

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2013

Thèse n°

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le sept novembre 2013 à Poitiers
par **Mademoiselle Marie Poerava Dubayle**
née le 23 novembre 1980

La consultation des enfants âgés de 2 à 5 ans inclus au sein d'un cabinet de médecine
générale rural entre 1998 et 2012

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Jean-Luc HOUETO

Membres : Monsieur le Professeur Joseph ALLAL
Monsieur le Professeur Richard MARECHAUD

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Thierry PRECHOUX



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



Le Doyen,

Année universitaire 2013 - 2014

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie (surnombre)
15. DROUOT Xavier, physiologie
16. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
17. EUGENE Michel, physiologie (surnombre)
18. FAURE Jean-Pierre, anatomie
19. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOJJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
30. HERPIN Daniel, cardiologie
31. HOUETO Jean-Luc, neurologie
32. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
33. IRANI Jacques, urologie
34. JABER Mohamed, cytologie et histologie
35. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
36. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation
(de septembre à décembre)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
44. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
45. MACCHI Laurent, hématologie
46. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (surnombre)
47. MARECHAUD Richard, médecine interne
48. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
49. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
50. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
51. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
52. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
53. NEAU Jean-Philippe, neurologie
54. ORIOT Denis, pédiatrie
55. PACCALIN Marc, gériatrie
56. PAQUEREAU Joël, physiologie
57. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
58. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
59. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
60. POURRAT Olivier, médecine interne
61. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
62. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
63. RICHER Jean-Pierre, anatomie
64. ROBERT René, réanimation
65. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
66. ROBLOT Pascal, médecine interne
67. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
68. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
69. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
70. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
71. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
72. TOUCHARD Guy, néphrologie
73. TOURANI Jean-Marc, oncologie
74. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. HURET Jean-Loup, génétique
13. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
14. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
15. MIGEOT Virginie, santé publique
16. ROY Lydia, hématologie
17. SAPANET Michel, médecine légale
18. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
19. THILLE Arnaud, réanimation
20. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique

Professeur associé de médecine générale

VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
LILWALL Amy, maître de langues étrangères

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, microbiologie, bactériologie

Professeurs émérites

1. DABAN Alain, oncologie radiothérapie
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
3. GIL Roger, neurologie
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie - virologie - hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
16. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
17. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
18. GOMBERT Jacques, biochimie
19. GRIGNON Bernadette, bactériologie
20. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
21. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
22. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex émérite)
23. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
24. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
25. MARILLAUD Albert, physiologie
26. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A NOTRE PRESIDENT DE JURY :

Monsieur le Professeur Jean-Luc HOUETO

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury.

Nous vous remercions de l'intérêt porté à notre travail et de vos conseils avisés.

Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde admiration.

A NOS JUGES :

Monsieur le Professeur Joseph ALLAL

Vous avez accepté de juger notre travail et nous en sommes très honorés.

Nous vous exprimons ici notre respectueuse considération.

Monsieur le Professeur Richard MARECHAUD

Nous vous remercions d'avoir accepté de prendre part au jury de cette thèse.

Recevez ici l'expression de notre profond respect.

A NOTRE DIRECTEUR DE THÈSE :

Monsieur le Docteur Thierry PRECHOUX

Ton aide précieuse, ton soutien constant, ta patience ont été tellement précieux au cours de cette dernière année.

Ton amitié m'a été chère lors de ces trois dernières années et j'espère qu'elle se concrétisera par une collaboration harmonieuse et efficace pendant de nombreuses années.

A Madame Marie-Noëlle BORDAGE,

Votre sourire et votre gentillesse ont éclairé ses années poitevines.

A ma maman,

Pour ton soutien parfois sévère toujours sincère et ton amour...

A mon papa,

Pour ta confiance en moi malgré tout et ton exigence, j'espère ne plus jamais te décevoir...

