

1313 adolescents ont été admis plusieurs fois aux urgences dans l'année, soit 12,5% de notre population.

45 adolescents ont été admis 5 fois ou plus.

C'est moins qu'à Amiens (16) où 48% avaient déjà été admis aux urgences depuis 1 an dont 21% plusieurs fois.

III.2.1 Répartition des admissions selon le secteur

54% des adolescents sont admis en secteur adulte, contre 41% en secteur pédiatrique et 5% aux urgences gynéco-obstétricales.

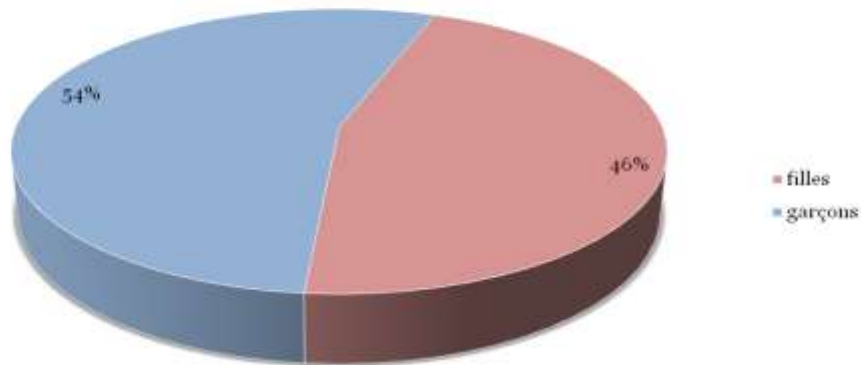
Parmi les adolescents admis aux urgences adultes, 65% ont été accueillis en traumatologie, 30% en médecine, 4% en secteur médico-psychologique et 1% directement au bloc opératoire, ce qui donne la répartition suivante :



III.2.2 Fréquentation selon l'âge et le sexe

Les jeunes consultant aux urgences sont en majorité des garçons (54%, soit une sex-ratio de 1,17). Ils ont en moyenne 15,9 ans (avec une moyenne d'âge de 17,7 ans en gynéco-obstétrique, 17,5 ans en secteur médico-psychologique, 17,4 ans en secteur adulte et 12,7 ans en secteur pédiatrique).

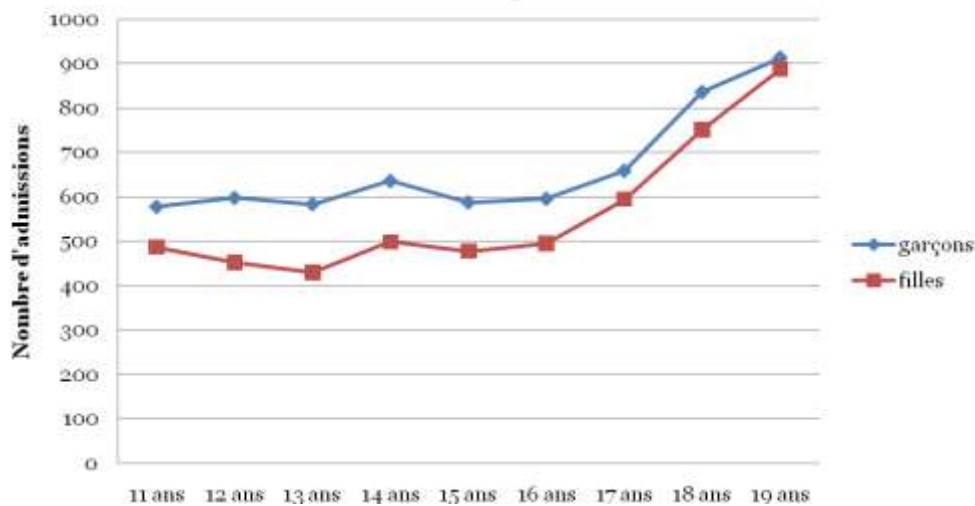
Figure 2. Répartition des adolescents selon le sexe



Le nombre de filles et de garçons est à peu près constant entre 11 et 16 ans puis on note une augmentation nette des admissions à partir de 16 ans pour les 2 sexes. A Saint-Nazaire, le nombre de garçons augmentait après 15 ans alors que celui des filles était constant quelque soit l'âge, ce qui diffère de notre étude.

L'écart entre le nombre de filles et de garçons tend à diminuer avec l'âge : le nombre de filles a tendance à rejoindre le nombre de garçons à partir de 16-17 ans. Ce phénomène est surtout lié aux urgences gynéco-obstétricales et aux urgences médico-psychologiques (56,6% de filles).

Figure 3. Fréquentation des urgences en fonction du sexe et de l'âge



La moyenne d'âge des filles est de 16 ans (17,7 ans en gynéco-obstétrique, 15,8 ans aux urgences générales) et celle des garçons 15,9 ans. Il n'y a donc pas de différence.

Les filles sont plus souvent admises en secteur médecine adulte que les garçons (21% vs 12%), et les garçons sont plus souvent admis en secteur traumatologie adulte que les filles (42% vs 25%).

Figure 4. Admissions des filles.

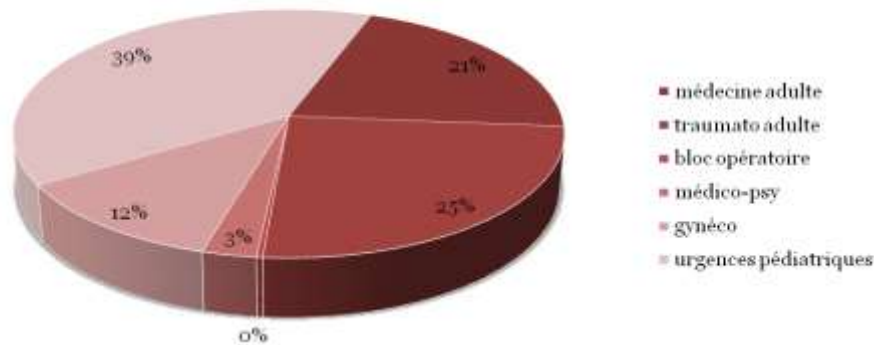
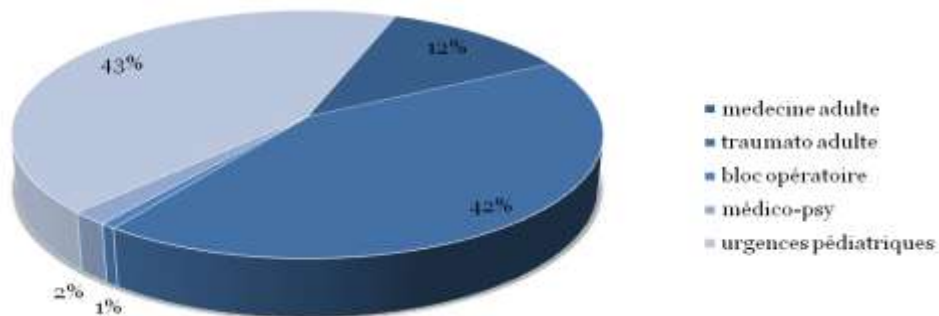


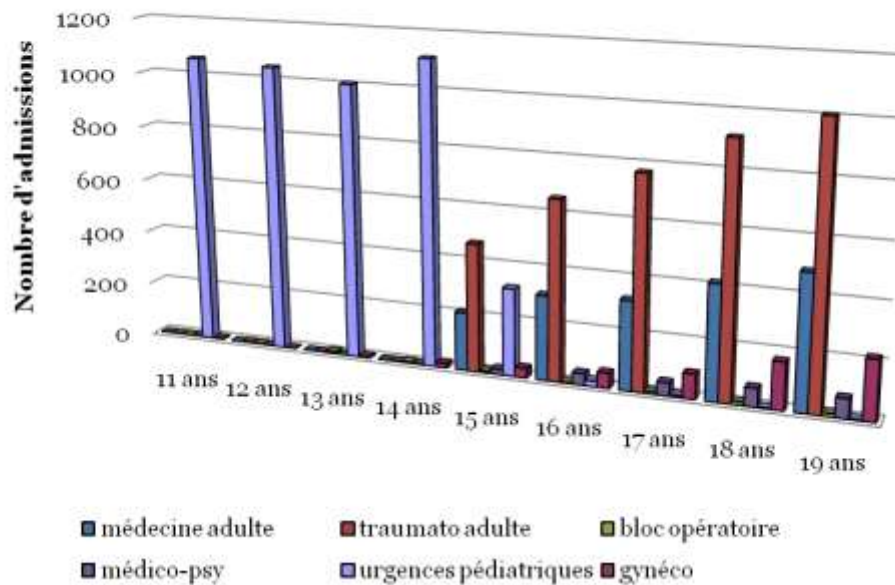
Figure 5. Admissions des garçons



Les adolescents sont théoriquement accueillis aux urgences adultes à partir de 15 ans et 3 mois, mais la figure suivante montre qu'il existe des cas particuliers puisque l'on retrouve encore des adolescents de 16 et 17 ans aux urgences pédiatriques (30% des adolescents de 15 ans sont accueillis aux urgences pédiatriques et 2% des adolescents de 16 ans). Ce phénomène s'explique par le fait qu'en pratique, les adolescents traités pour une pathologie chronique sont suivis au-delà de 15 ans par leur pédiatre.

Le nombre d'adolescents consultant aux urgences pédiatriques est à peu près constant entre 11 et 14 ans ; en traumatologie adulte, il augmente nettement en fonction de l'âge à partir de 15 ans.

Figure 6. Répartition des admissions par secteur en fonction de l'âge



A Saint-Nazaire, avait été mise en évidence une baisse du taux de fréquentation des urgences par les adolescents de 15 ans. Nous n'avons pas retrouvé ce résultat : à Nantes, c'est la tranche d'âge des 13 ans qui est la moins représentée.

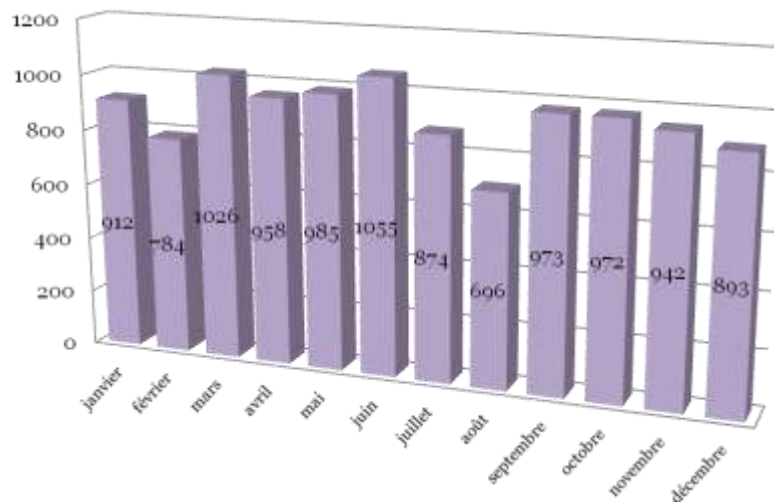
III.2.3 Répartition en fonction de la période

III.2.3.1 Le mois

Le nombre maximum d'admissions se fait en juin (9,5%) puis en mars (9,3%). On observe un creux en juillet-août avec seulement 7,9% d'admissions en juillet et 6,2% en août.

En hiver, il y a globalement moins d'admissions (avec 7% seulement en février) qu'au printemps et en automne.

Figure 7. Répartition des admissions selon le mois



Le « pic » de consultations noté en juin, semble concorder avec une augmentation du nombre d'admissions de garçons, comme le montre la figure 8.

Figure 8. Répartition des admissions par sexe en fonction du mois

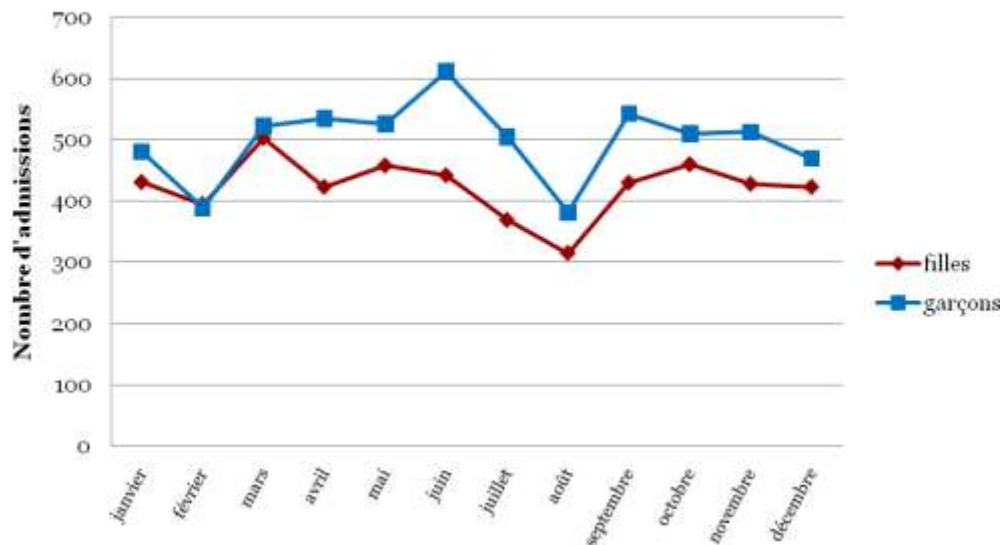
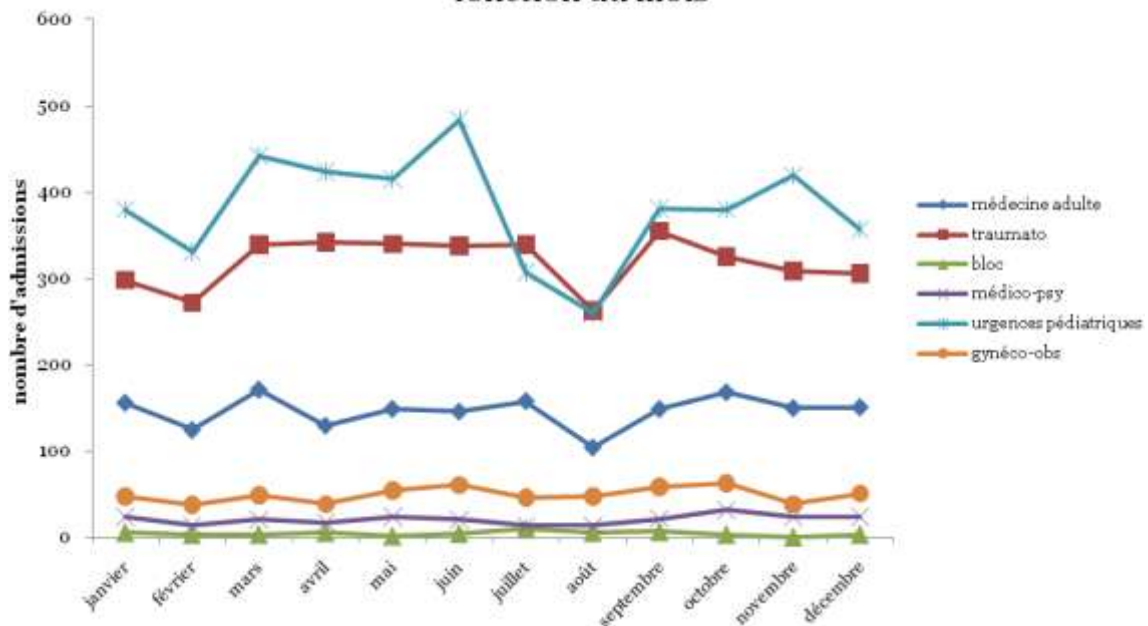


Figure 9. Répartition des admissions par secteur en fonction du mois



On note un pic de consultations au mois de juin aux urgences pédiatriques, qui enregistrent 10,6% des admissions de l'année, pic non retrouvé dans les autres secteurs.

De même, on observe un creux dans le nombre d'admissions en juillet et août, surtout marqué pour les urgences pédiatriques. A noter que la baisse de fréquentation au mois de juillet n'est pas retrouvée dans les autres secteurs.

A l'inverse, c'est en juillet que l'on retrouve le plus grand nombre d'admissions au bloc opératoire de manière directe (17%).

Dans le secteur médico-psychologique, c'est au mois d'octobre que l'on voit le plus d'adolescents (13%).

En traumatologie adulte, le chiffre est à peu près constant tout au long de l'année avec un maximum d'admissions en septembre (9,3%).

En médecine adulte, le mois de mars est le plus représenté avec 9,7% des passages annuels.

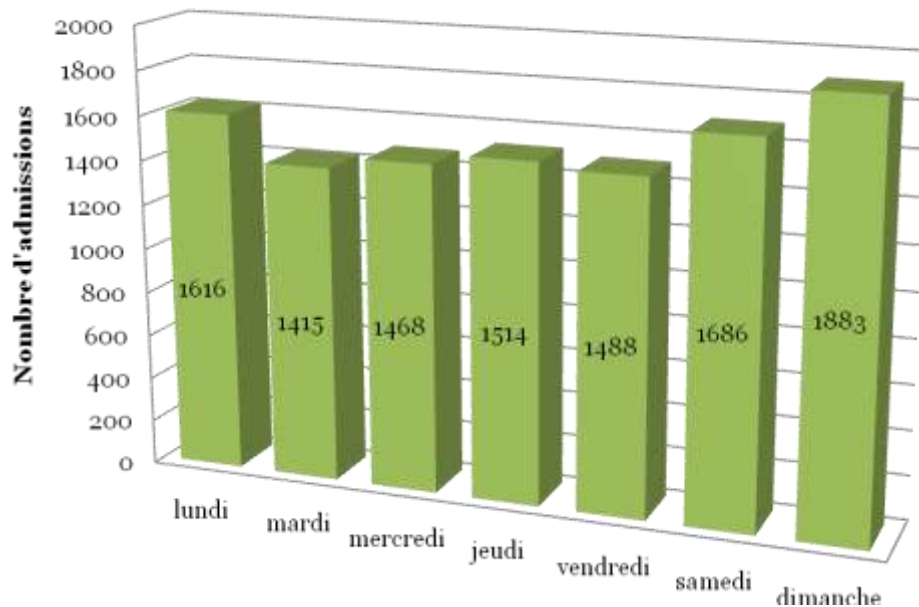
III.2.3.2 Le jour

Plus de 30% des admissions se font le week-end (avec 15,2% le samedi et 17% le dimanche). Le jour de semaine où les urgences sont le plus fréquentées par les

adolescents est ensuite le lundi avec 14,6% des passages. La même constatation avait été faite à Saint-Nazaire (52).

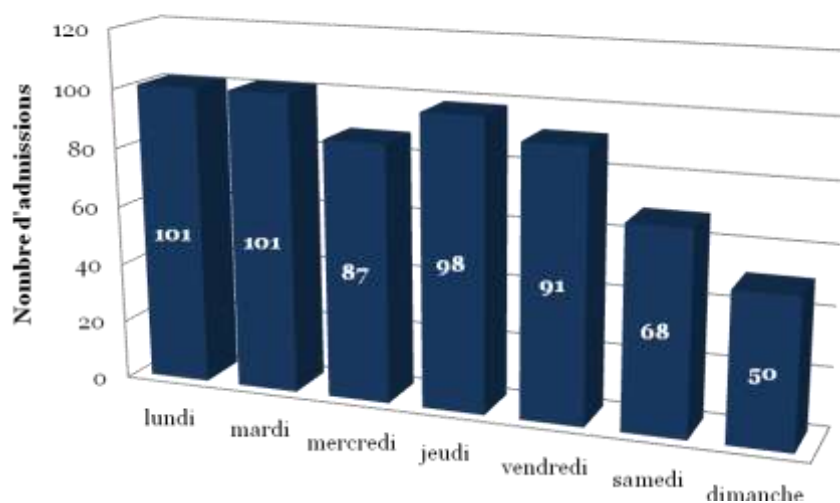
Les adolescents sont moins fréquemment admis le mardi (12,8%), à la différence de Saint-nazaire où il s'agissait du mercredi.

Figure 10. Répartition des admissions en fonction du jour



Par contre, aux urgences gynéco-obstétricales, le nombre d'admissions est nettement inférieur le week-end (19,7% pour le samedi et le dimanche).

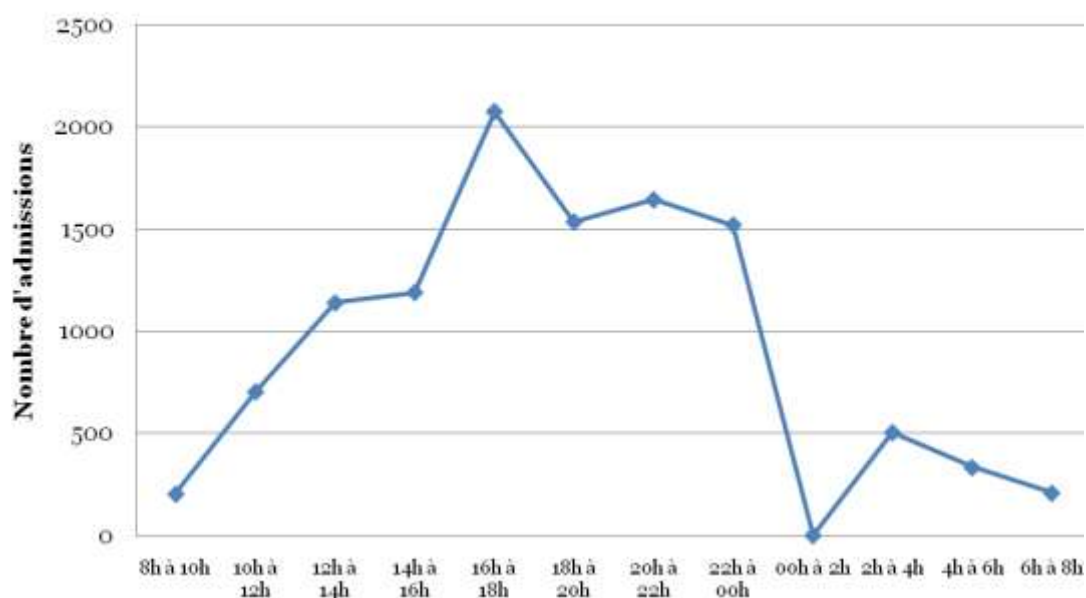
Figure 11. Répartition des admissions aux urgences gynécologiques en fonction du jour



III.2.3.3 L'heure

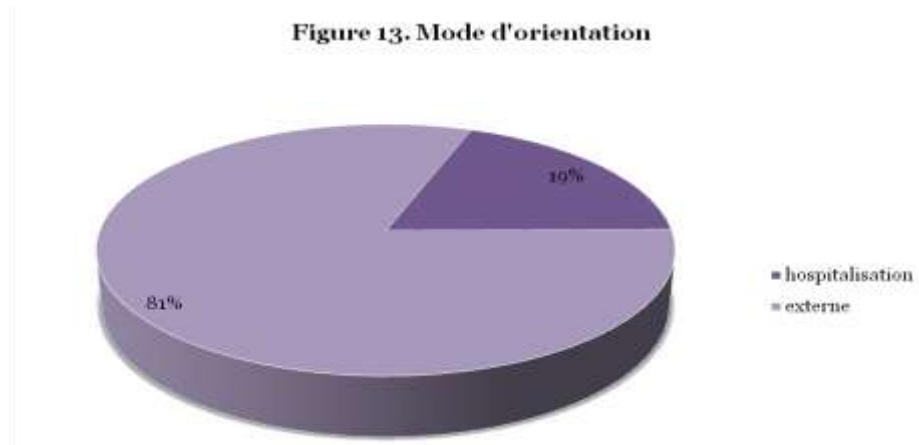
La tranche horaire 12h-20h a été utilisée par 54% des adolescents alors que 9,5% ont consulté de minuit à 8h. On constate un pic des consultations entre 16h et 18h, également retrouvé à Saint-Nazaire.

Figure 12. Répartition des admissions en fonction de l'heure

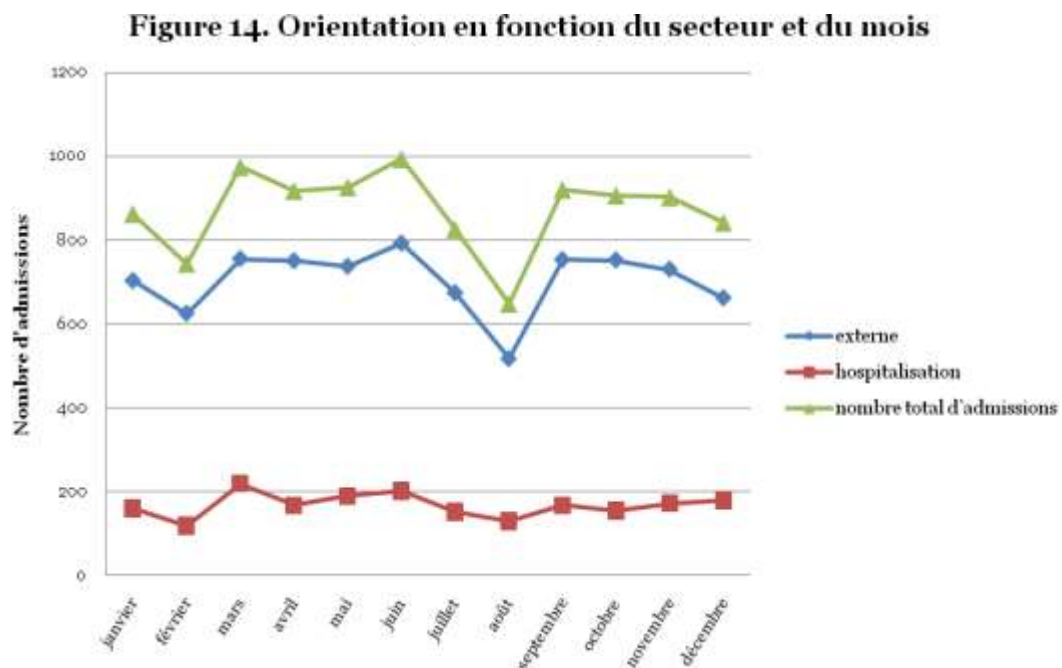


III.2.4 Mode d'orientation

19,3% des adolescents ayant consulté aux urgences en 2006, ont été hospitalisés (contre 31% tous âges confondus).



Le taux d'hospitalisation reste à peu près constant tout au long de l'année malgré une forte diminution de la fréquentation des urgences en août notamment.



Il apparaît très faible pour les admissions en traumatologie adulte (9,4%) alors qu'il est de 31% en médecine adulte, 30,3% en secteur médico-psychologique et 21,5% aux urgences pédiatriques. Quant aux admissions directes par le bloc opératoire, l'hospitalisation est quasiment toujours de rigueur (93,2% des cas).

III.3 Analyse descriptive détaillée sur les mois de janvier et mai 2006

Sur ces 2 mois de l'année, on recense 1897 passages d'adolescents.

L'étude n'a porté que sur 1791 dossiers ; certains étaient indisponibles ou comportaient trop d'éléments manquants pour l'analyse des données.

III.3.1 L'âge

Dans cette cohorte de patients, on compte 973 garçons (54%) et 818 filles.

Leur moyenne d'âge est de 15,4 ans, (15,3 ans pour les garçons et 15,5 ans pour les filles), moyenne légèrement inférieure à celle observée sur toute l'année 2006.

La moyenne d'âge des patients admis en médecine et en chirurgie est identique et égale à 15,2 ans. Elle est plus élevée en psychiatrie où elle atteint 16,4 ans et en gynécologie où elle est égale à 18 ans.

III.3.2 Les modes d'admission

L'arrivée aux urgences se fait essentiellement suite à la décision des parents ou du tuteur (49%) et on constate que 5% semblent eux-mêmes à l'origine de leur admission.

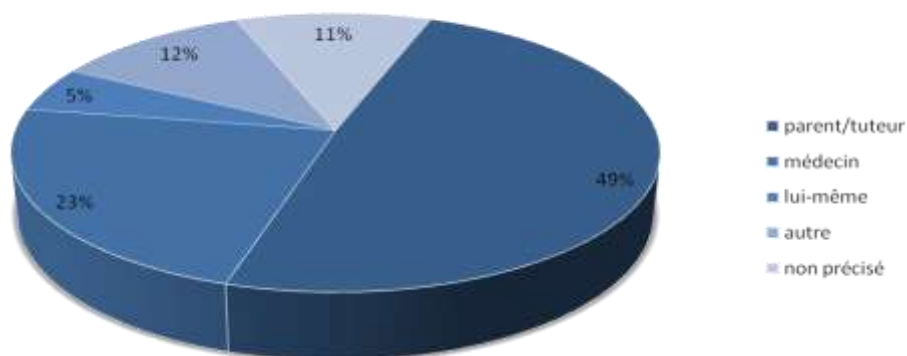
23% seulement sont adressés par un médecin. C'est légèrement plus qu'à Saint-Nazaire où ils étaient 20%

Pour le reste des adolescents, ce sont souvent l'école ou les entraîneurs de sport qui sont à l'origine de l'admission aux urgences.

Au total, au moins 66% n'ont pas consulté avant de venir aux urgences, résultat superposable à celui de Saint-Nazaire (65%). Dans 11% des cas, le mode d'admission n'était pas précisé.

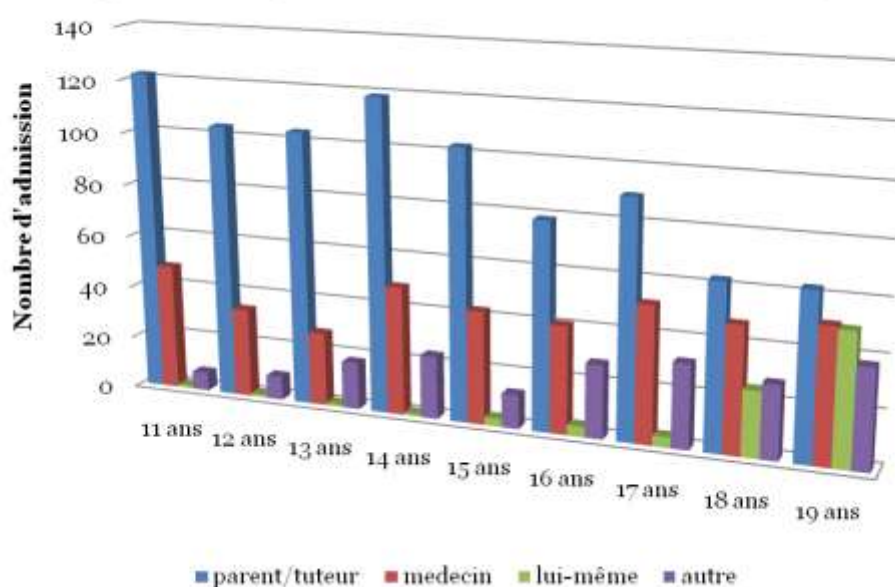
Parmi les patients adressés par un médecin, 24% sont hospitalisés, alors qu'on ne note que 17% d'hospitalisations lorsque dans le cas contraire. La différence est statistiquement significative ($p=0,0002$), ce qui tend à montrer que le recours aux urgences paraît moins souvent justifié lorsque les adolescents sont adressés par leurs parents.

Figure 15. Origine de l'admission



Plus l'adolescent est jeune, plus la famille est à l'origine de l'admission aux urgences. Plus il est âgé, plus il est lui-même à l'origine de son admission.

Figure 16. Origine de l' admission en fonction de l'âge



La suite de l'étude sur les modes d'admissions ne tient pas compte du secteur gynéco-obstétrique, où trop de données faisaient défaut.

71% sont accompagnés des parents ou d'un autre membre de la famille (contre 75% à Saint-Nazaire et 85,3% à l'AP-HP).

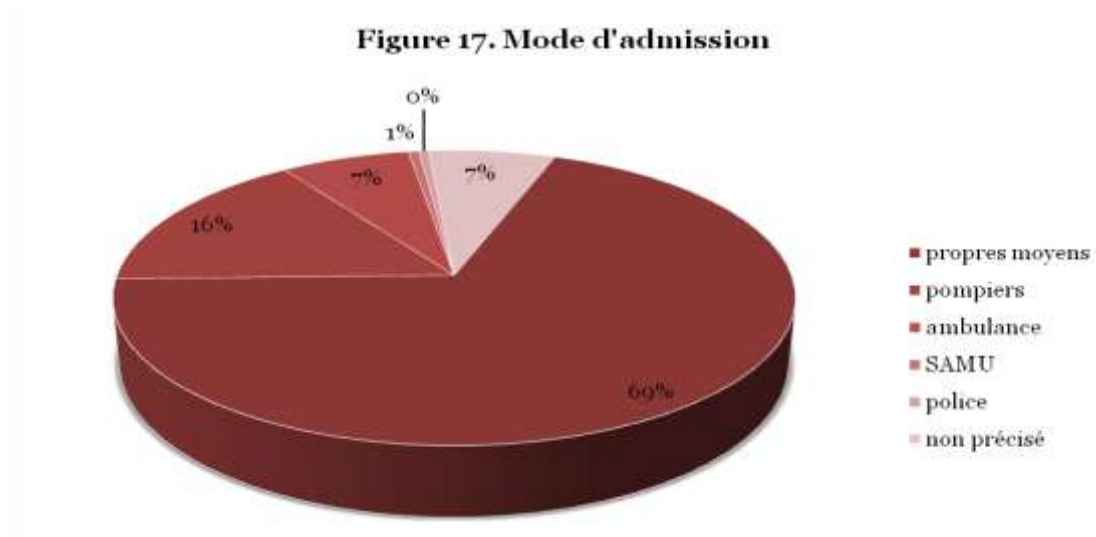
14% se présentent seuls aux urgences, davantage les garçons que les filles (60,5% vs 39,5%). Plus l'adolescent est âgé, plus il est susceptible de venir consulter seul (moyenne d'âge 17,4 ans, vs 14,5 ans pour les adolescents

accompagnés). Ils étaient 14,7% à APHP et seulement 7% à Saint-Nazaire à venir seuls.

69% des adolescents arrivent par leurs propres moyens et 24% par un autre moyen (16% avec les pompiers, 7% en ambulance, 0,5% par le SAMU et 0,5% avec la police). 7% des dossiers n'étaient pas renseignés.

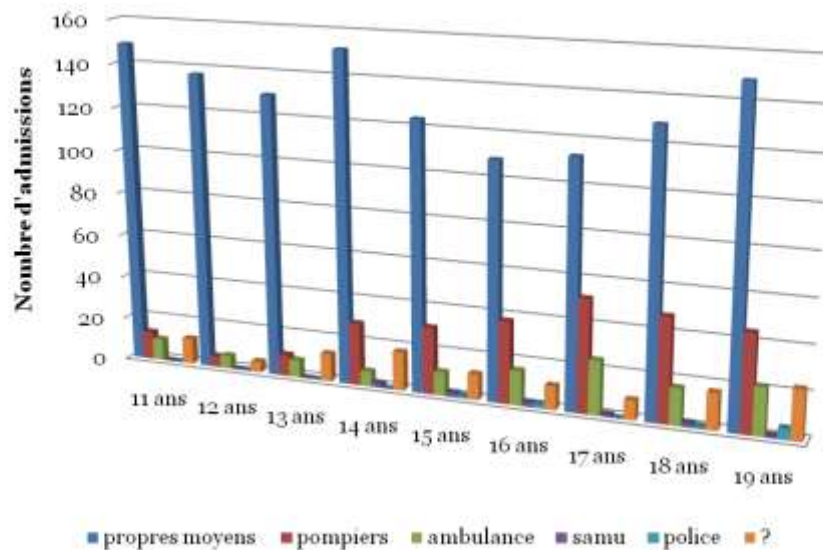
Les filles sont moins nombreuses que les garçons à arriver avec la police (0,7% des garçons, 0,3% des filles) mais plus nombreuses à arriver par ambulance (8% vs 6%). Cependant, la différence n'est pas significative ($p=0,1968$ et $p=0,1889$ respectivement).

Il n'y a pas de différence en fonction du sexe pour l'arrivée par les pompiers ($p=0,9266$).



Globalement, plus l'adolescent est âgé, plus il est susceptible d'arriver dans un véhicule sanitaire.

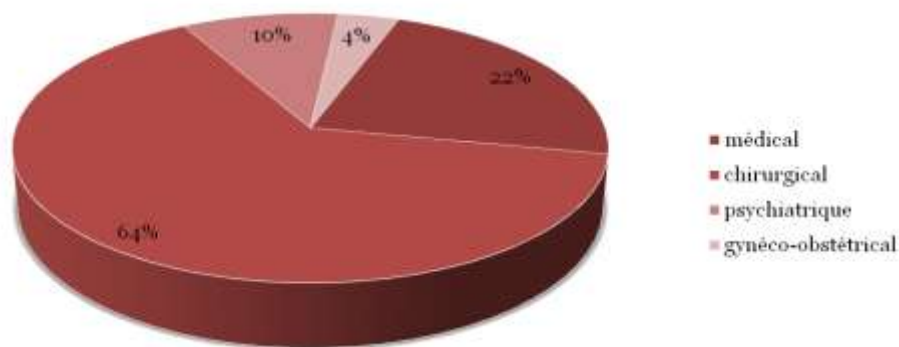
Figure 17 bis. Mode d'arrivée suivant l'âge



III.3.3 Les motifs d'admission

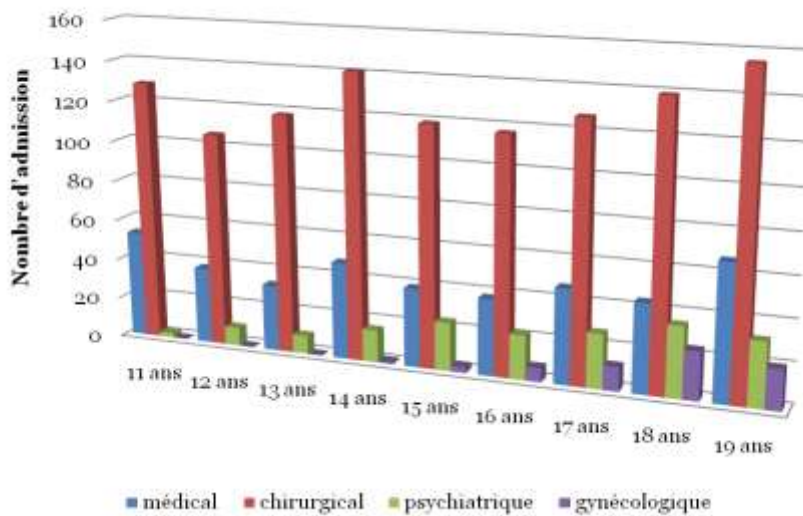
La figure 18 montre que 64% des admissions sont d'ordre chirurgical. Au deuxième rang, on retrouve les pathologies médicales, qui représentent 22% des motifs d'admission. Enfin, 10% des adolescents sont admis pour un motif psychiatrique et 4% pour un motif gynéco-obstétrical.

Figure 18. Répartition des motifs d'admission



On remarque sur la figure 19 que les motifs d'admission sont indépendants de l'âge de l'adolescent, avec toutefois un peu plus d'urgences psychiatriques après 15 ans. De même, les urgences gynéco-obstétricales accueillent surtout des adolescentes de plus de 15 ans.

Figure 19. Répartition des motifs d'admission selon l'âge

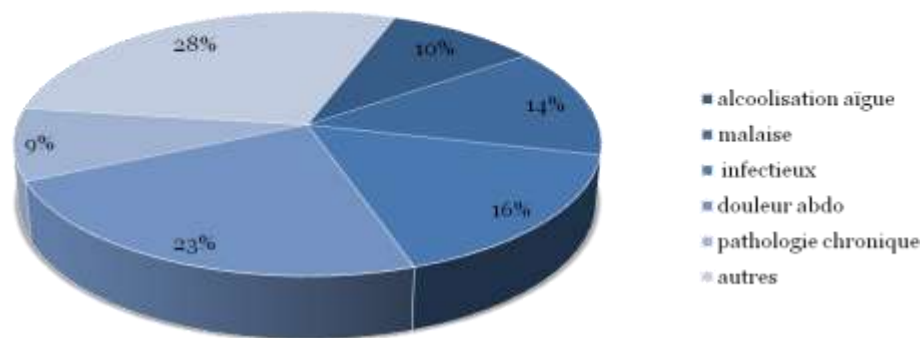


III.3.3.1 Motifs médicaux

Ils représentent 22% des motifs de consultation et sont plus fréquemment rencontrés chez les filles.

27% d'entre-elles consultent pour motif médical contre seulement 19,2% des garçons ($p = 0,0001$).

Figure 20. Motifs médicaux



a) Les douleurs abdominales

Elles sont fréquentes, représentent 23% des motifs médicaux et 5,3% du total des admissions.

Ce sont majoritairement des filles (65%) et la différence est significative en fonction du sexe : 7,6% des filles consultent pour douleur abdominale contre seulement 3,4% des garçons ($p=0,0001$).

Ont été exclus les syndromes appendiculaires, classés dans les motifs chirurgicaux.

b) Les pathologies infectieuses

Elles sont à l'origine de 16% des admissions pour motif médical et 3,7% du total des admissions.

c) Les malaises

Ils sont également fréquents, représentant 13,5% des pathologies médicales et 3% de la totalité des admissions.

Les filles sont là encore majoritaires (64%), de manière significative : 4,3% des d'entre elles consultent pour malaise contre seulement 2% des garçons ($p=0,0066$).

d) L'alcoolisation aigue

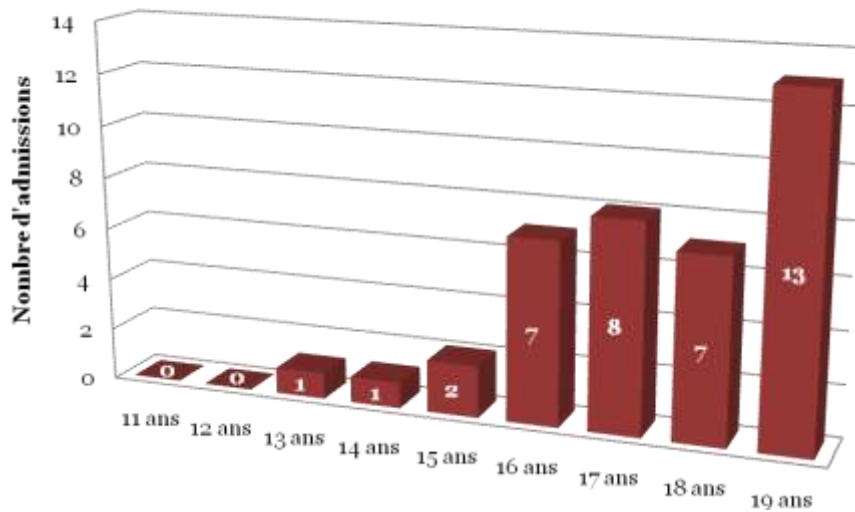
J'ai choisi de classer ce motif parmi les motifs médicaux, car si la prise en charge psychiatrique est indispensable afin d'éviter la banalisation et donc les récives, la prise en charge médicale est prioritaire à l'arrivée au SAU.

Sur les 2 mois de l'année étudiés, on retrouve 39 cas d'alcoolisation aigue (dont 85% de garçons), ce qui représente 9,6% des motifs médicaux.

La moyenne d'âge de ces adolescents est de 17,1 ans (17,7 ans pour les filles et 17,3 ans pour les garçons). Nous n'avons pas retrouvé de cas chez les 11-12 ans.

48,7% étaient mineurs.

Figure 21. Répartition des admissions pour alcoolisation aigüe en fonction de l'âge



Sur l'ensemble des admissions, cela représente 2,2% des passages. C'est un motif significativement plus important chez le garçon : 3,4% des garçons contre 0,7% des filles ($p=0,0003$).

Or, ici ne sont recensés que les adolescents pour lesquels il s'agissait du motif principal d'admission, ce qui sous-estime très certainement ces chiffres.

Dans 41% des cas, ce n'était pas le seul motif de consultation : on retrouve 1 diabète, 3 tentatives de suicide, 1 syndrome anxio-dépressif, 8 accidents de sport, 2 accidents de la voie publique et 1 agression.

Dans notre étude, les mardis, jeudis et dimanches sont les jours les plus représentés ; 23% des admissions ont lieu le week-end.

Figure 22. Répartition des admissions pour alcoolisation aiguë selon le jour

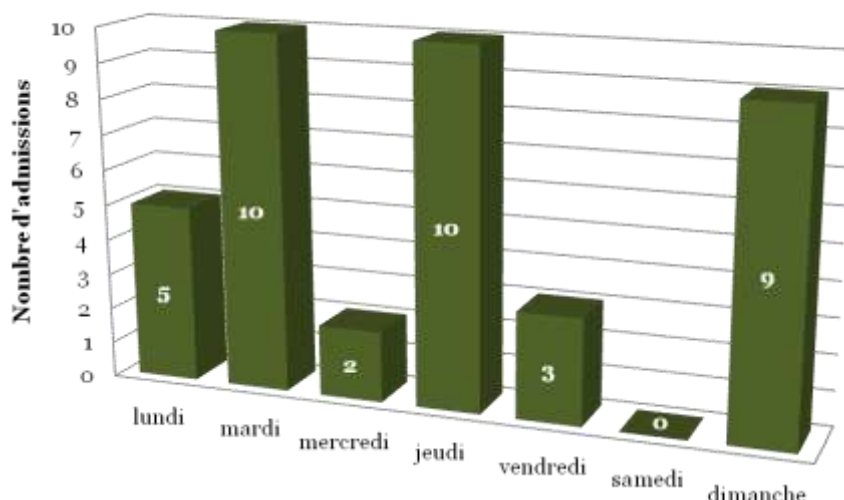
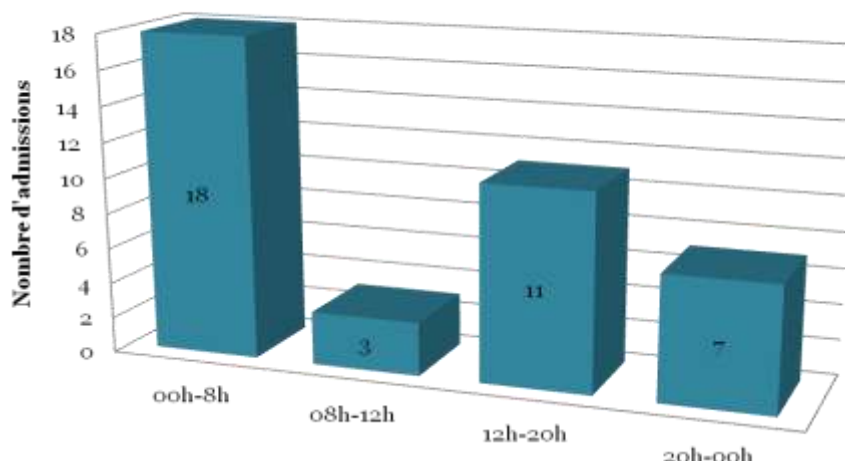


Figure 23. Répartition des admissions pour alcoolisation aiguë selon l'heure



Ils sont principalement admis le soir et la nuit : 64% de 20h à 8h.