A mes grands-pères,

Partis trop vite, et pourtant je sais que vous auriez été fiers de moi

A mes grands-mères,

Votre bienveillance est un bonheur d'enfance retrouvé à l'âge adulte

A mon frère, Vincent,

Parce que malgré tout, tu comptes énormément pour moi, merci pour ton soutien.

A mes frères et sœurs, Guillaume, Vaiana, Mareva et Nicolas,

Parce que la qualité de la fraternité n'est pas proportionnelle à la durée des moments passés ensemble mais à leur qualité

A mes amies de 30 ans,

Amandine et Marie-Paule malgré les années et les centaines de kilomètres ou même plus qui n'ont jamais enlevé aucun bonheur à nos retrouvailles trop rares à mon goût.

A Madame Ducret Marie Claude,

Pour votre affection et votre soutien moral et logistique

A mes oncles, tantes, cousins et cousines,

A mes maîtres,

Pour l'amour et le respect de ce métier que vous m'avez donné de manière désintéressée, sans couvert de casquette obligatoire

A mes patients, passés et futurs, aux habitants de Javerlhac,

Parce que votre attente enthousiaste est une motivation importante

A Eric,

Pour les 17 dernières années (et j'espère de nombreuses autres encore) et ton amour bien souvent mis à mal,

Je t'aime

A ma crevette,

Ta présence me soutient aujourd'hui pour cette soutenance et j'ai hâte de te connaître

A Manutea,

Mon fils adoré, je ne t'ai pas épargné cette dernière année (je te promets que je vais me rattraper et que nous passerons du temps à faire toutes les choses que nous aurions aimé faire ces derniers mois et que je n'ai pas pu t'offrir), tu m'as donné la force et le courage qui souvent me faisaient défaut, je t'aime jusqu'à la lune et retour, pour toujours !

PLAN DE LA THESE

LISTE DES ENSEIGNANTS	I
REMERCIEMENTS	III
PLAN DE LA THESE	VII
ABREVIATIONS UTILISEES	XIV
INTRODUCTION	1
1 <u>GENERALITES</u>	4
1.1 Démographie et santé en Europe	4
1.2 Etat des lieux de la prise en charge de la santé des enfants en France	5
1.2.1 Le médecin généraliste dans le parcours de soins	5
1.2.2 La densité médicale en France	6
1.2.2.a la densité médicale des médecins généralistes	6
1.2.2.b la densité médicale des pédiatres	7
1.3 Les motifs de recours en médecine générale pour les enfants	9
1.3.1 Quelle est la typologie des consultations des enfants en médecine générale ?	10
1.3.2 Quelle est la conduite tenue à l'issue de la consultation ?	11

1.4	Quelle est l'évolution de la santé en France au cours de ces dernières années ?	12
1.5	Quels sont les motifs de recours de l'enfant en médecine générale ?	13
1.6	Existe-t-il une évolution du nombre de molécules prescrites dans la population générale ?	15
2	<u>OBJECTIFS DE CETTE ETUDE</u>	17
3	<u>MATERIELS ET METHODE</u>	18
3.1	Type d'étude	18
3.2	Population étudiée	18
3.2.1	Particularités sociologiques et démographiques de la Dordogne	19
3.2.2	Particularités sociologiques et démographiques de la commune de Javerlhac	20
3.3	Période de recueil	24
3.4	Moyens d'inclusion	24
3.5	Variables étudiées	25
3.6	Analyse des données	26

4 RESULTATS	27
4.1 Population étudiée	27
4.2 Les résultats des consultations	28
4.2.1 Les motifs de consultations en fonction de l'âge de l'enfant	31
4.2.1.a La bronchite aigue en fonction de l'âge de l'enfant	33
4.2.1.b La rhino-pharyngite aigue en fonction de l'âge de l'enfant	35
4.2.1.c La toux en fonction de l'âge de l'enfant	37
4.2.1.d L'angine en fonction de l'âge de l'enfant	39
4.2.1.e L'otite en fonction de l'âge de l'enfant	41
4.2.1.f La vaccination en fonction de l'âge de l'enfant	43
4.2.1.g Les troubles du comportement en fonction de l'âge de l'enfant	45
4.2.1.h La conjonctivite en fonction de l'âge de l'enfant	47
4.2.1.i La constipation en fonction de l'âge de l'enfant	49
4.2.1.j Les dermatoses en fonction de l'âge de l'enfant	51
4.2.1.k Les diarrhée, nausée et vomissement en fonction de l'âge de l'enfant	53
4.2.1.l Les états fébriles en fonction de l'âge de l'enfant	55
4.2.1.m Les examens systématiques et prévention en fonction de l'âge de l'enfant	57
4.2.1.n Les plaintes abdominales en fonction de l'âge de l'enfant	59
4.2.1.o Les piqûres d'insecte en fonction de l'âge de l'enfant	61
4.2.1.p La varicelle en fonction de l'âge de l'enfant	63
4.2.1.q Les mycoses en fonction de l'âge de l'enfant	65
4.2.2 Les motifs de consultation en fonction de l'année de naissance de l'enfant	67
4.2.2.a La bronchite aigue en fonction de l'année de naissance de l'enfant	69

4.2.2.b	La rhinopharyngite aigue en fonction de l'année de naissance de l'enfant	71
4.2.2.c	La toux en fonction de l'année de naissance de l'enfant	73
4.2.2.d	L'angine en fonction de l'année de naissance de l'enfant	75
4.2.2.e	Les otites en fonction de l'année de naissance de l'enfant	77
4.2.2.f	La vaccination en fonction de l'année de naissance de l'enfant	79
4.2.2.g	Les troubles du comportement en fonction de l'année de naissance de l'enfant	81
4.2.2.h	La conjonctivite en fonction de l'année de naissance de l'enfant	83
4.2.2.i	La constipation en fonction de l'année de naissance de l'enfant	85
4.2.2.j	Les dermatoses en fonction de l'année de naissance de l'enfant	87
4.2.2.k	Les diarrhée, nausée et vomissement en fonction de l'année de naissance de l'enfant	89
4.2.2.l	L'état fébrile en fonction de l'année de naissance de l'enfant	91
4.2.2.m	Les examens systématiques et la prévention en fonction de l'année de naissance de l'enfant	93
4.2.2.n	La plainte abdominale en fonction de l'année de naissance de l'enfant	95
4.2.2.o	Les piqûres d'insectes en fonction de l'année de naissance de l'enfant	97
4.2.2.p	La varicelle en fonction de l'année de naissance de l'enfant	99
4.2.2.q	Les mycoses en fonction de l'année de naissance de l'enfant	101
4.3	Les consultations en fonctions de l'âge et de l'année de naissance de l'enfant	103

4.4 Le pourcentage de consultation se terminant par la rédaction d'une prescription médicamenteuse en fonction de l'âge et l'année de naissance de l'enfant	105
4.5 Le nombre moyen de molécules prescrites par ordonnance en fonction de l'âge et de l'année de naissance de l'enfant	107
4.6 Le pourcentage de prescription d'antibiotique lors des consultations en fonction de l'âge et de l'année de naissance de l'enfant	109
4.7 Le pourcentage de prescription d'homéopathie lors de la consultation en fonction de l'âge et de l'année de naissance de l'enfant	111
5 <u>DISCUSSION</u>	113
5.1 Limites	113
5.2 Principaux résultats	114
5.2.1 Les motifs de consultation dont la fréquence de survenue ne sont pas influencés par l'âge des patients	114
5.2.2 Les motifs de consultation dont la fréquence de survenue sont influencés par l'âge des patients	115
5.2.3 Analyse des données liées à l'âge des patients	116
5.2.3.a Les motifs de consultation dont la fréquence est influencée par l'âge de l'enfant consultant et correspondant à des pathologies infectieuses	117