La figure 23 montre que des adolescents s'alcoolisent fréquemment pendant la journée, en dehors des « soirées organisées » et parfois même devant l'école, puisque 8% ont été admis entre 8h et 12h et 28% entre 12h et 20h.

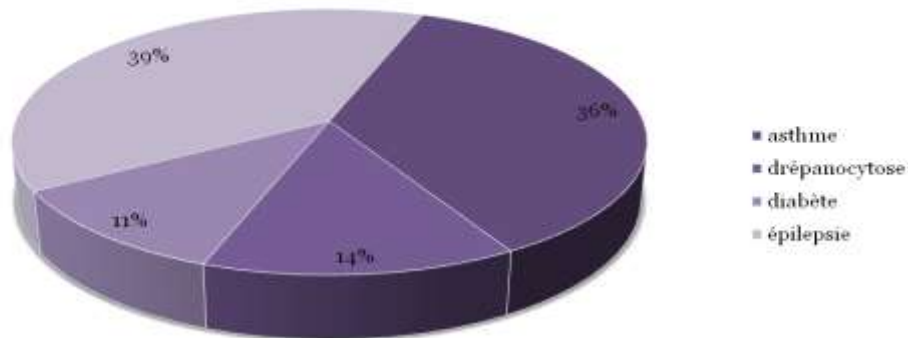
e) Les pathologies chroniques

36 adolescents étaient porteurs d'une pathologie chronique, ce qui représente 8,8% des motifs médicaux et 2% du total des admissions.

Il n'y a pas de différence significative en fonction du sexe ($p= 0,2292$).

Elles sont dominées par 4 pathologies : épilepsie (39%), asthme (36%), drépanocytose (14%) et diabète (11%).

Figure 24. Pathologies chroniques



f) Les autres motifs : 26%

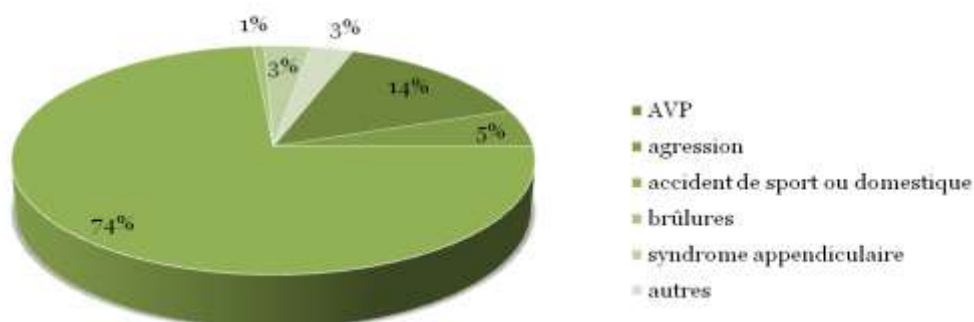
Ils regroupent les symptômes non spécifiques comme les céphalées, les douleurs fonctionnelles, l'asthénie... C'est globalement ce qui est retrouvé dans les autres études : 25% consultaient pour des symptômes non spécifiques à Amiens et 20% à Saint-Nazaire.

III.3.3.2 Motifs chirurgicaux

Ils représentent 64% des motifs de consultation.

On retrouve principalement 5 motifs : les accidents de la voie publique (AVP), les agressions, les accidents de sport ou domestiques, les brûlures et les syndromes appendiculaires.

Figure 25. Motifs chirurgicaux



Dans la cohorte de patients, il y a presque 2 fois plus de garçons que de filles (64% vs 36%).

La répartition des motifs chirurgicaux est globalement superposable dans les 2 sexes, avec tout de même plus de syndromes appendiculaires chez les filles (5% vs 2%) mais la différence n'est pas significative ($p=0,23$).

Figure 26. Motifs chirurgicaux chez les filles

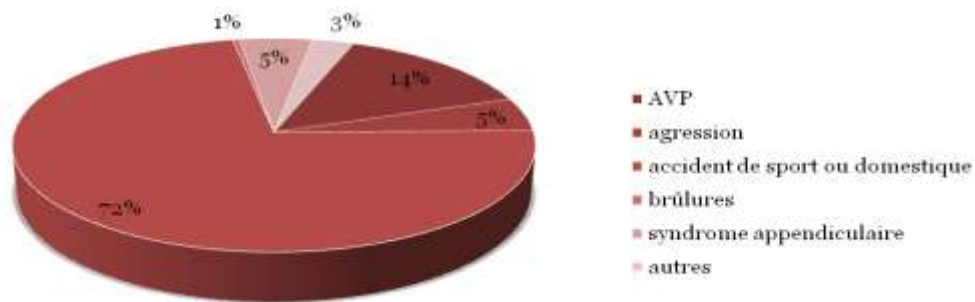
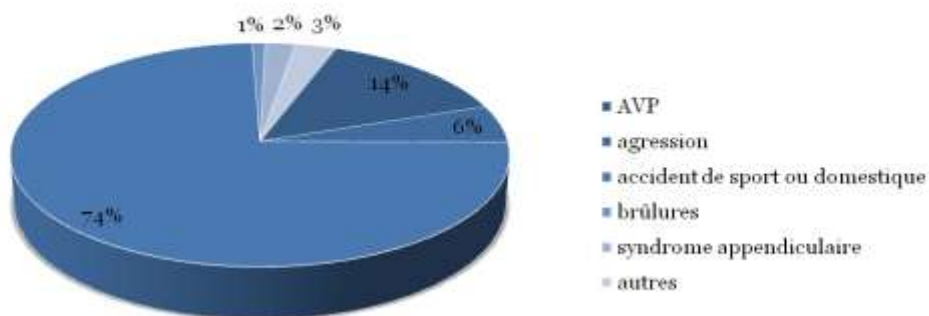


Figure 27. Motifs chirurgicaux chez les garçons



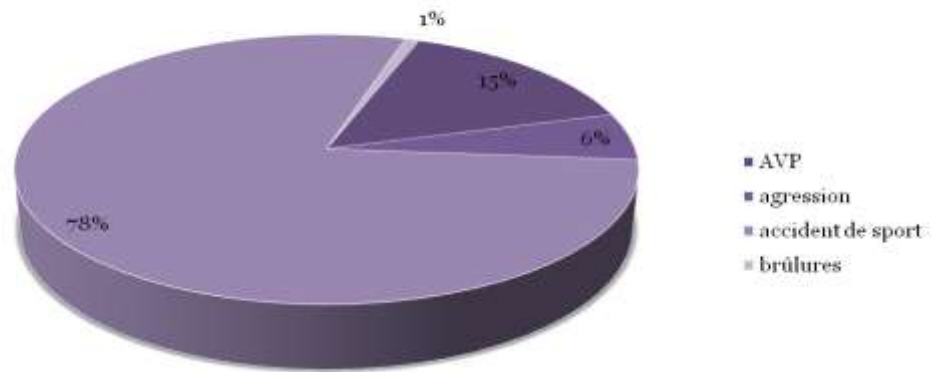
On peut diviser les urgences chirurgicales en 2 catégories : les causes traumatologiques et les causes non traumatologiques.

a) Les causes traumatologiques

Elles regroupent les accidents de sport, domestiques ou de loisirs (78%), les accidents de la voie publique (15%), les agressions (6%), et les brûlures (1%).

Elles représentent 93,8% (93,2% à Saint-Nazaire) des admissions pour motif chirurgical (92% chez les filles et 94,8% chez les garçons).

Figure 28. Motifs traumatologiques



Elles sont significativement plus importantes chez les garçons : 72% des garçons contre seulement 47% des filles consultent pour un motif traumatologique ($p=0,0000$).

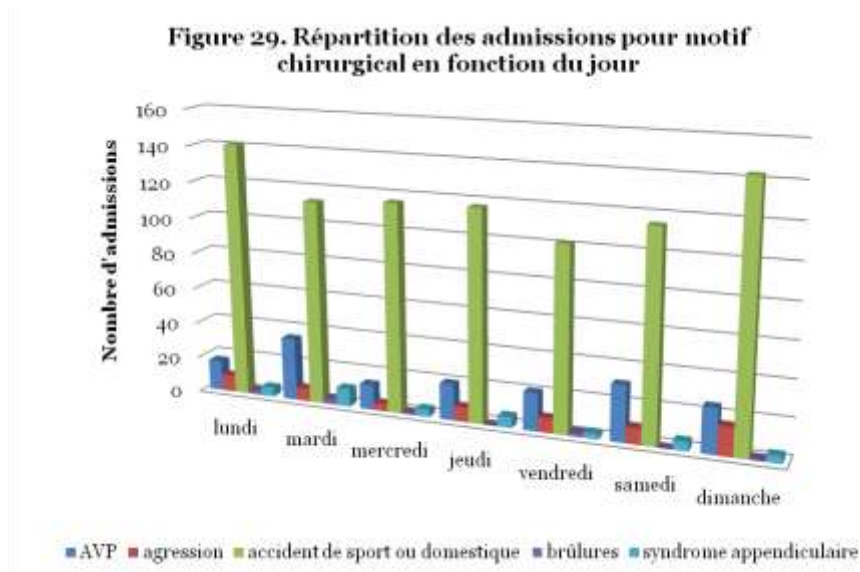
Sur l'ensemble des admissions, cela représente environ 60% des motifs de consultation des adolescents de 11 à 19 ans, ce qui est inférieur à Saint-Nazaire où l'on retrouvait un chiffre de 75%.

Analyse en fonction du jour de la semaine

35% des accidents de la voie publique (AVP) sont admis le week-end (19% le samedi et 16% le dimanche) et 21% le mardi.

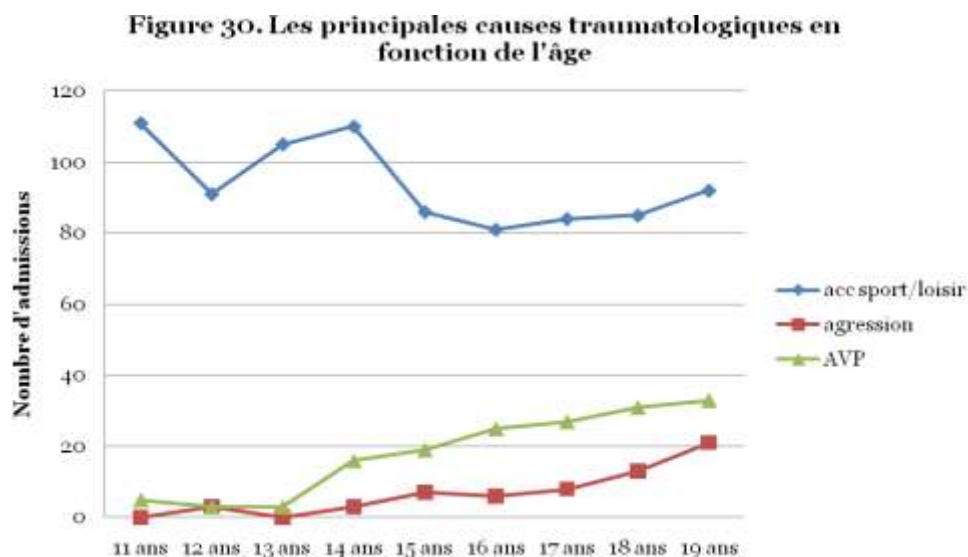
Les agressions sont également plus fréquentes le week-end (26% le dimanche, 14,8% le samedi).

Les accidents de sport sont majoritairement admis le dimanche et le lundi (17% chacun).



Analyse en fonction de l'âge

Les accidents de sport, domestiques ou de loisirs sont globalement plus fréquents chez les 11-14 ans puis diminuent pour rester à peu près constants entre 15 et 19 ans. Par contre, le nombre d'agressions et d'accidents de la voie publique augmente avec l'âge.



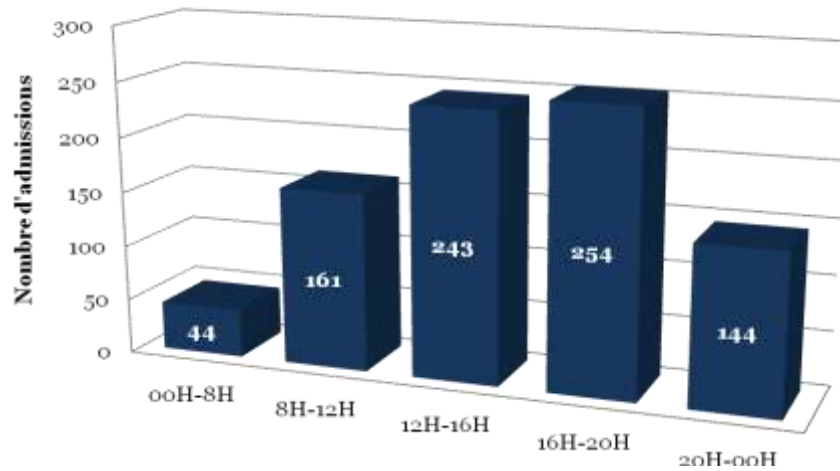
Les accidents de sport ou domestiques : 74% des motifs chirurgicaux.

Ces adolescents sont en moyenne âgés de 14,8 ans. Ils représentent 49% de l'ensemble des admissions.

56% des garçons consultent pour ce motif contre 37% des filles (p= 0,0000).

59% d'entre eux sont admis entre 12h et 20h.

Figure 31. Admissions pour accidents de sport et domestiques selon l'heure



Les AVP : 14% des motifs chirurgicaux

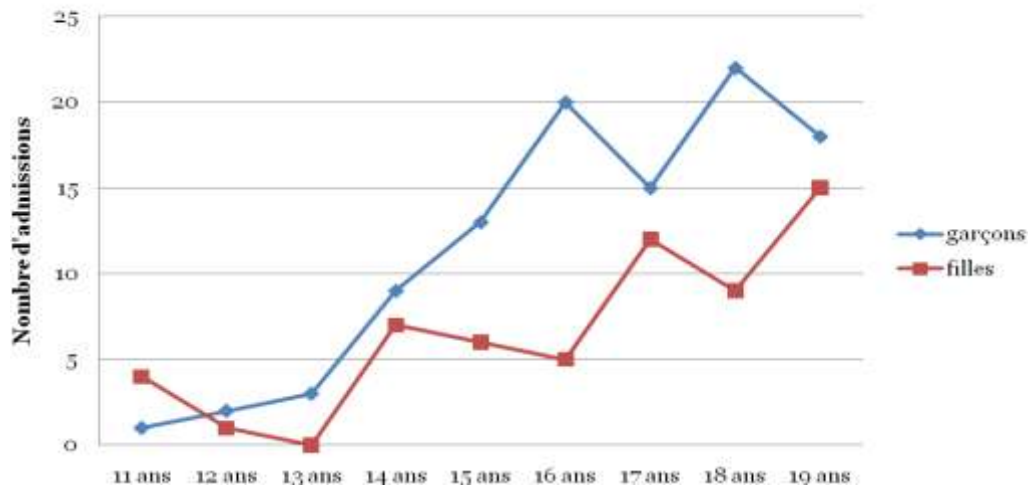
La moyenne d'âge des ces adolescents est 16,5 ans.

Sur le total des admissions, cela représente 9% des motifs avec plus de 10% des garçons (10,7%) et 7,2% des filles qui y sont confrontés. La différence est significative ($p = 0,0109$).

Ce motif est très représenté chez les adolescents, ce qui témoigne de la fréquence des conduites à risque à cette période de la vie.

Globalement, le risque augmente avec l'âge, de manière plus tardive chez les filles que chez les garçons. 6% des accidents sont dus aux AVP chez les 11-14 ans alors qu'ils représentent 24% des accidents chez les 15-19 ans.

Figure 32. Admissions pour AVP en fonction de l'âge et du sexe



Les agressions : 5% des motifs chirurgicaux.

La moyenne d'âge est de 17,15 ans. Elles représentent 3,4% des motifs de consultation sur l'ensemble des admissions.

2,6% des filles consultent pour agression contre 4% des garçons, ce qui ne fait pas de différence significative ($p=0,0728$).

Les brûlures : 0,8% des motifs chirurgicaux.

On retrouve 22% de filles et 78% de garçons. La moyenne d'âge est de 14,7 ans.

b) Les causes non traumatologiques

Les syndromes appendiculaires : 3,2% des motifs chirurgicaux (3,1% à Saint-Nazaire) et 2% du total des admissions.

On retrouve 57% de filles en moyenne âgées de 15 ans et 43% de garçons en moyenne âgés de 13 ans. Cette différence s'explique probablement par les dysménorrhées et autres douleurs pelviennes (kystes ovariens...), qui font craindre une appendicite et nécessitent des examens complémentaires aux urgences.

2,6% des filles consultent pour syndrome appendiculaire contre 1,6% des garçons. Il n'y a pas de différence significative en fonction du sexe ($p=0,1714$).

Les autres motifs : 3%

Panaris, torsion testiculaire...

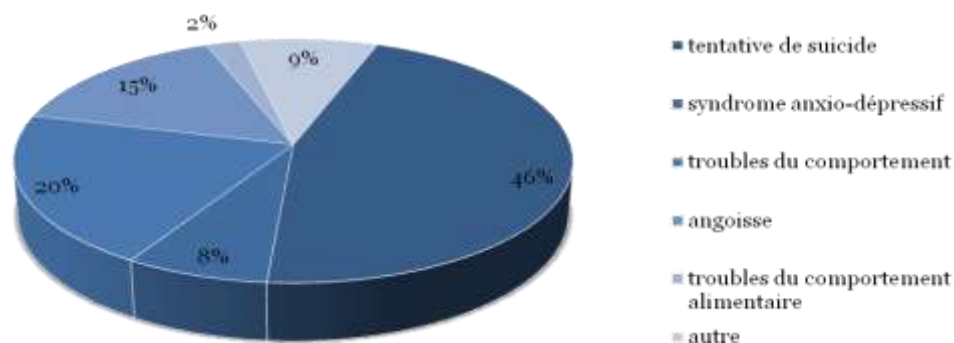
III.3.3.3 Les motifs psychiatriques

Ils représentent 9,9% des motifs de consultation, avec significativement plus de filles que de garçons ($p=0,0000$) puisqu'elles sont presque deux fois plus nombreuses (66% vs 34% de garçons).

La moyenne d'âge est plus élevée que pour les motifs médicaux et chirurgicaux (16,4 ans en psychiatrie contre 15,2 ans pour les motifs médicaux et chirurgicaux).

Le motif le plus fréquent est représenté par les idées suicidaires ou tentatives de suicide (46%), puis viennent en deuxième position les troubles du comportement (20%) et enfin les crises d'angoisse (15%) et syndromes anxio-dépressifs (8%).

Figure 33. Les motifs psychiatriques

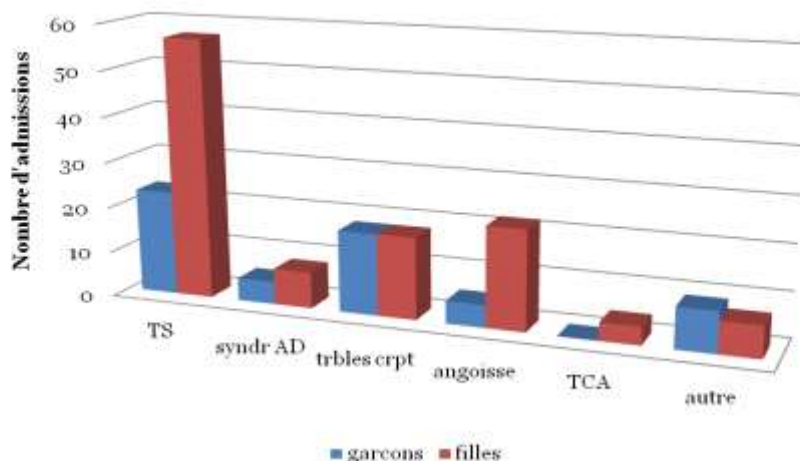


Analyse en fonction de l'âge et du sexe

Les filles sont globalement plus touchées que les garçons, sauf pour les troubles du comportement où l'on retrouve des proportions égales pour les 2 sexes. Cependant, sur la totalité des admissions, elles restent plus nombreuses à consulter pour troubles du comportement (2,2% vs 1,8% des garçons) mais la différence n'est pas significative.

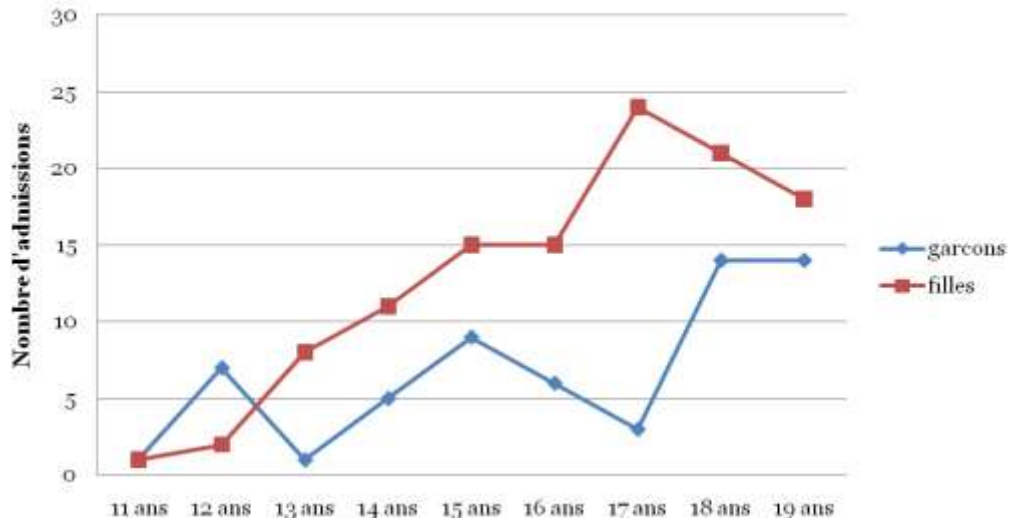
La catégorie « autre », regroupe surtout les psychoses, qui sont par contre plus fréquentes chez les garçons.