5.2.3.b	Les motifs de consultation dont la fréquence est influencée par l'âge de l'enfant consultant et ne correspondant pas à des pathologies infectieuses	119
5.2.3.c	Les motifs de consultation dont la fréquence est influencée par l'âge de l'enfant consultant et pour lesquels nous n'avons pas une explication épidémiologique évidente	120
5.2.3.d	Les principaux facteurs influant sur la fréquence de survenue des motifs de consultation en fonction de l'âge	121
5.2.4	Tous les motifs de consultation sont influencés par l'année de naissance de l'enfant consultant	123
5.2.5	L'évolution du nombre de consultation en fonction de l'âge et l'année de naissance de l'enfant consultant	125
5.2.6	L'évolution du pourcentage de consultation se terminant par la rédaction d'une prescription médicamenteuse en fonction de l'âge et de l'année de naissance de l'enfant	126
5.2.7	L'évolution du nombre moyen de molécules prescrites par ordonnance en fonction de l'âge et de l'année de naissance de l'enfant	127
5.2.8	L'évolution du pourcentage de prescription d'antibiotique lors de consultations en fonction de l'âge et de l'année de naissance de l'enfant	128
5.2.9	L'évolution du pourcentage de prescription d'homéopathie lors de consultation en fonction de l'âge et de l'année de naissance de l'enfant	129
5.3 perspectives		130
CONCLUSION		132
LISTE DES FIGURES		i

LISTE DES TABLEAUX	vi
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	xii
RESUME ET MOTS CLES	xvi
SERMENT	xvii

ABREVIATIONS UTILISEES

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

EUROSTAT : Direction générale de la Commission Européenne chargée de l'information statistique à l'échelle communautaire

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ONM : Ordre National des Médecins

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

DOM : Département d'Outre Mer

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

DU : Diplôme d'Université

ARS : Agence Régionale de Santé

CLM : Cegedim Logiciel Médicaux[®]

p1000 : pour mille

INTRODUCTION

Au cours de notre internat, nous avons eu la chance de faire plusieurs remplacements en milieu rural.

Au sein de cet exercice diversifié de la médecine générale en milieu rural, nous avons pu appréhender l'importance de la consultation des enfants et des nourrissons par le médecin généraliste-médecin de famille.

Les enfants de moins de 16 ans sont pris en charge pour les soins primaires aussi bien par des pédiatres que par des médecins généralistes. Ils constituent d'ailleurs 13% de l'ensemble des consultations et visites des médecins généralistes. 88% des enfants qui consultent un médecin généraliste le font dans le cadre d'un suivi régulier¹.

Les consultations ont le plus souvent lieu au cabinet du médecin.

Les affections des enfants, généralement bénignes, touchent principalement les voies aériennes supérieures. Les diagnostics les plus fréquemment observés chez l'enfant relèvent des affections aiguës et de la prévention, qui sont associées chez près de 70% des séances.¹

Il est un lieu commun de dire que la consultation d'un enfant est particulière. Elle est particulière par sa distribution : c'est une consultation en trio : l'enfant, le ou les parents et le médecin, en fonction de l'âge de l'enfant celui-ci peut ne pas être à l'origine de la consultation. Celle-ci est toujours l'occasion de lever une inquiétude parentale. Elle aussi particulière par la part prépondérante qu'y tiennent la médecine préventive, les vaccinations, les certificats médicaux, les actes de dépistage...

L'enfant possède aussi sa propre épidémiologie, la prévalence des maladies infectieuses est plus importante et les maladies chroniques sont plus rares que chez l'adulte.

Nous avons choisi de nous intéresser à un âge particulier, l'enfant de 2 et 5 ans inclus. Ce qui correspond aux premières années de scolarisation de l'enfant en école maternelle et en milieu rural où les crèches sont rares à la première vraie période de rencontre de la collectivité pour l'enfant.