Figure 34. Admissions pour motif psychiatrique en fonction du sexe



Le nombre des filles augmente jusqu'à 17 ans puis diminue. On observe la tendance inverse chez les garçons qui sont en plus grand nombre aux âges de 18 et 19 ans.

Figure 35. Admissions pour motif psychiatrique en fonction de l'âge et du sexe



6,9% des 12-14 ans consultent pour trouble psychiatrique alors qu'ils sont 12,4% entre 15 et 17 ans.

Analyse en fonction du jour et de l'heure

Globalement, les admissions pour motif psychiatrique se font principalement du lundi au jeudi (67,2%) avec deux pics : le lundi (21%) et le mercredi (17,5%).

Le jour le moins fréquenté pour les urgences psychiatriques est le vendredi où l'on ne compte que 9% des admissions de la semaine.

Figure 36. Admissions pour motif psychiatrique en fonction du jour

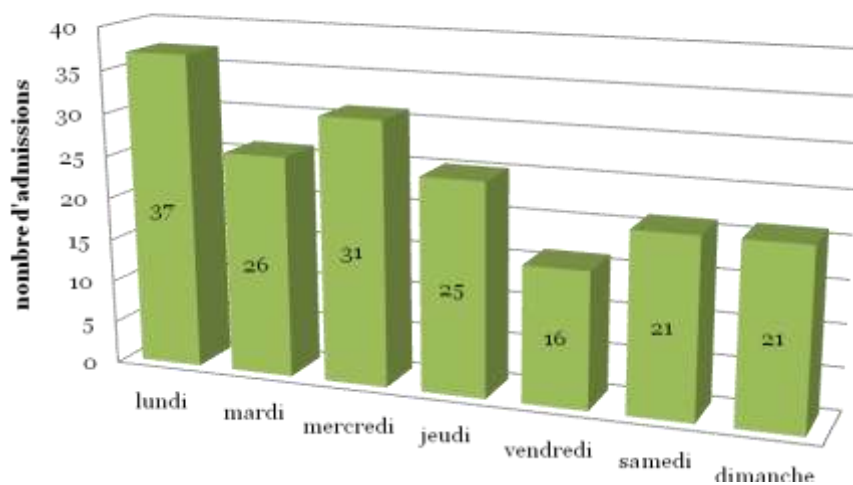
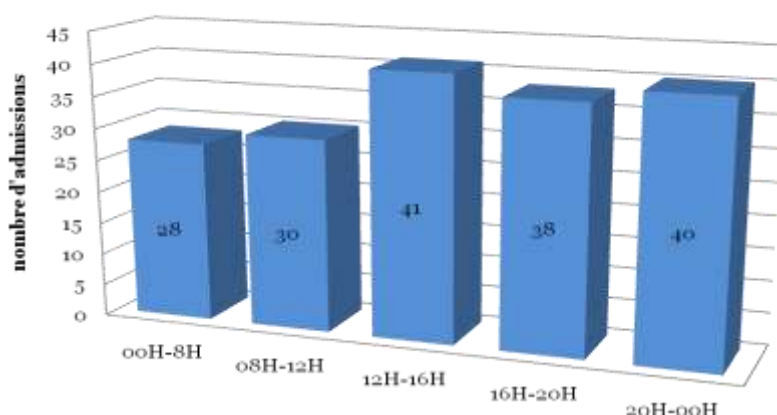


Figure 37. Admissions pour motif psychiatrique en fonction de l'heure



44,6% des admissions pour motif psychiatrique se font entre 12h et 20h et 22,6% entre 20h et minuit.

Idées suicidaires ou tentative de suicide (TS): 46% des motifs psychiatriques.

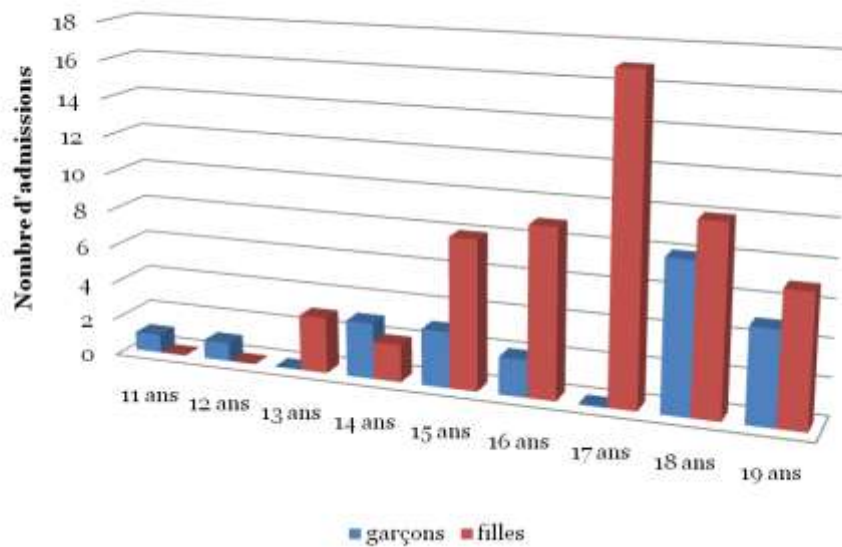
Cela représente 4,5% de l'ensemble des motifs de consultation.

Au total, 7% des filles arrivent aux urgences pour TS, contre seulement 2,4% des garçons. La différence est significative ($p=0,0000$).

Les filles sont en moyenne un peu plus jeunes que les garçons (16,2 ans vs 16,6 ans). La moyenne d'âge globale est de 16,3 ans.

On observe un pic des TS chez les jeunes filles de 17 ans et chez les garçons de 18 ans.

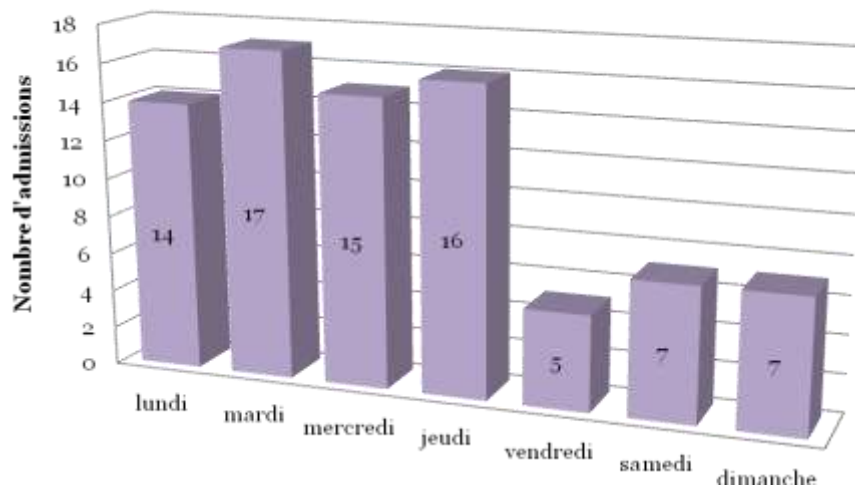
Figure 38. Répartition des TS selon l'âge et le sexe



Les admissions pour TS se font surtout du lundi au jeudi, comme pour l'ensemble des motifs psychiatriques. On observe 2 pics : le mardi (21%) et le jeudi (19,8%).

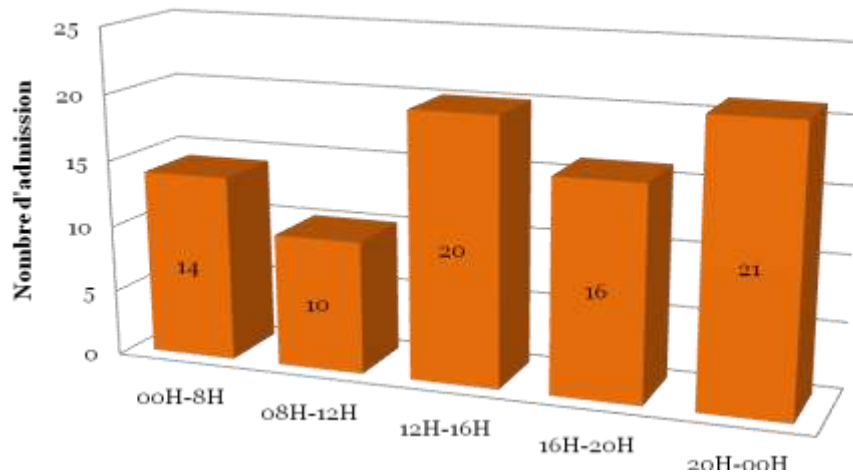
Les adolescents semblent être moins sujets aux idées suicidaires le week-end : 17,3% pour le samedi et le dimanche et seulement 6% le vendredi.

Figure 39. Répartition des admissions pour TS en fonction du jour



50% des admissions pour TS se font entre 12h et 16h et entre 20h et minuit.

Figure 40. Répartition des admissions pour TS en fonction de l'heure



Troubles du comportement ou agitation : 20% des motifs psychiatriques et 2% du total des admissions.

Ils ont en moyenne 15,7 ans et il n'y a pas de différence significative en fonction du sexe : 2,2% des filles consultent pour trouble du comportement, contre 1,9% des garçons ($p=0,6037$).

Crise d'anxiété : 15% des motifs psychiatriques, soit 1,5% de la totalité des admissions.

Parmi eux, 81% de filles et 19% de garçons, en moyenne âgés de 15,9 ans. Significativement plus de filles y sont confrontées : 2,7% des filles consultent pour crise d'anxiété contre seulement 0,5% des garçons ($p=0,0002$).

Syndromes anxio-dépressifs : 8% des motifs psychiatriques, soit 0,7% de l'ensemble des admissions (62% de filles et 38% de garçons)

Ils sont en moyenne âgés de 15,6 ans et il n'y a pas de différence significative en fonction du sexe : 0,98% des filles consultent pour dépression contre 0,5% des garçons ($p=0,2491$).

Troubles du comportement alimentaire : 2 %

On ne retrouve que des filles. Elles ont en moyenne 17,3 ans.

Autres : 9%.

Il s'agit principalement des psychoses et autres troubles psychiatriques non étiquetés.

On a retenu un problème social dans 106 dossiers parmi les 177 adolescents consultant pour un motif psychiatrique, soit pour 60% d'entre eux.

III.3.3.4 Les motifs gynéco-obstétricaux

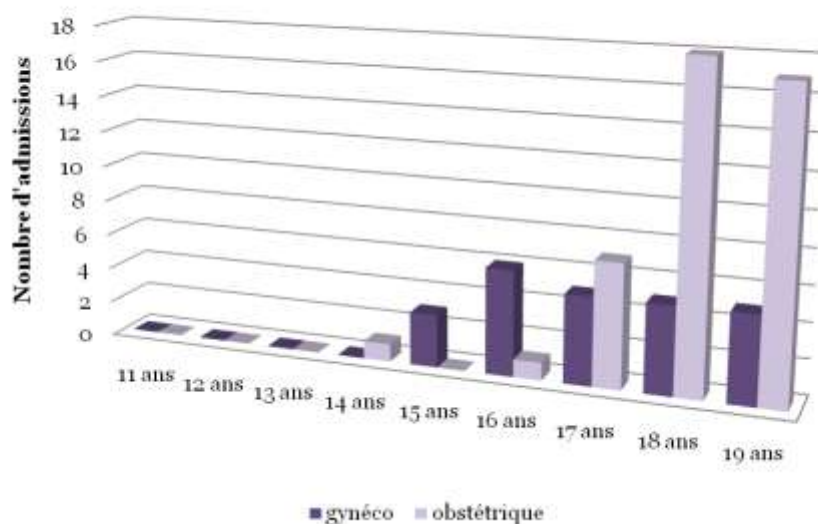
On compte 71 filles, soit 4% des admissions. Deux dossiers ont été exclus car ils étaient trop incomplets.

8,6% des filles au total consultent pour ce motif (et 11,7% sur toute l'année 2006). Donc, en moyenne 1 fille sur 10 qui se rend aux urgences le fait pour un problème gynéco-obstétrical.

36% ont consulté pour un problème gynécologique, avec principalement des douleurs pelviennes, et 64% pour un problème obstétrical. Exactement les mêmes proportions ont été retrouvées à Saint-Nazaire (35% / 65%).

Leur âge est plus élevé que la moyenne de la population étudiée : elles sont en moyenne âgées de 18 ans (17 ans pour la gynécologie et 18,1 ans pour l'obstétrique).

Figure 41. Répartition des motifs gynéco-obstétricaux selon l'âge



L'analyse plus fine des dossiers permet de retrouver quelques particularités : parmi les filles consultant pour pathologie obstétricale, 27% étaient fumeuses, 11,4% avaient un ou plusieurs antécédents d'interruption volontaire de

grossesse et 9% un ou des antécédents de fausses couches spontanées. Ceci montre que les grossesses sont relativement fréquentes à cet âge.

57% avaient un problème social.

4,2% de ces filles sont hospitalisées, 37% ressortent avec une consultation programmée, et 48% sortent sans consultation, 1,4% sont sorties contre avis médical. Dans 9,8% des cas, cela n'était pas précisé.

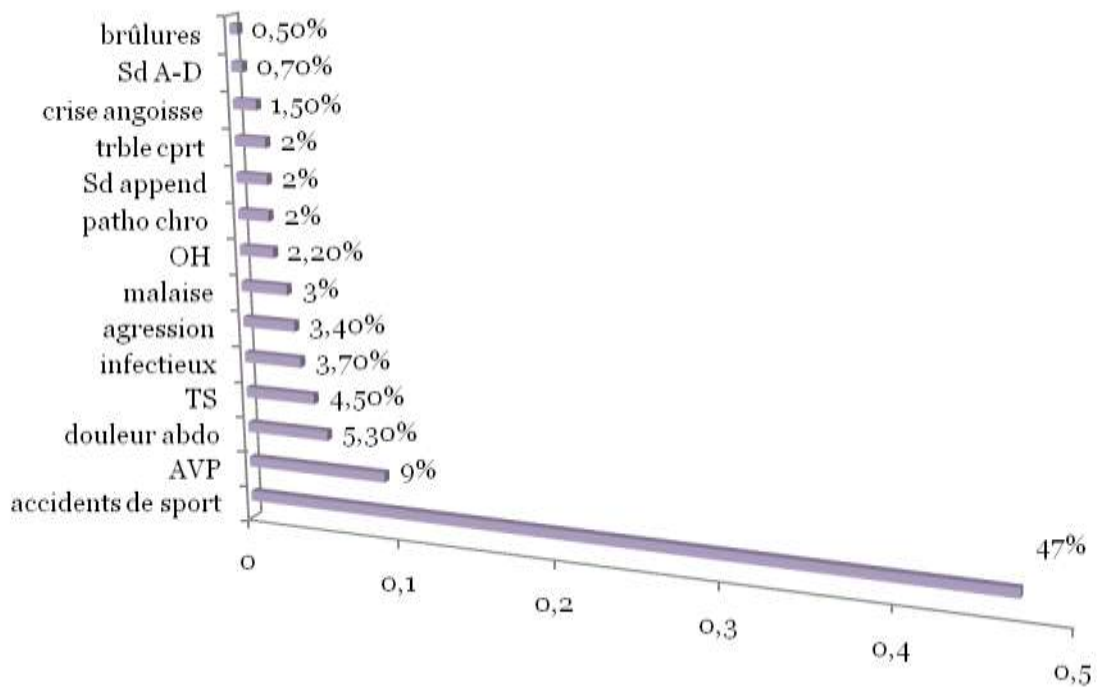
Malheureusement, trop de données manquaient pour évaluer le nombre de filles adressées par un médecin.

Elles arrivent principalement par leurs propres moyens.

Pour résumer

Si l'on regarde la figure 42, on constate qu'un adolescent est autant susceptible de se présenter pour un syndrome appendiculaire ou une pathologie chronique que pour une alcoolisation aigue puisqu'ils représentent chacun 2% des motifs d'admission. En outre, il y a 2 fois plus de risque qu'il se présente pour une tentative de suicide (4,5%), presque 5 fois plus pour AVP (9%) et 25 fois plus pour accident de sport ou domestique.

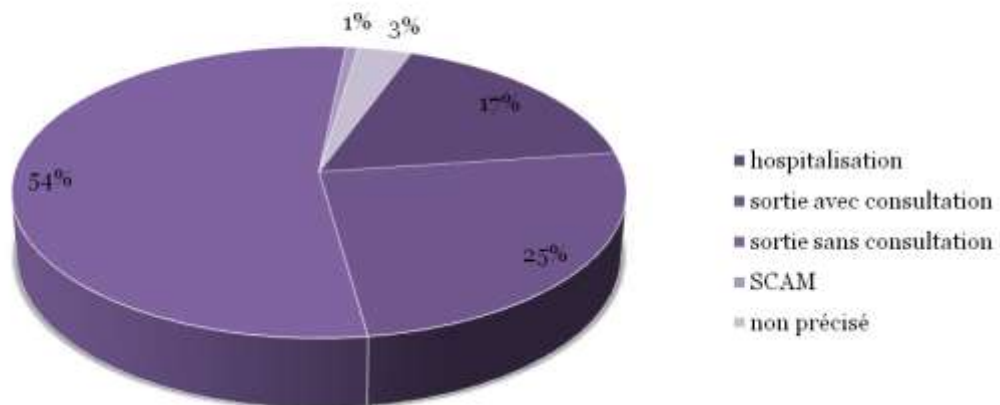
Figure 42. Résumé des motifs d'admission aux urgences



III.3.4 Les modes de sortie des urgences

On retiendra quatre modes de sortie, répartis de la manière suivante :

Figure 43. Mode de sortie



Sur l'ensemble de l'année 2006 à Nantes, le taux d'hospitalisation était de 19,3%, ce qui est un peu inférieur à l'étude de Saint-Nazaire qui retrouvait 21%. Il était de 17% seulement sur les 2 mois de l'année étudiés (figure 43).

25% sont orientés, après la sortie, vers une consultation programmée et 54% retournent à domicile sans rendez-vous (15,6% et 63% respectivement dans l'étude de Saint-Nazaire).

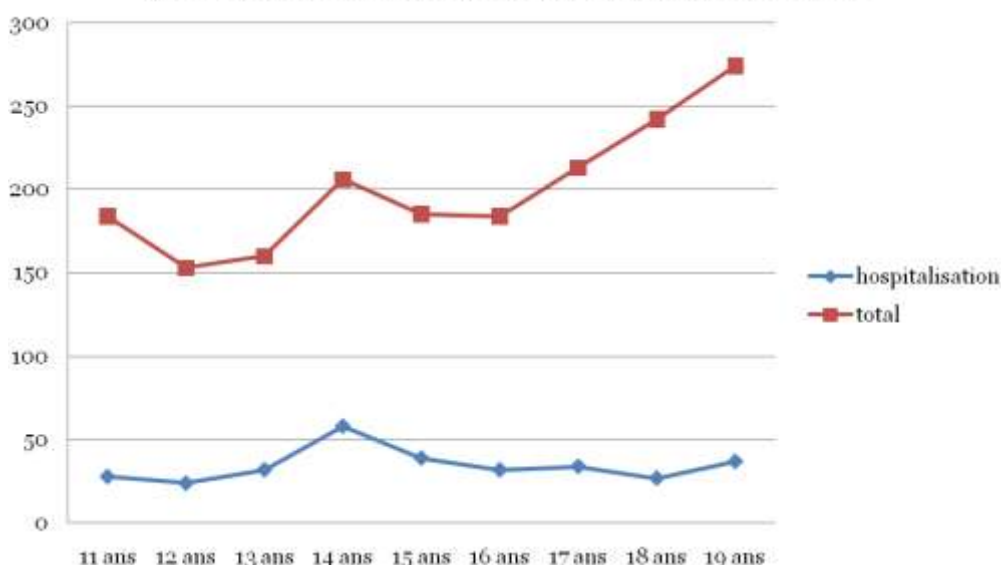
Enfin, 0,7% sortent contre avis médical (contre 0,4% à Saint-Nazaire). Dans 3% des cas, cela n'était pas précisé dans le dossier.

Les filles sont hospitalisées dans 18% des cas et les garçons dans 16,5% des cas. Il n'y a pas de différence significative en fonction du sexe ($p=0,4264$).

Les taux d'hospitalisation sont très variables d'une pathologie à l'autre : le taux le plus important est retrouvé pour les admissions à caractère psychiatrique (42% vs 23% en médecine et 13% en chirurgie).

- Les adolescents admis pour intoxication alcoolique aigue sont hospitalisés dans 41% des cas, et 15,4% ressortent avec une consultation programmée. 5% sont sortis contre avis médical ou ont fugué.
- Après une tentative de suicide, 38% sont hospitalisés et 32% ont une consultation programmée.
- 21% des adolescents admis pour AVP sont hospitalisés alors que seuls 7,5% de ceux admis pour accident de sport ou domestique le sont. Au total, 9,2% des filles sont hospitalisées suite à un accident contre 10% des garçons. La différence n'est pas significative ($p=0,6627$).

Figure 44. Taux d'hospitalisation en fonction de l'âge



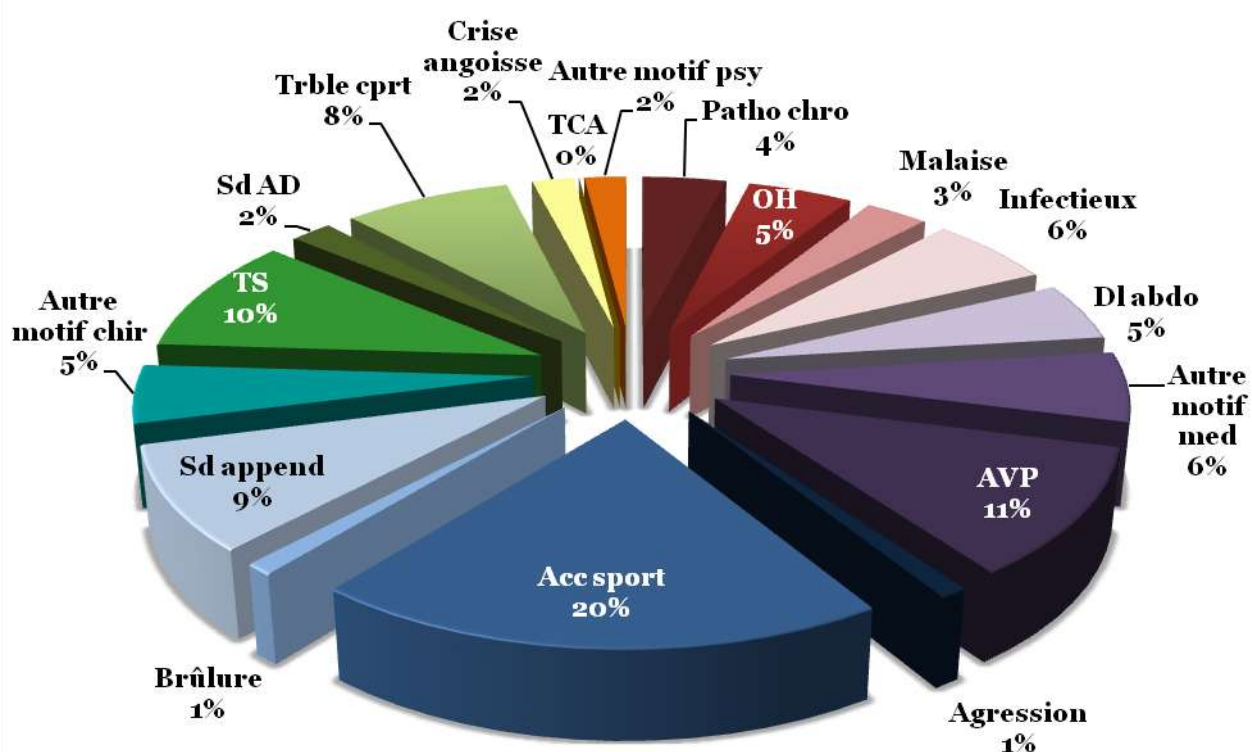
Dans notre cohorte, ce sont les patients de 14 ans qui ont été le plus souvent hospitalisés. 28% d'entre eux le sont contre seulement 13,5% des adolescents de 19 ans.