Cet âge est également l'âge du début de l'expression compréhensible par un tiers autre que les parents.

Enfin depuis 2006, elle correspond à une tarification spécifique : « la majoration généraliste enfant » qui valorise la particularité de cette consultation dans la mesure où celle-ci comporte « un interrogatoire, un examen complet, un entretien de conclusions avec la conduite à tenir, les prescriptions préventives ou thérapeutiques ou d'examens complémentaires éventuels et qu'elles donnent lieu à une mise à jour du carnet de santé de l'enfant ».²

Selon l'OMS, en 2010, 7,6 millions d'enfants sont décédés avant leur cinquième anniversaire dans le monde contre 9,6 millions en 2000. Les premières causes de mortalité de ces enfants étaient les pneumopathies, la prématurité, les maladies diarrhéiques, le paludisme, la rougeole et l'infection par le VIH. La malnutrition est responsable de plus d'un tiers des décès chez les enfants de moins de 5 ans^{3,5}.

De plus l'OMS évalue à 1,3 million le nombre annuel de décès à travers le monde liés aux accidents de la route ce qui constitue la principale cause de décès dans le monde chez les 15-29 ans et la deuxième chez les 5-14 ans⁴.

L'eau insalubre, les mauvaises conditions d'assainissement et d'hygiène font chaque année de nombreuses victimes et seraient responsable de 1,2 million de décès chez les enfants de moins de 5 ans des suites de diarrhée⁵.

Heureusement, en France métropolitaine nous sommes peu confrontés aux problèmes soulevés par l'OMS.

Les enfants sont pris en charge majoritairement par un médecin généraliste chez lequel la médecine de famille prend alors tout son sens. Cela étant encore plus flagrant en milieu rural du fait de la rareté des pédiatres.

La prise en charge des enfants par le médecin généraliste a fait l'objet de plusieurs études relevant des données de manière instantanée. Les comparant généralement à d'autres classes d'âge.

Mais l'évolution de cette prise en charge dans le temps n'a, à notre connaissance, jamais été décrite.

Or, il nous sommes intéressant de voir s'il est possible de dégager une évolution dans cette prise en charge. En effet, la prise en charge des enfants a ceci de particulier qu'elle correspond peu à une prise en charge de maladies chroniques. Les enfants consultant peu de manière systématique pour un suivi mensuel ou trimestriel contrairement aux adultes.

Il est donc plus aisé d'essayer de dégager les impacts d'éventuels évènements extérieurs à la consultation elle-même et au motif de consultation : les campagnes de prévention et d'éducation des patients et plus récemment ceux des scandales pharmaceutiques.