Globalement, ce sont les plus jeunes qui sont davantage hospitalisés : 20,2% des 11-14 ans sont hospitalisés, contre 15,4% des 15-19 ans.

En résumé, les adolescents hospitalisés sont répartis de la manière suivante :

47% pour un motif chirurgical, 29% pour un motif médical et 24% pour un motif psychiatrique.

Figure 44 bis : Hospitalisations



IV. SYNTHÈSE ET DISCUSSION

IV.1 A propos de la méthodologie

IV.1.1 Les limites de notre étude

IV.1.1.1 Le type de l'étude

Il s'agit d'une enquête rétrospective faite au sein des 3 services d'urgences du CHU de Nantes : les urgences adultes, pédiatriques et gynéco-obstétricales. Les informations ont été recueillies à la fois par l'infirmière d'accueil et d'orientation et par le médecin. L'exactitude de ces informations est donc dépendante d'un facteur humain.

IV.1.1.2 Le recueil des données

Toutes les informations n'ont pas pu être obtenues à partir des données informatiques du service de statistiques de l'hôpital. Un relevé manuel a donc été indispensable à partir des fiches médicales d'admission aux urgences. Or, certaines d'entre elles étaient incomplètes.

Certains dossiers n'ont pu être consultés car ils étaient indisponibles au moment du recueil de données et d'autres ont été exclus car trop de données étaient manquantes.

Concernant les dossiers de gynéco-obstétrique, sur beaucoup d'entre eux, le mode d'admission n'était pas renseigné. Nous n'avons donc pas pu dire si les adolescentes se rendaient d'elles-mêmes aux urgences ou si elles consultaient un médecin auparavant. De même, nous n'avons pas pu dire si elles se rendaient aux urgences par leurs propres moyens ou par un véhicule sanitaire. Enfin, les adolescentes consultant au planning familial n'ont pu être prises en compte.

Pour finir, les dossiers des adolescents de 18 et 19 ans ne contenaient en général pas l'information concernant le mode d'accompagnement, par les parents notamment.

IV.1.2 Les avantages de notre étude

La taille de l'effectif obtenu, 11070 adolescents pour l'année 2006 et 1791 adolescents pour les mois de janvier et mai 2006 permet à cette enquête d'être

représentative du comportement des jeunes face à la demande de soins à Nantes.

Les détails relevés lors de l'étude des dossiers permettent à cette enquête d'être très précise concernant les motifs d'admission, notamment en fonction de la période.

IV.2 Analyse des résultats et comparaison avec la littérature

Le recours des adolescents aux urgences représente plus d'un passage sur dix, soit 11,5% du volume des urgences hospitalières, proportion équivalente à celles des adolescents dans la population générale de la région (11,8%).

Des chiffres similaires sont retrouvés dans d'autres études, notamment à Saint-Nazaire où ils représentaient presque 15% du volume des urgences hospitalières. Sur le plan national, la DRESS estime à environ 10% la part des adolescents de 12 à 17 ans aux urgences (2). Enfin, aux Etats-Unis, ils représentent 15% de la totalité des passages aux urgences (38) et 9% au Royaume-Uni (8).

Pourtant, en France, seules 8% des consultations en médecine générale sont réalisées pour les adolescents (3). On voit donc là, qu'il s'agit d'une population consommant majoritairement des soins hospitaliers. Ils ont l'un des taux de passage aux urgences les plus élevés avec les enfants en bas âge et les personnes âgées alors que 9 adolescents sur 10 s'estiment en bonne santé selon le baromètre santé jeunes 97-98, ce qui met en avant la particularité de la demande de soins de cette population.

Les adolescents consultant aux urgences sont, pour la majorité des garçons (54%) avec un sex-ratio de 1,17, identique au CHU d'Amiens (16) et légèrement inférieur à Saint-Nazaire et à l'AP-HP, où ils étaient respectivement 56,8% et 56%. Ceci contraste avec les chiffres retrouvés à Dublin où ils représentaient les 2/3 des passages (66,6%) (9) ou encore l'étude de Créteil qui retrouvait une majorité de filles (51%) mais cette étude n'englobait que les patients âgés de 15 ans et 3 mois à 18 ans.

L'âge moyen des adolescents est de 15,9 ans à Nantes, 15,1 ans à Saint-Nazaire et à l'AP-HP (15).

L'étude de la répartition des heures d'admission des adolescents au SAU montre un afflux plus important en fin d'après-midi et début de soirée: en effet, la tranche

horaire 16h-20h représente 32,6% des admissions globales et pratiquement 2/3 des admissions ont lieu entre 16h et minuit (61%). La même proportion était retrouvée à Saint-Nazaire pour la tranche horaire 16h-20h (32%). A Créteil, l'étude montrait 2 pics de 16 à 18h et de 20 à 22h, pics également mis en évidence à Nantes.

La moitié des adolescents aux USA sont admis entre 16h et minuit (10) ce qui est superposable à nos résultats. Ceci paraît logique compte tenu des horaires scolaires.

De plus, on constate que près d'1 adolescent sur 10 se rend aux urgences entre minuit et 8h (9,5%) ce qui est presque le double des chiffres retrouvés à l'AP-HP (5%). Par contre, aux Etats-Unis, ils sont davantage (13%).

On remarque également une fréquentation accrue le week-end et le lundi, ces 3 jours représentant 47% des admissions, constatation identique à Saint-nazaire (48%) et à Dublin (47% le week-end) (9). A Créteil, seules 24% des admissions avaient lieu le week-end, ce qui est 2 fois moins.

Dans 66% des cas, l'adolescent ne consulte pas de médecin avant de se rendre aux urgences ; ce sont souvent les parents qui sont à l'origine de leur admission. Les mêmes constatations sont faites à Saint-nazaire où ils sont 65% à ne pas prendre d'avis médical au préalable.

Aux Etats-Unis, Wilson et al. étudient les caractéristiques des adolescents utilisant les urgences comme mode de recours principal aux soins. Ils sont 4,6% à affirmer que les urgences sont leur mode d'accès aux soins habituel (11). Les facteurs associés à ce mode de consultation sont le sexe masculin, le peu de ressources financières et le fait d'habiter en zone rurale. De plus, les adolescents ayant des comportements à risque, des antécédents d'abus sexuel ou d'agression physique et des scores élevés de dépression étaient plus enclins à utiliser les urgences de cette manière. Au total, 20% des consultations ambulatoires des jeunes de 15 à 24 ans sont faites aux urgences hospitalières aux Etats-Unis (11).

Dans notre étude, on constate que plus l'adolescent est jeune, plus la famille est à l'origine de l'admission aux urgences (66% à 11 ans vs 24% à 19 ans), ce qui était également constaté à Saint-Nazaire, avec toutefois des chiffres supérieurs aux nôtres puisque 71% des adolescents de 11 ans et 51 % de ceux de 19 ans étaient adressés par un parent.

Les filles sont un peu plus nombreuses que les garçons à être adressée par un médecin (24,3% des filles vs 21,8% des garçons) ce qui rejoint là l'étude de Wilson (11).

72% des admissions la nuit se font sans avis médical, proportion un peu inférieure à Saint-Nazaire où elles étaient 82%. Ceci montre que les gens ont pris l'habitude de se rendre directement aux urgences la nuit, plutôt que d'appeler le médecin de garde, qui normalement devrait se situer en première ligne dans ce cas.

19% des adolescents sont hospitalisés à l'issue de leur passage aux urgences de Nantes, 21% à Saint-nazaire, 16% aux Etats-Unis, 15% à Amiens, 13% à l'AP-HP. Cette population a un des taux les plus faibles d'hospitalisation (2).

Ils sont 24% à être hospitalisés lorsqu'ils ont été adressés par un médecin, taux significativement plus élevé qu'en l'absence d'avis médical préalable (17%) ($p=0,0002$).

Dans notre étude, 41% des adolescents sont admis en secteur pédiatrique, 54% en secteur adulte et 5% aux urgences gynéco-obstétricales. A Saint-Nazaire, les proportions sont à peu près équivalentes avec tout de même plus d'adolescents admis en secteur pédiatrique (49%) qu'en secteur adulte (48%) et moins en gynéco-obstétrique (3%) que dans notre étude.

Dans 64% des cas, le motif d'admission est d'ordre chirurgical (74,8% à Saint-Nazaire), puis médical pour 22% (17,1% à Saint-Nazaire), psychiatrique pour 10% (2 fois plus qu'à Saint-Nazaire où ils représentent 5%) et gynéco-obstétrical dans 4% des cas (3% à Saint-Nazaire).

Parmi les adolescents admis aux urgences adultes, 30% sont accueillis en médecine, 65% en traumatologie, 4% en secteur médico-psychologique et 1% directement au bloc opératoire.

Les motifs d'admission sont indépendants de l'âge de l'adolescent.

IV.2.1 Les urgences chirurgicales

Elles sont le principal motif de recours aux urgences et représente 64% des passages. La traumatologie représente plus de 90% (93,8%) des admissions avec une surreprésentation masculine, chiffre retrouvé à Saint-Nazaire (93,2%).

Seuls 12% sont adressés par un médecin, ce qui montre que globalement, pour la traumatologie, le fait de se rendre directement aux urgences est devenu une habitude pour la population, du fait de la facilité à obtenir des examens radiologiques, sans rendez-vous et de la possibilité d'avoir un avis spécialisé immédiat si besoin.

La traumatologie est globalement aussi importante chez les filles que chez les garçons pour les urgences chirurgicales (92% chez les filles et 94,8% chez les

garçons), mais lorsque l'on analyse le pourcentage d'admission traumatologique selon le sexe et sur l'ensemble des admissions, on constate qu'il y a une différence significative (72% des garçons contre 47% des filles avec $p = 0,0000$). Cette différence est beaucoup plus marquée que dans d'autres études comme celle de Saint-nazaire où l'on retrouvait une cause traumatologique chez 76% des garçons et 61% des filles. Une autre étude (2) attribue 75% des passages des adolescents aux urgences à la traumatologie.

Nous avons regroupé sous le terme « traumatologie », les accidents de sport, domestiques ou de loisirs, mais aussi les agressions, les accidents de la voie publique et les brûlures, qui sont quant à elles, minoritaires.

Dans notre étude, les accidents (de sport et de la voie publique) représentent plus de la moitié de l'ensemble des motifs d'admission (56,4%) et 31% des hospitalisations. Ils concernent 44% des filles et 67% des garçons. Ils sont la 1^{ère} cause de mortalité à l'adolescence (près de la moitié des cas) et constituent un facteur de morbidité majeure avec de fréquentes hospitalisations dont ils sont également la 1^{ère} cause entre 13 et 19 ans. 40% d'entre eux surviennent au sport (18). A Nantes, les accidents sont pour 84% des accidents de sport, domestiques ou de loisirs et pour 16% des accidents de la voie publique.

Les moins de 15 ans sont victimes chaque année de 1 700 000 accidents de la vie quotidienne avec recours aux urgences hospitalières (21). Ils surviennent au domicile dans plus de la moitié des cas puis sur les aires de sport et de jeux (17%), à l'école (13%), et sur la voie publique (9%). Plus de 80% des accidents de la vie quotidienne surviennent lors d'activités sportives ou de loisirs. Les lésions sont majoritairement des contusions ou hématomes (42%), des plaies (23%), et des fractures (14%) (21).

Les accidents de sport ou de loisirs sont les plus fréquents chez les 12-17 ans ; chez les 18-25 ans, ce sont les accidents de la circulation (19).

Les accidents domestiques touchent 1,8% des jeunes de 12 à 17 ans, proportion non significativement différente de celle des adultes (baromètre 2000).

IV.2.1.1 Les accidents de sport, domestiques et de loisirs

Les accidents de sport sont la principale cause de morbidité chez les enfants et les adolescents. C'est la principale cause de présentation des adolescents aux urgences.

Dans cette catégorie, on retrouve quasiment 2 fois plus de garçons que de filles (35,5% filles et 64,5% garçons), et sur l'ensemble des admissions, la différence

est significative : 37% des filles consultent pour accident de sport ou domestique contre 56% des garçons. ($p= 0,0000$).

Ceci est retrouvé dans toutes les études (2, 9, 22, 27) et rapporté au fait que les garçons, outre la prise de risque souvent plus importante, sont plus nombreux à pratiquer le sport. L'étude de la DRESS (2) sur la santé des adolescents, montre que le pourcentage de garçons âgés de 12 à 17 ans ayant fait du sport la veille est significativement supérieur à celui des filles (55,8% contre 39,8%).

La pratique d'un sport est à l'origine de près de 400 000 accidents par an chez les jeunes français âgés de 10 à 24 ans et entraîne environ 50 000 hospitalisations (27). Aux USA, 2,9 millions de jeunes en font l'expérience chaque année et au Canada, ils représentent plus d'1/3 des consultations des adolescents (26). En Angleterre, environ 1/5 des adolescents de 12 à 17 ans consultant aux urgences le font pour un traumatisme, chaque année. Dans le groupe le plus à risque (12-15 ans) cette proportion augmente à plus d'1/3 (28) (56% dans notre étude).

Dans notre étude, on constate que ce sont les plus jeunes adolescents qui sont majoritairement touchés par ce problème, comme Mc Quillan qui qualifie le groupe des 12-15 ans comme le plus à risque. Ces résultats sont contradictoires avec l'étude de Caine qui montre que moins le stade pubertaire est avancé, moins il y a de traumatisme (25).

Les traumatismes aigus les plus fréquents sont les fractures, entorses et arrachements apophysaires. Depuis une quinzaine d'années, l'attrance pour les activités sportives dites à risques s'est développée considérablement chez les adolescents. Ils cherchent à personnaliser leur activité, et Michel soulève une notion importante qui est l'addiction au danger chez les adolescents (27).

En Pays de Loire, 13% des 12-25 ans ont été victimes dans l'année d'un accident ayant nécessité une prise en charge médicale (17% des garçons et 9% des filles). A noter qu'il y a une nette diminution des accidents de sport entre 2000 et 2005 (le nombre d'AVP étant resté stable).

Etant donné le nombre d'accidents touchant la population adolescente, il semble primordial d'identifier les facteurs de risque de ceux-ci afin d'avoir un impact sur ce problème de santé publique, en jouant sur la prévention.

Tout d'abord, la poussée de croissance est en elle-même un facteur de risque car elle entraîne une fragilité osseuse (25) : on note une augmentation des fractures épiphysaires durant la puberté et Caine met en évidence une relation entre vitesse de croissance et fractures. Pour lui, la prévention de ces accidents passe

surtout pas la formation spécifique des entraîneurs et la qualité des équipements de protection.

Pour Thélot, ils pourraient être évités par des investissements adaptés en épidémiologie, formation, information et prévention, investissements justifiés par le fait que ces accidents entraînent 6 à 10% des dépenses de santé (21).

McQuillian et Campbell pensent qu'axer les efforts de prévention sur le football pourrait être une stratégie judicieuse pour réduire la charge globale des accidents de sport chez les adolescents (28), car il existe une inégalité dans les risques de traumatismes au sport entre les garçons et les filles, dus aux accidents de football chez les garçons (28).

Emery et al (26) divisent ces facteurs de risque en facteurs personnels et environnementaux.

Les facteurs personnels sont représentés par l'âge, avec ses caractéristiques de développement physique et psychologique, le sexe, la santé et l'aptitude, la qualification et l'expérience, la connaissance et la compréhension des risques, la personnalité (impulsivité, hyperactivité...), et les facteurs psychologiques (croyances envers la vulnérabilité et la sévérité potentielle des blessures, la prise de risque, l'évaluation de soi).

Les facteurs environnementaux sont physiques (équipement), institutionnels (règles, comportement des entraîneurs et leur capacité de communication à propos de la sécurité) et sociaux (comportement de la famille et des amis, des membres de l'équipe et les normes sociales) (26).

Le stress a également été mis en cause comme facteur de risque de traumatisme au sport.

Une étude réalisée aux urgences hospitalières de Poitiers et de Châtelleraut portant sur 350 jeunes de 12 à 20 ans accidentés souligne le fait que près de 4 adolescents sur 5 avaient subi auparavant au moins un accident ayant nécessité une intervention aux urgences, majoritairement dans les 2 ans précédents. Il faut considérer ces accidents à répétition comme un signal d'alarme : dans cette étude, 83% présentaient une anxiété sévère ou majeure, 58% une dépressivité et 25% un épisode dépressif majeur (22).

L'ECARR (échelle d'évaluation des circonstances de l'accident et du risque de récurrence) (cf annexe 2) pourrait permettre aux adolescents à risque, de bénéficier dès les urgences d'une aide thérapeutique appropriée, évitant une répétition pouvant entraîner des dommages sérieux sur le plan somatique (22).

Ce score est significativement plus élevé chez les garçons que chez les filles. Il augmente avec l'âge, chez les adolescents en échec scolaire, chez ceux

présentant des troubles anxio-dépressifs réguliers ou des troubles du sommeil, chez ceux qui ont fait une TS, et chez ceux qui ont été hospitalisés suite à un accident de sport. Ce score s'adresse donc à la population d'adolescents dont les accidents répétés relèvent d'une souffrance psychique. Cette échelle permettrait d'aborder l'adolescent dans sa globalité sans forcément faire un entretien psychologique, impossible dans le cadre des urgences. Le fait d'introduire des psychologues cliniciens au sein des services d'urgence permettrait d'entendre et de mieux appréhender les difficultés de certains patients. Ainsi, certaines répétitions d'accidents pourraient être évitées (22).

Dans notre étude, seuls 7,5% de nos adolescents admis pour accident de sport ou domestique sont hospitalisés, chiffre identique à celui retrouvé dans l'étude épidémiologique des accidents chez les enfants et les adolescents de Thélot (8%) (21). Si l'on englobe les accidents de la circulation, on ne retrouve pas de différence significative du taux d'hospitalisation en fonction du sexe après un accident (10% des garçons vs 9,2% des filles), ce qui diffère d'autres études notamment celle de Marcelli qui conclut : « les garçons sont plus fréquemment hospitalisés après l'accident que les filles (10,4% vs 1,4%) ce qui témoigne d'une gravité plus importante » (22).

IV.2.1.2 Les AVP

Ils représentent dans notre étude 14% des motifs chirurgicaux et 9% de l'ensemble des admissions. La moyenne d'âge de ces adolescents est 16,5 ans. Encore une fois, on retrouve quasiment 2 fois plus de garçons que de filles (64% et 36%).

Plus de 10% des garçons (10,7%) et 7,2% des filles qui y sont confrontés. La différence est significative ($p = 0,0109$).

C'est un motif de consultation très représenté chez les adolescents, ce qui témoigne de la fréquence des conduites à risque dans ce groupe. En effet, les adolescents sont davantage incriminés dans les accidents routiers que les adultes (27).

Ils représentent la 1^{ère} cause de mortalité chez les 15-24 ans avant le suicide, et le risque d'accident est 2 fois plus élevé pour un jeune de cette tranche d'âge que pour le reste de la population générale (27). En 2000, les jeunes âgés de 15 à 24 ans correspondant à 13% de la population générale, représentaient 26% des tués sur la route et 31% des blessés graves (27).

Sur l'ensemble des accidents, notre étude recense 16% d'accidents de la route, alors que l'enquête de l'AP-HP n'en retrouvait que 7%, soit seulement 3,5% du total des consultations, versus 9% dans notre étude.

Dans notre enquête, globalement, le risque augmente avec l'âge, de manière plus tardive chez les filles que chez les garçons. 6% des accidents sont secondaires à un accident de la circulation chez les 11-14 ans alors qu'ils représentent 24% des accidents chez les 15-19 ans.

Les statistiques de l'observatoire national interministériel de sécurité routière révèlent une augmentation inquiétante depuis des années du nombre de tués et blessés pour la tranche d'âge des 15 à 19 ans. En 1999, ils étaient 11% de plus qu'en 1994. Pour les garçons, ces accidents sont à eux seuls, cause de 45% de toute la mortalité. Par contre, on note une franche amélioration pour la tranche des 20-24 ans (20), ainsi que chez les moins de 15 ans où l'on constate une baisse supérieure à 60% en 6 ans (entre 2000 et 2006) ; et le nombre de blessés a diminué de moitié (21).

En Pays de Loire, le nombre de victimes d'AVP est resté stable entre 2000 et 2005.

La mortalité des garçons par accident de la route est 3,8 fois supérieure à celle des filles (27) ; ils portent moins le casque et prennent davantage de risques. La vitesse intervient dans 50% des accidents mortels chez les jeunes contre 30% chez les adultes (27). Les jeunes conducteurs sont surreprésentés dans les accidents liés à la consommation d'alcool (27). L'usage de drogues comme la marijuana est également corrélée avec les accidents de la route chez les garçons.

Levêque met l'accent sur le fait que les parents ont un rôle essentiel dans l'éducation de leurs enfants aux dangers de la route : ils doivent favoriser l'apprentissage anticipé de la conduite, qui est encore trop peu pratiqué et doivent résister à l'emprunt par l'enfant de la voiture dès l'obtention du permis, surtout le soir (20). Il pense que ces enseignements pourraient également avoir lieu pendant les dernières années de la scolarité (20) mais surtout, les unités de soins qui sont peu à peu créées pour les adolescents, avec des médecins habitués à leur psychologie, doivent être également des lieux de prévention en abordant avec le langage voulu, tous les risques y compris ceux de la circulation.

IV.2.2 Les urgences médicales

Elles représentent 22% des motifs de consultation, ce qui est supérieur au pourcentage retrouvé à Saint-Nazaire puisqu'il était de 17%. A noter que les motifs médicaux de Saint-Nazaire n'englobaient pas l'alcoolisation aigue, et que si l'on soustrait les 39 cas d'alcoolisation aigue, la proportion d'urgences médicales est alors de 20,5%, ce qui reste supérieur. Les autres études retrouvent des chiffres allant de 25% à 35% (9, 15, 16).

Les filles consultent significativement plus que les garçons pour un motif médical (27% des filles vs 19% des garçons avec $p=0,0001$).

On retrouve dans cette catégorie :

IV.2.2.1 Les douleurs abdominales

Elles concernent 23% des motifs médicaux, significativement plus fréquentes chez les filles. 7,6% des filles consultent pour douleur abdominale contre seulement 3,4% des garçons ($p=0,0001$). Elles représentent un peu plus de 5% de la totalité des admissions (5,3%).

Elles regroupent les douleurs abdominales fonctionnelles, les constipations, les gastro-entérites...

A Saint-Nazaire, la pathologie digestive était davantage représentée avec 32% des admissions médicales (53).

IV.2.2.2 Les pathologies infectieuses

Elles représentent 16% de la pathologie médicale (15% à Saint-Nazaire).

IV.2.2.3 Les malaises

Ce sont 13,5% des motifs médicaux et 3% de la totalité des admissions, avec là encore, significativement plus de filles que de garçons. 4,3% des filles consultent pour malaise contre seulement 2% des garçons ($p=0,0066$).

IV.2.2.4 Les motifs non spécifiques

On en recense 26% parmi les motifs médicaux, regroupant des symptômes divers et variés, comme l'asthénie ou encore les douleurs, souvent sans organicité retrouvée. C'est plus qu'à Saint-Nazaire où ils étaient 15% mais quasiment identique aux Etats-Unis où l'on en compte 23% (10). Ces motifs sont souvent qualifiés de « plaintes floues de l'adolescence ». Dans notre enquête, 6% des filles et 5,7% des garçons sont concernés.

Caflisch, en se basant sur son expérience de consultations de médecine pour adolescents, constate que la plainte fonctionnelle, essentiellement représentée par les céphalées, douleurs abdominales, myalgies, malaise ou fatigue chronique est une cause fréquente de recours des adolescents aux services médicaux. La prévalence est de 5 à 10% chez les garçons et 10 à 15% chez les filles (12). Plusieurs études s'accordent pour dire que cette différence constatée entre les sexes, surtout à partir de 12 ans, est due à une augmentation de la somatisation

des filles à partir de la ménarche et une diminution des plaintes chez les garçons. La métamorphose pubertaire modifie les repères de l'image corporelle, ce qui peut être source d'angoisses ou d'inquiétudes et rendre difficile l'expression du ressenti de l'adolescent. Le rôle que l'on peut alors attribuer à certains symptômes serait plus proche d'un mode de communication que d'une réelle atteinte de la santé. En effet, la place centrale du corps à l'adolescence fait que la fréquence des troubles somatiques est très corrélée aux indicateurs de souffrance psychique (18).

Même si ces symptômes ne nécessitent pas d'intervention en urgence, il y a urgence à les prendre en charge pour éviter des complications telles qu'absentéisme scolaire, surmédicalisation ou chronicisation des troubles. En effet, d'après certains auteurs, les plaintes fonctionnelles chroniques à l'adolescence sont un facteur de risque de développer une maladie psychosomatique à l'âge adulte (11).

Globalement, la répartition des diagnostics apparaît superposable aux motifs de consultation en ville, ce qui indique, pour une part des adolescents, l'utilisation des urgences comme source de soins primaires (15).

IV.2.2.5 Les pathologies chroniques

Elles représentent un peu moins de 9% des motifs médicaux et 2% du total des admissions. A l'AP-HP, les décompensations de maladie chronique représentent 1,7% du total des consultations, ce qui est superposable à nos résultats. On en retrouve 1,2% à Dublin (9).

Au CHU d'Amiens, on recense chez 18% des adolescents, une maladie chronique ou un handicap. A Saint-Nazaire, elles n'ont pas été comptabilisées.

Ces chiffres sont très inférieurs à ceux recensés aux urgences pédiatriques d'un hôpital du Wisconsin où 27% des admissions étaient dues à l'exacerbation d'une maladie chronique, surtout asthme et diabète (38). Cette différence est à interpréter avec prudence compte tenu du fait que les urgences pédiatriques accueillent plus d'adolescents atteints de pathologie chronique que les urgences adultes (10). En effet, ils continuent à être suivis par leur pédiatre au-delà de l'âge de 15 ans et 3 mois.

Ici, elles sont dominées par 4 pathologies : l'épilepsie (39%), l'asthme (36%), la drépanocytose (14%) et le diabète (11%).

En France, l'asthme est déclaré par 7% des adolescents, autant les filles que les garçons (2).

L'adolescence est une période où les défauts d'observance sont fréquents pour les patients atteints de pathologie chronique. Beaucoup de jeunes diabétiques, alors qu'ils ont été éduqués et que leur diabète est bien équilibré, interrompent leur traitement, juste pour en faire l'expérience. Il s'agit là encore d'une conduite à risque avec une réelle mise en danger pouvant aller jusqu'au coma. En outre, la préoccupation de l'image corporelle à l'adolescence est telle que certaines filles arrêtent parfois leur traitement pour perdre du poids, car elles constatent qu'elles sont plus minces lorsque leur diabète est déséquilibré.

IV.2.2.6 L'alcoolisation aigue

Les services d'urgence de pédiatrie sont de plus en plus confrontés à des situations d'intoxication alcoolique aigue chez les adolescents (30,33).

En effet, ces dernières années, le comportement des jeunes vis-à-vis de l'alcool a changé avec notamment une nette augmentation de la consommation toxicomaniaque et surtout des conduites d'ivresse (27). Celles-ci apparaissent en hausse entre 2003 et 2005 chez les adolescents de 17 ans en France (50).

Dans notre étude, ce motif d'admission concerne 2,2% des adolescents de 11 à 19 ans, proportion quasiment trois fois supérieure à celle retrouvée à Saint-Nazaire où il ne représentait que 0,8% des admissions globales.

Cette situation est plus défavorable en Loire Atlantique que sur le plan national : En France, 23% des garçons de 15-25 ans déclarent une consommation régulière d'alcool (vs 29% en Loire atlantique) et 21% des garçons déclarent des ivresses répétées (au moins 3 ivresses au cours des 12 derniers mois) (vs 35% en Loire Atlantique).

Une étude réalisée dans notre région montre que la grande majorité des 12-14 ans ne sont pas concernés par la consommation d'alcool, mais que ces habitudes se développent rapidement avec l'âge : 5% des 15-17 ans et 26% des 18-25 ans déclarent en consommer régulièrement, (c'est-à-dire plusieurs fois par semaine au cours des 12 derniers mois), et les garçons 3 fois plus souvent que les filles (29).

Ceci va dans le sens de notre enquête où 72% des admissions concernaient des adolescents de 17 ans et plus ; la même constatation est faite à Saint-Nazaire où ils étaient 73% à être âgés de plus de 17 ans. Nous n'avons pas retrouvé d'adolescents de 11 et 12 ans admis pour ce motif et seuls 10,2% avaient 15 ans ou moins. Une étude multicentrique réalisée dans 8 services de pédiatrie (31) montre des résultats différents puisque la moyenne d'âge des adolescents était de 14,9 ans (17,1 ans dans notre étude). Cependant, elle n'englobait pas les patients de 19 ans, ce qui peut expliquer en partie cette différence.

Ici, il s'agissait pour près de 85% de garçons (90% à Saint-Nazaire).

La gravité de ces ivresses aiguës résulte surtout du fait qu'elles sont souvent associées à des conduites à risque (65% dans certaines études) (31). Prise de risque sexuel, tentative de suicide, prise de risque en véhicules motorisés, passage à l'acte délictueux...sont autant de conséquences graves qui sont induites par ces consommations en excès. La consommation de cannabis est fréquemment associée à la prise d'alcool (11% dans l'étude multicentrique, 10% à Genève). De plus, le risque de l'association suicide et intoxication alcoolique aiguë est élevé chez l'adolescent, pouvant atteindre 42% dans certaines études (31).

Au SAU de Nantes, le motif était l'intoxication alcoolique aiguë seule dans 59% des cas, et associée dans 41% des cas : on retrouvait 3 cas de tentative de suicide, 1 syndrome anxio-dépressif, 2 accidents de la route, 1 agression, 8 accidents domestiques et 1 diabète, parmi les 39 adolescents concernés.

La fréquente association de ces ivresses aiguës à des problèmes psychosociaux et familiaux, comme un alcoolisme parental, rapporté dans 25% des cas, ou encore des violences familiales et des problèmes sociaux en accentue là encore la gravité (31).

De plus, ces conduites jouent un rôle important dans la survenue des accidents, qui constituent la première cause de mortalité chez les jeunes (29). Dans notre étude, 20,5% présentaient un traumatisme associé et 5% étaient admis pour un accident de la circulation. Cependant, la recherche d'une consommation d'alcool n'a pas été réalisée pour toutes les admissions en traumatologie et ces données ne résultent que des admissions ayant pour motif principal l'intoxication éthylique, ce qui entraîne probablement une sous-estimation importante de ces chiffres. Une étude anglaise retrouvait des blessures chez 34% d'entre eux, principalement des traumatismes crâniens (32).

Ceci met donc en avant la nécessité d'une prise en charge spécifique avec une hospitalisation initiale et une proposition de suivi ultérieur, d'autant plus que les habitudes de consommation prises à cet âge sont susceptibles d'entraîner, à moyen et long terme, une dépendance (31).

Depuis Septembre 2001, il existe un accord professionnel pour recommander l'hospitalisation des adolescents admis aux urgences pour intoxication alcoolique aiguë au minimum pendant 72 heures, avec l'accord des parents ou du tuteur (54). Cette hospitalisation est réalisée au mieux dans une structure spécialisée pour l'accueil des adolescents, si elle existe. D'une manière générale,

la prise en charge recommandée de ces adolescents est similaire à celle des adolescents ayant fait une TS, l'association étant souvent observée (20 à 30%).

Outre l'examen somatique, une évaluation psychologique et sociale doit être effectuée, réunissant les éléments sociaux, familiaux, scolaires, biographiques, les conditions de l'intoxication éthylique aigue, les autres conduites à risque, la recherche d'épisodes identiques, d'antécédents psychiatriques et d'autres addictions.

Après l'hospitalisation, l'adolescent est orienté préférentiellement vers une prise en charge ambulatoire avec des consultations organisées au centre médico-psychologique pour adolescents. Il est essentiel à cet âge de présenter ce lieu de suite au cours de l'hospitalisation. Or, dans notre étude, l'hospitalisation n'a été décidée que dans 41% des cas, ce qui ne suit pas les recommandations de la HAS, et une sortie avec consultation programmée en externe dans 15% des cas (5% ont fugué ou sont sortis contre avis médical). Au total, 56% ont donc été revus, les adolescents hospitalisés se voyant systématiquement proposer un rendez-vous de consultation à leur sortie, afin de minimiser le risque de récurrence.

Les auteurs suisses, évoquant un « nouveau fléau » vont également dans ce sens : une étude réalisée aux urgences pédiatriques de Genève, met en évidence une augmentation d'adolescents admis aux urgences pour intoxication alcoolique aigue depuis 2003 et montre que les récurrences sont fréquentes (15,5% des adolescents avaient déjà été admis aux urgences pour le même motif). Ils proposent ainsi une consultation en médecine de l'adolescence dans la semaine suivant l'épisode depuis juin 2006 afin d'éviter l'hospitalisation mais aussi la banalisation des abus (33).

Les auteurs anglais proposent la mise en place de programmes d'éducation et d'interventions brèves au sein même de l'école (32).

De plus, les urgences pourraient jouer un rôle interventionnel en dépistant les mésusages d'alcool et proposer des scores de dépistage de consommation abusive, adaptés à la médecine d'urgence, de type CRAFFT par exemple (33) (cf annexe 3). En effet, la question de l'alcool est trop peu souvent abordée par le médecin généraliste (en Loire Atlantique, seuls 5% des 18-25 ans se sont vus poser la question par leur médecin).

En France, le plan « santé des jeunes » de février 2008 élaboré par le ministère de la santé (50), pour réagir à ce problème, interdit la vente d'alcool au mineurs de plus de 16 ans, et développe des consultations jeunes consommateurs au sein des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ; en outre, il lance une campagne média pour sensibiliser les jeunes

aux dangers immédiats d'une consommation d'alcool s'inscrivant dans une recherche d'ivresse, afin de toucher le plus d'adolescents possible, car il est évident que beaucoup échappent au secteur médical.

IV.2.3 Les urgences psychiatriques

Elles représentent 10% des motifs de consultation, avec significativement plus de filles que de garçons ($p=0,0000$).

C'est deux fois plus que ce qui est retrouvé à Saint-Nazaire mais aussi à l'AP-HP où les adolescents « souffrants » comptent pour 5%, mais moins qu'à Amiens où ils représentent 13% des motifs d'admission. A Dublin, les motifs psychosociaux représentent 5,3% des admissions (9).

La moyenne d'âge est plus élevée que pour les motifs médicaux et chirurgicaux (16,4 ans en psychiatrie contre 15,2 ans pour les motifs médicaux et chirurgicaux). 6,9% des 12-14 ans consultent pour trouble psychiatrique, alors qu'ils sont 12,4% entre 15 et 17 ans.

Dans notre étude, on retrouve une majorité de garçons pour la tranche d'âge des 11-12 ans puis la tendance s'inverse, résultat identique à La Pitié Salpêtrière où les filles deviennent plus nombreuses que les garçons à partir de 13 ans (34). Cette étude, incluant également les enfants, montre une tendance au rajeunissement de cette population (13,6 ans en 1992, 12,3 ans en 2002), en particulier chez les garçons qui consultent de plus en plus jeunes. D'autres études retrouvent cette inversion de sex-ratio globalement à partir de 15 ans (2,18).

Les urgences psychiatriques à l'adolescence posent un certain nombre de difficultés spécifiques, liées aux caractéristiques psychiques de cette période de la vie, mais aussi à l'importance de la dimension interactive familiale (39). En général, l'intensité des symptômes n'est pas corrélée à la gravité de la pathologie éventuellement sous-jacente.

De Clercq et al. évaluent les vraies urgences à seulement 30% des urgences totales (40), d'autres auteurs à 40%. Les autres urgences, « ressenties », sont souvent des situations de crise familiale ou institutionnelle résultant d'un conflit aigu (39) et ce sont celles-ci les plus difficiles à gérer notamment par le médecin généraliste.

D'après Goldstein, la « tolérance zéro » en ce qui concerne le comportement à l'école et le fait que les enfants soient plus à l'aise pour dévoiler leurs difficultés et divulguer d'éventuelles idées suicidaires aux médecins et infirmiers scolaires,

contribuent à augmenter le nombre de consultations pour motif psychiatrique aux urgences (36).

Ceci peut également s'expliquer par l'évolution globale de la demande de soins dans la population, avec une exigence de prise en charge immédiate, et par la diminution des capacités de consultation programmée liées à la démographie médicale (39). En effet, les usagers répétés des urgences ne sont qu'un indicateur de l'insuffisance des systèmes de soins ambulatoires. De plus, l'hospitalisation protège d'un retour à court terme mais pas à moyen ou long terme (37), d'où la nécessité de développer d'autres structures pour prendre en charge ces jeunes.

Les enfants font souvent l'expérience d'une « urgence psychiatrique » dans un contexte de stress dû à l'environnement scolaire. D'ailleurs, il y a moins de consultations pendant les vacances scolaires (36). Dans notre étude, le vendredi est le jour le moins fréquenté pour les urgences psychiatriques, constat également fait par les auteurs américains qui montrent que le nombre le plus important de consultations pour motif psychiatrique est le mercredi, et le moins important le vendredi, avec une différence significative.

Les idées suicidaires sont plus fréquentes pendant l'année scolaire et les jours de semaine. Par contre, les enfants se présentant avec un comportement agressif et oppositionnel sont davantage admis le week-end et pendant les vacances scolaires. Il faut voir là le reflet des fréquentes difficultés sociales et familiales qui participent à l'émergence de ces troubles.

La majorité des patients se présentent l'après midi et en début de soirée (36). Nous faisons le même constat que Goldstein : seuls 17% se sont présentés entre 8h et 12h dans notre étude.

Enfin, on retrouve des différences en fonction du sexe : dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, les troubles névrotiques et réactionnels prédominent chez les filles, alors que ce sont les troubles de la personnalité et les psychoses chez les garçons (2).

Dans notre enquête, ces adolescents sont majoritairement adressés par un parent ou tuteur (32% vs 28% par un médecin). C'est ce qui est retrouvé dans d'autres études, notamment à La Pitié Salpêtrière où les demandes de consultation émanaient de la famille dans 58% des cas (34), chiffre en forte augmentation.

42% de ces adolescents ont été hospitalisés et 23% revus en consultation.

A la Pitié Salpêtrière, les résultats sont sensiblement différents puisqu'on note une diminution du taux d'hospitalisation (34,2% en 1992 et 19,8% en 2002) et donc une augmentation des suivis ambulatoires (34% en 1992, 55% en 2002).

La circulaire du 20 mai 2003 relative à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences précise qu'il est recommandé que les secteurs de pédopsychiatrie et le service des urgences élaborent des modalités de collaboration « s'inscrivant dans une psychiatrie de liaison de proximité et permettant une proposition de rendez-vous dans un délai raisonnable » (5).

L'accueil au sein des urgences générales n'est pas propice à un accueil serein et le problème de la limite d'âge se pose fréquemment. En théorie, la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent devrait accueillir tous les mineurs de moins de 18 ans. Or au CHU de Nantes, le clivage entre moins de 15 ans et plus de 15 ans existe toujours, ce qui pose des problèmes pour les adolescents de 15 à 18 ans. Ils devraient théoriquement être pris en charge par les psychiatres adultes, mais leurs pathologies s'apparentent plutôt à la pédopsychiatrie, ce qui peut rendre difficile la répartition des rôles entre pédopsychiatres et psychiatres adultes, notamment lors des astreintes.

Se pose également le problème du temps car ces urgences nécessitent des entretiens avec l'adolescent, mais aussi ses parents ou éducateurs, ou encore avec l'assistante sociale. Certaines villes ont créé pour cela des unités d'accueil d'urgence avec des lits de court séjour (cas du CPOA, consultation psychiatrique d'orientation et d'accueil de l'hôpital St Anne à Paris). En effet, l'urgence s'inscrit souvent dans un contexte de rupture qui ne doit en aucun cas être majoré par la réponse médicale (39).

Un service multidisciplinaire, comme celui mis en place à Rennes (7), offre une variabilité de réponses et évite d'enfermer l'adolescent dans une orientation unique; il faut s'attacher à développer ce type de services pour optimiser la prise en charge de ces jeunes souffrants.

IV.2.3.1 Les tentatives de suicide

Elles représentent 46% des urgences psychiatriques, soit 4,5% des admissions totales, avec une surreprésentation féminine (71%). C'est plus qu'à Saint-Nazaire où elles représentaient 2,8% des admissions totales.

Sur l'ensemble des passages, 7% des filles sont admises pour tentative de suicide, contre seulement 2,4% des garçons ($p=0,0000$)

Depuis 1999, en France, le suicide est déclaré « grande cause nationale » et les jeunes sont particulièrement concernés. Dans notre pays, 200 jeunes âgés de 15

à 19 ans meurent chaque année par suicide. Ces chiffres sont stables depuis des décennies (44). Aux USA, ce sont 2000 adolescents qui meurent par suicide chaque année (40).

Il représente la seconde cause de mortalité dans la tranche des 15-24 ans (18). Une tendance à la baisse du nombre de suicide est observée ces dernières années, après une augmentation constante pendant plusieurs décennies (18). Cependant en Pays de Loire, le nombre de TS a continué d'augmenter entre 2000 et 2005 (19).

Le plan « santé des jeunes » émis en février 2008 par le ministère de la santé consacre 2 pages à la « crise suicidaire » (44).

L'enquête de l'observatoire régional de la santé des Pays de Loire (19) mentionne que 6% des 15-25 ans déclarent avoir fait une TS au cours de leur vie, les filles (8%) davantage que les garçons (3%). Ce résultat est supérieur à la moyenne nationale (6% vs 4%).

Le taux de récurrence est important puisque 21% de ces jeunes suicidants déclarent deux TS et 24% trois ou plus. Seulement la moitié de ces TS ont fait l'objet d'une prise en charge médicale, dont 37% à l'hôpital.

Les jeunes ayant souffert d'un épisode dépressif sévère sont plus nombreux à avoir fait une tentative de suicide (46% déclarent avoir fait une TS au cours de leur vie).

Selon l'ANAES, environ un tiers des suicidants récidivent, le plus souvent au cours de la première année, et 1 à 2 % des suicidants décèdent par suicide dans ce délai.

Une étude américaine estime le risque de récurrence après une tentative de suicide à 10% à 3 mois et entre 6 et 14% à 1 an (40).

Les adolescents consommant régulièrement de l'alcool ou souffrant d'un handicap ou d'une maladie chronique sont également plus touchés par ce « risque ».

La moyenne d'âge des adolescents suicidants est de 16,3 ans dans notre étude, les filles étant légèrement plus jeunes que les garçons (16,2 ans vs 16,6 ans). Ceci a également été constaté à Saint-Nazaire où les filles avaient en moyenne 15,7 ans et les garçons 17 ans.

Ils sont majoritairement admis la semaine, surtout du lundi au jeudi.

Les conduites suicidaires sont un symptôme non spécifique à l'adolescence et ne correspondent pas à un diagnostic psychiatrique précis (44). On retrouve

souvent des co-morbidités comme la dépression ou l'impulsivité mais elles ne sont pas les causes du suicide à elles seules.

Dans 20 à 30 % des TS, il existe une pathologie psychiatrique sous-jacente (dépression, troubles sévères de la personnalité) qui favorise le passage à l'acte (55).

Schématiquement, la conduite suicidaire est tantôt identifiée à une « maladie mentale », tantôt à une « manifestation de l'adolescence ». Souvent l'adolescent est orienté par le généraliste vers le psychiatre ce qui lui donne une inquiétante « étrangeté » pathologique puisque l'on considère alors que seule la santé mentale est responsable. Or, l'adolescent suicidant et ses parents se trouvent souvent dans une impasse relationnelle et c'est sur celle-ci qu'il est certainement le plus intéressant d'intervenir (44).

Il est préconisé d'adresser systématiquement aux urgences l'adolescent suicidant, même lorsqu'il n'existe pas de risques sur le plan physique, car même si la cause avancée d'un passage à l'acte, comme une rupture amoureuse par exemple, apparaît comme un appel à l'aide assez simple à repérer dans un premier temps, elle peut néanmoins sous-entendre des problématiques complètement différentes et il faut s'attacher à rechercher une dimension anxio-dépressive, une impulsivité, les facteurs environnementaux et des événements de vie négatifs, après avoir fait un examen somatique complet (39). L'ANAES recommande une triple évaluation somatique, psychologique et sociale systématique (55).

Pour ce faire, l'adolescent reste en général une nuit aux urgences et quand il n'est pas hospitalisé, un relais doit être organisé avec les structures de soins ambulatoires. L'idéal serait de revoir l'adolescent quelques jours après pour s'assurer de l'observance des propositions faites par l'équipe d'urgence, car les récurrences sont fréquentes. Lorsqu'une hospitalisation est décidée, elle permet écoute et observation (7).

P, Alvin fait le constat que les adolescents suicidants sont peu hospitalisés et que parmi cette minorité, la moitié échappe ensuite au suivi psychologique (44). Dans notre étude, 38% sont hospitalisés et 32% ont une consultation programmée.

Deux modes de prise en charge sont envisageables en fonction des possibilités locales et de chaque cas particulier: une prise en charge hospitalière ou par un réseau ambulatoire. Il n'existe pas d'étude comparant ces deux modalités et permettant de définir si l'une est meilleure que l'autre. À défaut de cette donnée, un accord professionnel existe actuellement pour favoriser la prise en charge hospitalière des adolescents (55). Idéalement, elle se déroulera dans une unité

adaptée à recevoir des adolescents et reconnue pour sa compétence dans ce domaine.

IV.2.3.2 Les troubles du comportement et agitations

Ils représentent 20% des motifs psychiatriques et 2% du total des admissions. Ces adolescents sont en moyenne âgés de 15,7 ans.

Sur l'ensemble des admissions, on ne retrouve pas de différence significative en fonction du sexe : 2,2% des filles consultent pour trouble du comportement, contre 1,9% des garçons ($p=0,6037$).

En valeur absolue, entre 1992 et 2002, à La Pitié Salpêtrière, le nombre de patients accueillis pour troubles du comportement a augmenté d'environ 1/3 et ce sont surtout des garçons (34).

Ils sont majoritairement adressés par leurs parents (39 % contre seulement 22% par un médecin). C'est souvent un adulte proche de l'enfant qui étiquette son comportement comme inapproprié et pense que cela justifie une consultation en urgence. Les enseignants sont également souvent à l'origine de l'admission, les jours d'école (36).

A la période de l'adolescence, les manifestations psychopathologiques sont très souvent excessives, exacerbées (passage à l'acte, prise de risques, position de défi...). Certains troubles ou comportements d'allure banale voire silencieux, peuvent cacher des troubles importants de la personnalité, alors que des manifestations exubérantes peuvent s'exprimer chez des adolescents ayant un bon équilibre psychologique. Les troubles de la personnalité peuvent prendre une présentation atypique à cette période de la vie (décompensations psychotiques sans véritable délire par exemple) (7).

Les auteurs Suisses (35) ont étudié les caractéristiques psychosociales de ces adolescents : majoritairement issus d'un milieu socio-économique défavorisé marqué par le chômage et les conditions de vie précaire, le contrôle parental est souvent déficient et il existe des relations conflictuelles au sein de la famille, de la maltraitance ou encore des abus de substance chez les parents. Le parcours scolaire de ces adolescents est souvent marqué par des échecs, dus à un manque d'intérêt pour l'instruction en général. Ils ont souvent des traits de personnalité communs caractérisés par un raisonnement moral immature et une faible estime d'eux.

L'association entre les troubles du comportement et la consommation de substance est fréquente (35,50). Une consommation précoce de substances étant actuellement le facteur de gravité le mieux individualisé dans les données de la littérature, la collaboration entre les milieux médicaux, psychiatriques et socio-éducatifs est indispensable (50).

La version française de l'ADAD (Adolescent Drug Abuse Diagnosis) apparaît comme un instrument pertinent permettant d'identifier les caractéristiques sociales et relationnelles chez les adolescents consommateurs de substance (annexe 1) (35).

La co-morbidité des troubles du comportement avec d'autres troubles psychiques chez l'adolescent est également élevée. Les comportements déviants pourraient alors être perçus comme un moyen de lutte contre la dépression (35).

L'agitation est un motif rare de recours aux urgences mais un signe de détresse importante (41). Il faut avant tout éliminer une cause organique ou toxique (alcool, stupéfiants...) en prenant garde de ne pas se contenter d'une cause sociale ou psychologique. Il y a des pièges : la dépression peut être cause d'agitation et ce, d'autant plus que l'enfant est jeune. Elle peut apparaître dans un contexte de carences éducatives, les demandes émanant de plus en plus souvent du champ social et du milieu éducatif. Elle doit faire rechercher des troubles de la personnalité faussement mis sur le compte de la crise d'adolescence. Enfin, le passage à l'acte suicidaire avec des conséquences minimales peut passer « inaperçu » et se traduire par une agitation.

Le plus souvent, l'agitation est relationnelle, dépendante de l'entourage qu'il faut également prendre en charge (41). Une unité d'accueil d'urgence composée de quelques lits est utile pour ces adolescents, afin de ne pas précipiter une hospitalisation en pédiatrie ou en psychiatrie et prendre le temps d'une évaluation juste et d'un projet de soins adapté pour chaque, sans se poser l'éternelle question de la limite d'âge. Ceci sous-entend une forte collaboration entre les services de pédiatrie et de psychiatrie, entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte mais également entre l'hôpital et les institutions extérieures (41).

Dans le cas d'une agitation secondaire à un conflit aigu, la demande d'hospitalisation provient souvent de l'entourage et celle-ci peut être vécue comme une sanction par l'adolescent s'il n'en fait pas lui-même la demande ou s'il n'en reconnaît pas la nécessité ; elle devient alors contre-indiquée car elle renforce les interactions pathologiques et ne fait « qu'ajouter de la violence à la violence » (39). Dans notre étude, 72% des adolescents admis pour troubles du

comportement ont été hospitalisés et seuls 4 adolescents sur 36 (11%) ont consulté de leur propre chef. L'objectif de cette hospitalisation est de trouver des aménagements de vie et de mettre en place un soutien psychologique.

IV.2.3.3 Les syndromes anxio-dépressifs

Ils représentent 8% des motifs psychiatriques, soit 0,7% des admissions totales.

On retrouve 62 % de filles et 38% de garçons mais rapporté au nombre d'admissions globales, il n'y a pas de différence significative en fonction du sexe (0,98% des filles vs 0,5% des garçons soit $p > 0,05$).

Si l'on ajoute les 27 adolescents (22 filles et 5 garçons) admis pour « crise d'angoisse » dans cette catégorie, les syndromes anxio-dépressifs représentent alors 22,6% des motifs psychiatriques et 2,2% des admissions totales, ce qui paraît plus représentatif de la réalité. Dans ce cas, on trouve 3 filles pour 1 garçon.

L'étude de l'évolution sur 20 ans de l'accueil d'urgence en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'hôpital de la Pitié-salpêtrière montre que c'est le premier diagnostic retenu (24,2% en 1992 et 35,8% en 2002). (34) En effet, le trouble dépressif peut se traduire de différentes manières à l'adolescence, notamment par des troubles du comportement (34).

L'étude de P. Jacquin montre que la tendance dépressive apparaît nettement dès les premières années de l'adolescence de façon presque explosive dans le sexe féminin avec un rapport filles/garçons de 2/1 (18).

En Pays de Loire, on retrouve des épisodes dépressifs dans l'année chez 5% des garçons et 10% des filles (chiffres identiques sur le plan national). Ces épisodes sont récurrents dans la moitié des cas et concernent 4% des 15-25 ans.

Une étude américaine dont le but était de rechercher des symptômes de dépression chez tous les adolescents de 13 à 17 ans consultant aux urgences montre qu'au total 20% avaient des symptômes modérés à sévères de dépression. Parmi eux, 58% reconnaissaient être en dépression et 50% ont été reconnus comme étant en dépression par leurs parents ou tuteurs. Ces symptômes sont fréquents chez les adolescents et fréquemment non reconnus.

Des efforts restent à faire pour augmenter la sensibilisation des professionnels au dépistage de la dépression chez les adolescents. Les auteurs ont étudié pour cela les « caractéristiques » de ces adolescents en les comparant au groupe d'adolescents non dépressifs : la classe sociale et la stabilité familiale n'étaient pas significativement associés à la dépression. Par contre, il s'agissait plus

souvent de filles, ils ne faisaient souvent pas partie d'activités sociales organisées, avaient subi une agression ou avaient été confrontés à une mort violente, avaient souvent des rapports sexuels et utilisaient des drogues (42).

IV.2.3.4 Autres motifs psychiatriques

- Les crises d'angoisse : 15% des motifs psychiatriques, soit 1,5% de la totalité des admissions. Ils ont en moyenne 15,9 ans et sont pour 81%, des filles. Au total, 2,7% des filles consultent pour crise d'angoisse contre seulement 0,5% des garçons. ($p=0,0002$).
- Les troubles du comportement alimentaire : 2 % des motifs psychiatriques et 100% de filles en moyenne âgées de 17,3 ans.
- Autres : 9% des motifs psychiatriques, principalement les troubles psychiatriques non étiquetés et les psychoses.

A noter 4 alcoolisations aiguës contemporaines de l'admission pour motif psychiatrique (3 TS et 1 syndrome anxio-dépressif).

106 patients avaient un problème social sur les 177 admissions, soit 60% d'entre eux.

IV.2.4 Les urgences gynéco-obstétricales

Elles concernent 5,4% des admissions sur l'année 2006 et 4% sur les mois de janvier et mai. Elles ne représentaient que 3% des admissions aux urgences de Saint-Nazaire mais 10% dans l'étude réalisée à l'AP-HP. A noter que cette enquête ne tient compte que des adolescents de 13 à 19 ans et si l'on ramène nos données à ces mêmes critères, elles représentent 6,6% du volume total des urgences.

Pendant l'année 2006, 11,7% des filles qui se sont présentées aux urgences, l'ont fait au niveau des urgences gynéco-obstétricales et 22% selon l'enquête de l'AP-HP, mais ce résultat englobe le centre de planification, qui n'a pas été pris en compte dans notre étude.

En effet, chez les filles, les motifs « somatiques » sont majoritairement du ressort de la gynécologie-obstétrique. (15) et sur le plan gynécologique, 6% des filles se plaignent de trouble des règles (3).

Dans notre étude, 36% ont consulté pour un problème gynécologique, avec principalement des douleurs pelviennes, des mycoses... et 64% pour un problème obstétrical. L'étude sur Saint-Nazaire retrouve des proportions

équivalentes (35% / 65%), ce qui montre une prépondérance des grossesses chez les jeunes adolescentes consultant aux urgences gynéco-obstétricales.

Elles sont en moyenne âgées de 18 ans (17,5 ans à l'AP-HP) et 4,2% de ces filles sont hospitalisées.

Lorsque l'on rapporte le nombre d'entrées aux urgences pour un problème obstétrical au nombre global d'entrées, on constate que ces admissions représentent 2,5% des admissions, proportion supérieure à celle retrouvée à Saint-Nazaire (1,8%).

Nous avons relevé l'existence d'un problème social dans 57% des dossiers d'obstétrique. Cette « caractéristique » est retrouvée dans d'autres études, où cette population de filles apparaît globalement plus en difficulté (chômage, déscolarisation).

27% d'entre elles étaient fumeuses.

L'étude de la DRESS montre une tendance à l'augmentation des grossesses et des interruptions volontaires de grossesse (IVG) chez les mineures adolescentes entre 1995 et 2001 (2). On note ensuite une stabilisation après 2001.

Dans notre étude, 11,4% avait un ou plusieurs antécédents d'IVG et 9% des antécédents de fausse couche.

Le Dr Faucher de l'hôpital Bichat à Paris fait une revue des facteurs déterminant la survenue d'une maternité précoce et met en évidence les points suivants :

Les grossesses chez l'adolescente sont surtout caractérisées par la mauvaise qualité du suivi : 10 à 25% ne sont déclarées qu'à partir du deuxième trimestre, 5 à 10% sont méconnues jusqu'à l'accouchement et 20 à 30% sont mal suivies (48). Certaines études montrent que le très jeune âge est un facteur de risque indépendant de prématurité et que les complications obstétricales sont plus fréquentes en dessous de 15 ans. Pour d'autres, ces grossesses, correctement suivies, ont le même pronostic qu'à l'âge adulte.

En fait, le risque inhérent à ces grossesses est surtout social : 50 à 75% des adolescentes abandonnent l'école au cours de la grossesse et seulement la moitié y retourneront. De plus, dans 3/4 des cas, les jeunes couples d'adolescents rompent leur union dans les 5 ans suivant l'accouchement (48).

La grossesse peut être considérée comme s'intégrant dans les prises de risque de l'adolescence, avec mise en danger du corps, comme un vérificateur de l'intégrité corporelle ou encore comme la recherche d'un « objet » comblant des carences de l'enfance. Certaines adolescentes peuvent désirer une grossesse

pour échapper à un milieu scolaire ou familial perturbé et ainsi pensent s'intégrer socialement (48).

Tous ces points montrent que les grossesses à l'adolescence doivent bénéficier d'un suivi médico-psycho-social adapté afin d'en améliorer le pronostic et qu'elle doivent donc être « dépistées » le plus tôt possible afin de mener à bien leur suivi. Une étude américaine montrait que moins de 10% des adolescentes pour qui un diagnostic de grossesse était porté lors d'une consultation aux urgences mentionnaient la possibilité d'une grossesse et que 10,5% n'avaient déjà eu des rapports sexuels (47).

Dans les pays de Loire, la proportion de jeunes qui déclarent avoir déjà eu des rapports sexuels est de 17% à 15 ans, 49% à 17 ans et 75% à 19 ans. La fréquence des jeunes ayant utilisé un préservatif lors du premier rapport a augmenté entre 2000 et 2005 pour atteindre 88%.

97% des filles déclarent faire quelque chose pour éviter d'être enceinte. On note une augmentation de l'utilisation de la pilule entre 2000 et 2005 ; 86% des filles de 15-25 ans l'utilisent. De même, l'utilisation de la contraception d'urgence progresse mais le délai maximal d'utilisation est sous-estimé, empêchant une utilisation optimale.

Sur le plan gynécologique, le risque d'infection sexuellement transmissible est comparativement aux adultes beaucoup plus élevé chez les adolescentes et les comportements de prise de risque sexuel chez elles s'accompagnent fréquemment de consommation de substance psycho actives ; elles ont également plus de troubles du comportement (27). Une étude a montré que ces conduites à risque étaient souvent reliées à des antécédents d'abus sexuels et qu'elles seraient ainsi un marqueur de difficultés psychologiques mais aussi et surtout de difficultés comportementales au travers d'autres conduites à risque (27).

Il faut donc s'astreindre à dépister ces conduites à risque et identifier le plus tôt possible les adolescentes enceintes afin de les prendre en charge de manière spécifique, dans une dynamique globale. Le CHU de Nantes a créé pour cela en 2004 une unité de gynéco-obstétrique médico-psycho-sociale (UGOMPS) vers laquelle sont systématiquement dirigées ces adolescentes, souvent isolées et en détresse. Cette unité, composée de gynécologues, psychiatres, psychologues, assistantes sociales et sexologues permet un véritable « encadrement » de ces jeunes filles en difficulté.

IV.3 Comment améliorer la prise en charge des adolescents ?

La structure familiale, la présence d'une maladie chronique, le début de l'activité sexuelle et la violence sont des facteurs influençant beaucoup les adolescents. Dans certains cas, les urgences sont l'unique ressource médicale pour eux (38) et cet afflux de jeunes vers les centres hospitaliers a rendu nécessaire la mise en place de directives (6) favorisant un accueil plus spécifique pour les adolescents.

A Rennes, s'est créée une unité spécifique pour les adolescents (7) : en 1998, la limite des 15 ans et 3 mois, au-delà de laquelle les adolescents étaient auparavant pris en charge aux urgences adultes a été repoussée et désormais, tous les adolescents jusqu'à 18 ans sont accueillis en pédiatrie, car la prise en charge des difficultés psychologiques était compatible avec ce fonctionnement, et dans le souci du suivi des adolescents ayant une pathologie chronique. Ainsi a été créé au sein du CHU de Rennes, un « secteur adolescent » de 6 lits, intégré au service de pédiatrie, pouvant accueillir les jeunes de 12 à 18 ans. De plus, la création de postes de pédiatres et de pédopsychiatres partagés entre le département de pédiatrie et de pédopsychiatrie a favorisé une dynamique évolutive dans ce secteur adolescent. Parallèlement, la psychiatrie a développé des lieux d'accueil spécifiques pour adolescents, complémentaires en termes de tranche d'âge (16-23 ans). Dès lors, un véritable réseau de soins s'est développé, permettant une meilleure prise en charge de ces adolescents. L'accueil se fait toujours par les urgences pédiatriques, permettant ainsi de respecter la réalité du symptôme physique motivant la consultation et permet de planifier la prise en charge pour le bon déroulement des soins (7). Lorsque l'hospitalisation n'est pas nécessaire mais que des soins doivent être poursuivis, le jeune peut être orienté vers une consultation de médecine de l'adolescent. Il faut s'attacher à développer ce type de structures dans d'autres hôpitaux.

En 20 ans, on note une augmentation croissante de demandes de consultations urgentes pour un motif psychiatrique (34) et la consultation via les urgences apparaît là encore comme un mode d'accès au soin privilégié par la population actuelle, probablement en partie expliqué par la saturation des dispositifs de soins extérieurs. Il faut adapter l'offre de soins à ces demandes croissantes, ainsi qu'à ses besoins (34).

La spécificité des situations rencontrées à l'adolescence et de leur prise en charge nécessite des réponses adaptées, apportées par une équipe qualifiée. Il faut développer des inter secteurs de psychiatrie et des consultations rapides ou sans rendez vous.

De plus, il est nécessaire de créer des gardes ou astreintes de psychiatrie infanto-juvénile au sein des SAU pédiatriques, et de développer la création d'unités d'accueil et de soins en urgence ainsi que des centres de crise en particulier pour les moins de 15 ans (34).

De même, ouvrir des lieux de soins plus prolongés en relais à ces structures d'urgence permettrait d'améliorer la disponibilité des réponses à l'urgence et la qualité du suivi ultérieur.

Toutes les études s'accordent pour dire que beaucoup d'adolescents consultant aux urgences ont des problèmes psychosociaux et le problème est que beaucoup d'adolescents se présentent le soir ou la nuit, quand il n'y a plus de service social disponible (38). Dans notre étude, plus d'1/4 des adolescents ont consulté entre 20h et minuit (28,6%) et à Dublin, 70,5% des adolescents consultant pour problème psychosocial ont été enregistrés entre 21h et 9h (9). L'ajout d'une permanence des services sociaux le soir pourrait ainsi renforcer les soins apportés aux adolescents.

A l'hôpital des enfants du Wisconsin, les adolescents ayant des problèmes non urgents sont vus dans un secteur adjacent où ils peuvent consulter sans rendez-vous les soirs et week-ends ; en effet, l'étude a mis en évidence que seules 18% des consultations étaient des urgences, 60% nécessitaient des soins rapides et 21% n'étaient pas des urgences (38).

Même si le travail doit être centré sur l'adolescent, considéré comme un interlocuteur autonome et responsable, toute prise en charge médicale ou psychologique auprès des adolescents, comme toute intervention éducative, doit s'efforcer d'associer autant que possible les parents ; leur participation est essentielle pour resituer l'adolescent dans son histoire et dans la dynamique de son développement (13).

Enfin, les moyens de prévention en ambulatoire doivent être développés car ils sont insuffisants comme en témoigne l'augmentation des consultations en urgence. En cela, la création de maisons des adolescents y contribue, « considérant que la meilleure prise en charge des adolescents et les impératifs d'une prévention efficace passent par une organisation structurée au niveau départemental » (51). Trois grandes missions lui incombent :

- Recevoir des adolescents et/ou leurs familles pour des demandes et des besoins très variés, allant de problématiques psychologiques importantes à des questions d'orientations scolaires ou sociales, accompagner l'adolescent et sa famille vers des prises en charge extérieures ou initier de nouveaux modes de prise en charge pour des cas qui n'ont pas trouvé de réponses adéquates.

- Fédérer, animer et former le réseau des professionnels de l'adolescence.
- Etre un centre de ressources et d'information pour tous et un centre de recherche épidémiologique.

Ainsi, elles assurent une prise en charge globale de l'adolescent en veillant à son équilibre général et en visant à diagnostiquer son mal-être, qu'il soit d'origine médicale, psychologique ou sociale. Depuis février 2007, La Maison Départementale des Adolescents accueille gratuitement, anonymement et sans rendez-vous, les adolescents, âgés de 11 à 21 ans mais aussi leurs parents et les professionnels qui interviennent auprès d'eux. Il faut multiplier ces structures.

Concernant l'information des jeunes et la prévention en terme de sexualité, la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception confère à l'éducation nationale l'obligation de généraliser sur l'ensemble du cursus scolaire « au moins trois séances annuelles d'information et d'éducation à la sexualité dans les écoles, collèges et lycées ». Mais l'organisation du dispositif d'information pour les jeunes sortis du cadre scolaire reste insuffisante et il faut continuer à la développer.

Le plan « santé des jeunes » précise que la formation sur le repérage et la prise en charge de la crise suicidaire doit cibler les jeunes particulièrement vulnérables et moins accessibles que le public relevant de l'éducation nationale : lycées agricoles (en plus des collèges et lycées généraux), étudiants ou jeunes chômeurs en marge des circuits de formation.

Pour finir, les adolescents admis aux urgences adultes d'un hôpital universitaire de Dublin (9) ont été interrogés afin de cibler au mieux leurs attentes : 37,5% auraient préféré une salle séparée pour les adolescents afin d'avoir plus d'intimité. Les auteurs de cette étude pensent également que l'éducation des parents permettrait de diminuer le nombre de consultations pour motifs inappropriés. Ils suggèrent que de simples mesures comme augmenter l'intimité, attribuer des médecins de sexe féminins pour les adolescentes, permettre l'utilisation du téléphone portable, mettre une télévision et des jeux vidéo augmenteraient le niveau de satisfaction des adolescents (9).

CONCLUSION

Cette étude permet d'actualiser les connaissances nécessaires à la prise en charge des adolescents, en décrivant les motifs et les modes de recours de ceux-ci aux urgences du CHU de Nantes en 2006, et en les comparant aux travaux antérieurs.

Ainsi, elle met en évidence la nécessité d'une formation spécifique des professionnels de santé aux besoins si particuliers des jeunes. Des compétences multidisciplinaires, notamment en traumatologie, pédiatrie et psychiatrie sont nécessaires pour répondre à leurs attentes. Le praticien doit s'attacher à analyser chaque motif de consultation pour dépister la véritable urgence, qui est souvent différente de celle annoncée au premier plan. Par exemple, les recours itératifs pour des motifs traumatologiques nécessitent de rechercher d'éventuels comportements à risque et addictions associées (16).

Cette étude montre également toute l'importance de la pathologie psychiatrique à cette période charnière de la vie puisqu'elle représente 10% des motifs de consultation des adolescents aux urgences dans notre étude.

Et comme le soulignent certains auteurs, pour répondre correctement en urgence à la souffrance psychique d'un jeune, il est indispensable de concevoir des réponses sur plusieurs niveaux et d'articuler étroitement les intervenants en amont et en aval de la situation de crise pour permettre de réinscrire la situation d'urgence dans une expérience de continuité (34).

C'est en créant un véritable réseau de soins autour des besoins de l'adolescent que l'on pourra développer des stratégies de prévention et agir en amont des services d'urgences pour réduire le flux des ces patients et répondre au mieux à leurs attentes. Ceci sous-entend la collaboration entre le système éducatif, les parents, les pédiatres, psychiatres et pédopsychiatres mais aussi les services sociaux. En cela, la création de maisons des adolescents est une belle évolution de ces dernières années et il faut continuer à la développer.

De plus, même si l'hospitalisation est de rigueur pour certains motifs comme l'alcoolisation aigue ou les tentatives de suicides, elle n'est pas toujours la solution adéquate et il faut trouver des alternatives à celle-ci. La multiplication

des structures de soins ambulatoires pour les adolescents reste donc une priorité pour les années à venir.

Enfin, en tant que futur médecin de famille, cette étude m'a permis de cibler précisément les particularités médico-psycho-sociales liées à l'adolescence. Dans la pratique, elle me permettra d'appréhender au mieux les besoins de ces jeunes et de garder à l'esprit qu'il faut saisir l'opportunité d'une consultation qui n'est souvent qu'un « prétexte » pour aider l'adolescent à résoudre son mal-être.

ANNEXE 1

Tableau 1. – Descriptif des neuf domaines de l'ADAD.

1. Médical	– Soucis par rapport à la santé. – Présence de symptômes récurrents ou d'une maladie déclarée.	5. Famille	– Problèmes somatiques, psychiques, d'alcool, ou de drogue d'un membre de la famille. – Conflits familiaux et entente avec les figures parentales.
2. Scolaire	– Statut scolaire actuel. – Déroulement de la vie scolaire (performances, discipline, absences).	6. Psychologique	– Épisodes de traitements psychologiques. – Vécu émotionnel symptomatique et troubles psychiques déclarés.
3. Emploi	– Travail rémunéré (type, rémunération, horaires).	7. Légal	– Arrestations et problèmes avec la justice. – Délits.
4. Social	– Satisfaction par rapport à la vie sociale. – Relations avec les pairs et vie intime.	8 et 9. Alcool et drogue	– Consommation : fréquence, quantité, âge du début, coût. – Substance qui pose le plus de problèmes.

Annexe 1. Exemples de questions de l'ADAD.

I. Domaine médical

Est-ce que vous vous faites du souci au sujet de votre santé ?

Vous est-il déjà arrivé d'être gravement malade ?

II. Parcours scolaire

Au cours des 30 derniers jours, combien de fois (nombre de jours) avez-vous manqué l'école (ou les cours ?) Nb de jours.

Combien de ces absences étaient dues :

– à une maladie ?

– au fait que vous faisiez l'école buissonnière ?

III. Vie active/formation professionnelle

Au cours des 30 derniers jours, combien de jours avez-vous travaillé contre rémunération ?

Quelle est la durée maximale durant laquelle vous avez conservé le même travail ?

_____ jours / _____ semaines / _____ mois

IV. Vie sociale et relations avec les pairs

Pendant votre temps libre, consacrez-vous du temps aux personnes suivantes

0 = pas du tout	2 = passablement
1 = un peu	3 = beaucoup

1) votre famille.

2) vos amis qui consomment de la drogue/alcool.

3) vos amis qui ne consomment rien.

4) vous-même.

V. Antécédents et rapports familiaux

Dans quelle mesure vous sentez-vous proche de votre mère ?

Dans quelle mesure avez-vous l'impression que vous pouvez compter sur ce que vous dit votre père ?

0 = pas du tout	2 = passablement
1 = un peu	3 = beaucoup

VI. État psychique et problèmes

Vous est-il déjà arrivé de vivre les situations suivantes pendant toute une semaine ou plus, sans que cet état soit directement lié à une consommation d'alcool ou de drogue

A. au cours de votre vie

B. au cours des 30 derniers jours

(A) (B)

1) être gravement déprimé(e).

2) être extrêmement anxieux(se) ou tendu(e).

3) avoir des problèmes de mémoire, de compréhension ou de concentration.

4) avoir du mal à contrôler des comportements violents.

5) avoir des comportements anorexiques ou boulimiques.

6) penser sérieusement à en finir, à vous suicider.

7) tenter de vous suicider / Nb de tentatives.

Annexe 1. (suite).

VII. Comportement délinquant/criminel

Est-ce que vous avez déjà été sanctionné(e) ou condamné(e) ? _____

Quelle est la période la plus longue que vous avez passée en détention ? _____

- | |
|--------------------------|
| 0 = aucune |
| 3 = entre 15 et 30 jours |
| 1 = moins de 24 heures |
| 4 = plus de 30 jours |
| 2 = entre 2 et 14 jours |

Pour quelle raison ?

VIII. Consommation de drogue et d'alcool

Vous est-il déjà arrivé d'essayer de diminuer votre consommation d'une substance sans y parvenir ? _____

Au cours des 30 derniers jours, est-ce que vous vous êtes attiré des ennuis à l'école/au travail à cause de l'alcool/de la drogue ?

de drogue _____ / d'alcool _____

Annexe 2. Échelles de fin de section de l'ADAD.

Échelle d'évaluation du sujet

- | | |
|-----------------|------------------|
| 0 = pas du tout | 2 = passablement |
| 1 = un peu | 3 = beaucoup |

Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été gêné(e) ou préoccupé(e) par des problèmes familiaux ? _____

Dans quelle mesure pensez-vous avoir besoin d'une aide ou d'un traitement pour des problèmes familiaux ? _____

Échelle d'évaluation de la gravité

Dans quelle mesure jugez-vous nécessaire que ce sujet bénéficie d'une aide extérieure pour ses problèmes familiaux ? _____

Échelles de confiance

Jugez-vous les réponses ci-dessus faussées par :

Une déformation des faits par le sujet _____

Un manque de compréhension du sujet _____

ANNEXE 2

Annexe A

Annexe 1

ECHELLE D'EVALUATION DES CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT ET DU RISQUE DE RECIDIVE (E.C.A.R.R.)	
nom :	prénom : date de naissance : sexe :
adresse :	
numéro(s) de téléphone :	
Vous avez consulté aux urgences à la suite d'un accident : de sport ☐ de la circulation ☐ à la maison ou au travail ☐ au collège ou au lycée (sauf pendant le sport) ☐ autre ☐	
1. Cet accident a eu lieu :	
a) en présence d'autres personnes, jeunes ou adultes	☐
b) tout seul	☐
2. Avant de vous engager dans ce comportement :	
a) vous avez hésité	☐
b) vous avez agi sans penser au risque d'accident, et même si vous y avez pensé, vous avez continué	☐
3. Au moment de l'accident :	
a) vous avez utilisé le matériel de sécurité, ex : en mobylette, port de casque ; en voiture, ceinture de sécurité ; en sport, équipement adéquat, casque, genouillères, chaussures adaptées... ; au travail, lunettes de protection, gants...	☐
b) vous n'avez pas utilisé le matériel de sécurité	☐
4. Au moment de l'accident :	
a) le cadre et/ou le lieu ont été respectés, étaient conformes à votre activité, ex : accident de la circulation, respect du code de la route ; accident de sport, respect des consignes et du règlement, terrain adapté	☐
b) le cadre et/ou le lieu n'ont pas été respectés, n'étaient pas conformes à votre activité, ex : accident de la circulation, rouler sur le trottoir ou à côté, faire du skate au milieu des voitures ; accident de sport, non respect du règlement ; à la maison, courir dans les escaliers, se pencher excessivement par la fenêtre, autre...	☐
5. Dans les 24 mois qui viennent de s'écouler :	
a) vous avez été victime d'un ou de plusieurs accidents, grave(s) ou non (avec ou sans traumatisme, entorse, fracture, plaie, etc.) de causes diverses : accident pendant une pratique sportive, accident sur la voie publique, à la maison ou au travail	☐
b) vous n'avez pas eu d'accident	☐
6. Aimez-vous circuler vite ou « à fond » ? (en VTT, mobylette, scooter, voiture)	
a) oui	☐
b) non	☐

Pour citer cet article : Marcelli D. et al. Répétition d'accident à l'adolescence : étude prospective de l'échelle d'évaluation des circonstances de l'accident et du risque de récurrence (ECARR). *Neuropsychiatrie Enfance Adolesc* (2009), doi:10.1016/j.neurenf.2009.02.003

7. Consommez-vous régulièrement l'un de ces produits ? : alcool (bière, apéritif, vin), haschich (joint, bhang, douille), ecstasy, cocaïne ;	a) oui b) non	☐ ☐
8. Si oui à la question précédente, avez-vous consommé l'un de ces produits dans les 3 ou 4 heures avant l'accident ?	a) oui b) non	☐ ☐
9. Avez-vous régulièrement présenté des ivresses dans les mois avant l'accident ?	a) oui b) non	☐ ☐
10. Quand vous sortez le soir, faites-vous des excès ? (par ex : bagarres, rentrée à des heures tardives, ivresses, disputes...)	a) oui b) non	☐ ☐
11. Avez-vous vécu au cours des 12 derniers mois des événements de vie douloureux ? (par ex : déménagement, séparation des parents, décès d'un proche, rupture avec des copains ou un(e) petit ami(e)...)	a) oui b) non	☐ ☐
12. A votre avis, y a-t-il un climat tendu chez vous ? (parent malade, difficultés de communication, disputes, rupture avec un parent, humiliations, violences...)	a) oui b) non	☐ ☐

Avez-vous eu des difficultés à répondre à certaines questions ?
Si oui, lesquelles ? Et pourquoi ?

.....

.....

.....

.....

Nous vous remercions de votre participation

ANNEXE 3

CRAFT Test :

Alcool et adolescents

	Oui	Non
1-Es-tu déjà monté (e) dans une voiture conduite par quelqu'un qui avait trop bu?	☐	☒
2-Utilises-tu l'alcool pour te détendre, te sentir mieux ou pour "tenir le coup"?	☐	☒
3-T'arrive-t-il de boire de l'alcool quand tu es seul(e)?	☐	☒
4-As-tu déjà oublié des choses que tu devais faire après avoir bu de l'alcool?	☐	☒
5-As-tu déjà eu des problèmes en consommant de l'alcool?	☐	☒
6-Ta famille ou tes amis t-ont-ils dit que tu devrais réduire ta consommation de boissons alcoolisées?	☐	☒
7-As-tu déjà conduit un véhicule à deux roues (vélo, scooter, moto..) après avoir trop bu?	☐	☒
TOTAL	0	
RESULTATS: But: dépister les usages d'alcool à risque chez l'adolescent Adolescent à risque si 2 réponses positives et 3 ivresses par an (meilleure sensibilité si on retient 4 ivresses par an)		

BIBLIOGRAPHIE

1. La santé des enfants et des adolescents en Europe. 2005 (OMS).
2. Drees, études et résultats. La santé des adolescents. N°322 – juin 2004.
3. Auvray L, Le Fur P. Adolescents : Etat de santé et recours aux soins. Bulletin d'information en économie de la santé. Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé. Mars 2002 ; n°49.
4. Constant J. Innovations dans la prise en charge des adolescents. Ann Med Psychol. 2001; 159 : 679-87.
5. Circulaire DHOS/SDO n°238 du 20 mai 2003 relative à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences.
6. Picherot G, Le Berre S, Hazart I, Muzlack M, Sarthou L, Ramos E. Place des adolescents dans l'urgence hospitalière. Mt pédiatrie 2005 mars-avril ; 8 (2): 81-5.
7. Briard D, Delattre M, Leroux M, Peltier-Chevillard V, Despert V, Lazaro L, Desrousseaux M, Vallery-Masson E, Le Gall E. Spécificité de l'hospitalisation des adolescents en pédiatrie. Mt pédiatrie 2005 mars-avril ; 8 (2): 66-72.
8. Clift L, Dampier S, Timmons S. Adolescents' experiences of emergency admission to children's wards. J Child Health Care 2007 Sep ; 11 (3) : 195-207.
9. Fry R, Ryan J, Salter N, Murrin C, Kelleher CC. Adolescents attending an adult emergency department: their utilisation characteristics and self-reported opinions of care provided. Ir Med J. 2007 Jul-Aug ; 100 (7) : 525-8.
10. Bourgeois FT, Shannon MW. Emergency care for children in pediatric and general emergency departments. Pediatr Emerg care 2007 Feb; 23 (2) : 94-102.
11. Wilson KM, Klein JD. Adolescents who use the emergency department as their usual source of care. Arch Pediatr Adolesc Med. 2000 ; 154 : 361-5.
12. Caflisch M. Les plaintes fonctionnelles à l'adolescence. Arch Pediatr 2005 ; 12 : 811-13.
13. Jacquin P. L'adolescence est-elle une pathologie ? Arch Pediatr 2004 ; 11 : 301-3.
14. Cosserson F. Symptômes actuels à l'adolescence : répondre ou soigner. Place des psychologues auprès des adolescents en pédopsychiatrie. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2009 ; 57 : 50-4.

15. Alvin P, Gasquet I, De Tournemire R, Nouyrigat V, Speranza M. Les adolescents aux urgences hospitalières. A propos d'une enquête menée à l'AP-HP. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2002 ; 50 : 571-6.
16. Gignon M, Ganry O, Boudailliez B, Dubois G. Qui sont ces adolescents recourant aux urgences du CHU d'Amiens ? *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. August 2006 ; 54 (2) : 71.
17. Dobson JV , Bryce L, Glaeser PW, Losek JD. Age limits and transition of health care in pediatric emergency medicine. *Pediatr Emerg Care*. May 2007 ; 23 (5) : 294-7.
18. Jacquin P. La différence des sexes dans la demande de soins à l'adolescence. *Gynecol Obstétr Fertl* 2002 ; 30 : 596-602.
19. Baromètre santé jeunes. Pays de la Loire 2005. Qualité de vie, santé mentale, violences, accidents chez les jeunes de 12 à 25 ans. Observatoire régional de la santé et Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.
20. Levêque B. Les accidents de la circulation chez les adolescents : un risque croissant pour leur santé. *Archives de pédiatrie* 2001 ; 8 : 245-7.
21. Thélot B. Epidémiologie des accidents chez les enfants et les adolescents. *Archives de pédiatrie* 2008 ; 15 : 758-60.
22. Marcelli D, Delamour M, Ingrand I, Ingrand P. Répétition d'accident à l'adolescence : étude prospective de l'échelle d'évaluation des circonstances de l'accident et du risque de récurrence (ECARR). *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2009 ; 57 (5) : 344-67.
23. Deguilhem M, Degravi C, Albaret C, Djagnikpo-Akalla K, Reda S, Duval G. Les accidents scolaires vus des urgences. *Journal Européen des Urgences*. March 2004 ; 17 (Supplément 1) : 125.
24. Baromètre santé jeunes. Activités physiques et sportives, activités sédentaires poids et image du corps chez les jeunes de 12-25 ans. Pays de la Loire 2005. Observatoire régional de la santé et INPES.
25. Caine D, Maffulli N, Caine C. Epidemiology of injury in child and adolescent sports : injury rates, risk factors, and prevention. *Clin Sports Med* 2008 Jan ; 27 (1) : 19-50.
26. Emery CA, Hagel B, Morronegiello BA. Injury prevention in child and adolescent sport : whose responsibility is it? *Clin J Sport Med* 2006 Nov ; 16 (6) : 514-21.
27. Michel G, Purper-Ouakil D, Mouren-Simeoni M-C. Clinique et recherche sur les conduites à risques chez l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2006 ; 54 : 62-76.
28. McQuillan R, Campbell H. Gender differences in adolescent injury characteristics : A population-based study of hospital A&E data. *Public health* 2006 ; 120 : 732-41.

29. Baromètre santé jeunes Loire-Atlantique 2005. Consommation d'alcool, de tabac et de drogues illicites chez les jeunes de 12-25 ans. Observatoire régional de la santé des Pays de Loire Janvier 2006.
30. Caflisch M, Duran M, Aladjem D. L'alcool-défoncé chez les adolescents. Archives de Pédiatrie 2008 June ; 15 (5) : 935.
31. Picherot G, Muszlak M, David V, Dufilhol-Dréno L, Alvin P, Armengaud D, Boudaillez B, Jobert A, Le Bideau M, Lemerle S, Le Roux P, Renaud H, Goddon R, Deneuille E. Intoxication alcoolique aigue de l'adolescent aux urgences : enquête prospective multicentrique. Arch Pediatr. 2003 Mai ; 10 (1) : 140s-2s.
32. Weinberg L, Wyatt JP. Children presenting to hospital with acute alcohol intoxication. Emerg Med J. 2006 ; 23 : 774-6.
33. Lacroix L, Manzano S, Vunda A, Gervais A. Intoxication éthylique aigue chez les adolescents admis aux urgences : un nouveau fléau ? Journal Européen des Urgences 2009 June ; 22 (2) : A83-84.
34. Blondon M, Perisse D, Unni SKE, Wilson A, Mazet P, Cohen D. L'accueil d'urgence en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : évolution sur 20 ans dans un site hospitalo-universitaire. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2007 ; 55 : 23-30.
35. Stephan P, Adamkiewicz B, Bolognini M, Plancherel B, Page M, Bernard M, Halfon O. Caractéristiques psychosociales d'adolescents souffrant de troubles du comportement. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2006 ; 54 : 175-82.
36. Goldstein AB, Silverman MA, Phillips S, Lichenstein R. Mental health visits in a pediatric emergency department and their relationship to the school calendar. Pediatr Emerg Care 2005 Oct ; 21 (10) : 653-7.
37. Goldstein AB, Frosch E, Davarya S, Leaf PJ. Factors associated with a six-month return to emergency services among child and adolescent psychiatric patients. Psychiatr Serv. 2007 Nov ; 58 (11) : 1489-92.
38. Melzer-Lange M, Lye PS. Adolescent health care in a pediatric emergency department. Ann Emerg Med. 1996 May ; 27 (5) : 633-7.
39. Berthaut E, Marcelli D. Urgences psychiatriques à l'adolescence. Rev Prat. 2003 Jun 1 ; 53 (11) : 1191-6.
40. Edelsohn GA , Gomez JP. Psychiatric emergencies in adolescents. Adolesc Med Clin. 2006 Feb ; 17 (1) : 183-204.
41. Duverger P, Picherot G, Champion G, Dreno L. Turbulence in emergency ward. Agitation of children and adolescents. Arch Pediatr. 2006 Jun ; 13 (6) : 819-22.
42. Biros MH, Hick K, Mann J, Gaetz A, Hansen R, Schiming R. Occult depressive symptoms in adolescent emergency department patients. Arch Pediatr Adolesc Med. 2008 Aug ; 162 (8): 769-73.

43. Stexart C, Spicer M, Babl FE. Caring for adolescents with mental health problems : challenges in the emergency department. *J Paediatr Child Health* 2006 Nov ; 42 (11) : 726-30.
44. Alvin P. Adolescents souffrants et suicidants : les dangers de l'esquive. *Archives de pédiatrie* 2008 ; 15 : 1383-7.
45. Alvin P, Marcelli D. Médecine de l'adolescent, collection pour le praticien, 2005 ; 2^{ème} édition. Masson.
46. Forcier M. Emergency department evaluation of acute pelvic pain in the adolescent female. *Clinical Pediatric Emergency Medicine* 2009 March ; 10 (1) :20-30
47. Causey AL, Seago K, Wahl NG, Voelker CL. Pregnant adolescents in the emergency department: diagnosed and not diagnosed. *Am J Emerg Med.* 1997 Mar ; 15 (2) : 125-9.
48. Faucher P, Dappe S, Madelenat P. Maternité à l'adolescence : analyse obstétricale et revue de l'influence des facteurs culturels, socio-économiques et psychologiques dans un étude rétrospective de 62 cas. *Gynecol Obstet Fertil.* 2002 Dec ; 30 (12) : 944-52
49. Baromètre santé jeunes Pays de Loire 2005. Sexualité, contraception, prévention et dépistage des MST. Observatoire régional de la santé.
50. Plan « santé des jeunes » février 2008. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports.
51. Convention constitutive du réseau de la Maison Départementale des Adolescents 2009.
52. Le Berre S. Etude sur le passage des adolescents (11-19 ans) au service d'accueil et d'urgences du centre hospitalier général de Saint-Nazaire 2001 octobre ; Thèse de médecine, Nantes.
53. Laluc Castelain S. Analyse des passages des adolescents âgés de 15 ans 3 mois à 18 ans aux urgences 2004 ; Thèse de médecine, Créteil.
54. Orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins. 2001 Septembre ; ANAES, Service des recommandations professionnelles.
55. Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. 1998 Novembre ; ANAES, recommandations pour la pratique clinique.

ABREVIATIONS

Acc sport : accident de sport

AP-HP : assistance publique des hôpitaux de Paris

AVP : accident de la voie publique

CHU : centre hospitalier universitaire

Doul abdo : douleur abdominale

Fig : figure

Gynéco-obs : gynéco-obstétrique

IVG : interruption volontaire de grossesse

Motif med : motif médical

Motif chir : motif chirurgical

Motif psy : motif psychiatrique

OH : alcoolisation aiguë

Patho chro : pathologie chronique

SAU : service d'accueil et d'urgences

SCAM : sortie contre avis médical

Sd A-D : syndrome anxio-dépressif

Sd append : syndrome appendiculaire

Trbles cppt : troubles du comportement

TS : tentative de suicide

Vs : versus

Nom : BARREAU

Prénom : Caroline

Titre de thèse : ACCUEIL DES ADOLESCENTS AUX URGENCES HOSPITALIERES :
ENQUETE AU CHU DE NANTES.

RESUME

Une enquête rétrospective concernant l'ensemble des patients âgés de 11 à 19 ans ayant été admis au service d'accueil et d'urgences adultes, pédiatriques et gynéco-obstétricales du centre hospitalier universitaire de Nantes a été menée de janvier à décembre 2006. Les résultats ont ensuite été comparés avec les données de la littérature pour voir comment améliorer la prise en charge des ces jeunes. Durant cette période, 11070 adolescents ont été accueillis, ce qui représente 11,5% du volume des urgences hospitalières. Il s'agit en majorité de garçons (54%) avec un sex-ratio de 1,17. L'âge moyen est de 15,9 ans. Les admissions sont plus nombreuses au printemps et à l'automne et 30% d'entre-elles ont lieu le week-end. Le jour le plus fréquenté par les adolescents est ensuite le lundi (15%). Durant la journée, c'est entre 16h et 18h que l'on enregistre le maximum de passages. 23% seulement sont adressés par un médecin. 71% sont accompagnés par un parent et 14% viennent seuls. Le motif principal d'admission est traumatologique (60%), caractéristique retrouvée dans toutes les études. La pathologie médicale représente 22% des motifs d'admission avec une majorité de douleurs abdominales. 10% des passages aux urgences sont d'ordre psychiatrique, dont la moitié correspond à des tentatives de suicide. C'est 2 fois plus qu'à Saint-Nazaire ou encore à l'AP-HP. Les motifs gynéco-obstétricaux concernent 4% des admissions et sont pour les 2/3 des motifs obstétricaux. 19% des adolescents sont hospitalisés à l'issue de leur passage aux urgences.

MOTS-CLES

Adolescents – urgences - CHU Nantes - Enquête