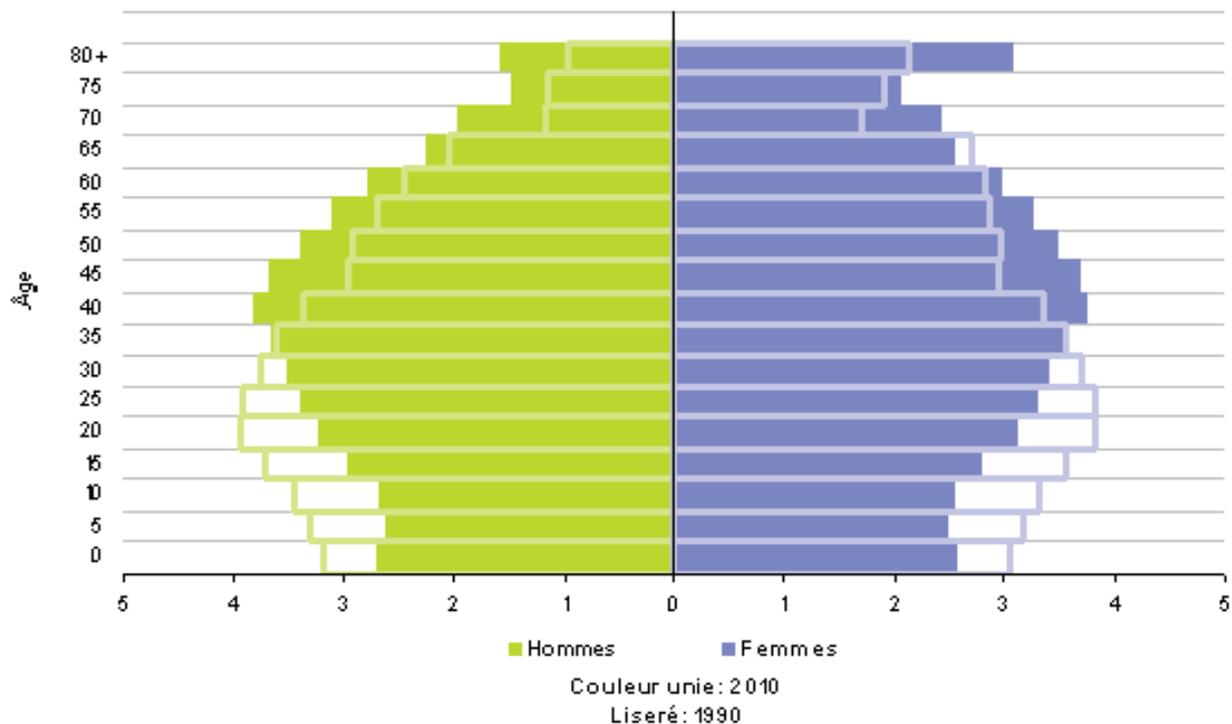
1 GENERALITES

1.1 Démographie et santé en Europe

Selon l'EUROSTAT⁶, au premier janvier 2012, la population de l'Union Européenne était de 504,7 millions d'habitants contre 484,6 millions d'habitants en 2002.

La proportion des enfants dans l'Union Européenne est faible, ainsi la proportion des 0-14 ans ne représente que 15,6% de la population européenne en 2012.

Figure 1 : Pyramide des âges dans l'Union Européenne des 27 en 1990 et 2010 selon EUROSTAT



(1) À l'exclusion des départements français d'outre-mer pour 1990; 2010, provisoires.
Source: Eurostat (code des données en ligne: demo_pjangroup)

Le taux de mortalité infantile en Union Européenne en 2012 était de 3,9 décès pour 1000 naissances⁷.

1.2 Etat des lieux de la prise en charge de la santé des enfants en France

En France, au premier janvier 2013, la population totale est estimée à environ 65,5 millions d'habitants. Avec pour les enfants de 2 à 5 ans inclus une répartition de 4,95% de la population générale, les âges étant répartis de manière égale entre eux. Soit un peu plus de 3 millions d'individus⁸.

Tableau 1 les enfants âgés de 2 à 5 ans inclus, dans la population française (source INSEE)

Age	Nombre	pourcentage
2	813 319	1,24%
3	808 128	1,23%
4	814 704	1,24%
5	812 452	1,24%
total	3 248 603	4,95%

1.2.1 Le médecin généraliste dans le parcours de soins :

En 2003, la DREES publie une étude⁹ sur la trajectoire des soins.

Le médecin généraliste était le premier recours, tous âges confondus dans 71% des cas.

Il donnait lieu en second recours à un spécialiste dans 2% des cas.

Le pédiatre était un premier recours pour 3% des cas.

La médecine générale est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires.

Cette notion de soins primaires, définie par l’OMS lors de la conférence d’Alma Ata en 1978, a été précisée en 1996 par l’American Institute of Medicine:

« Les soins primaires sont des prestations de santé accessibles et intégrées, assurées par des médecins qui ont la responsabilité :

- *De satisfaire une grande majorité des besoins individuels de santé,*
- *D’entretenir une relation prolongée avec leurs patients et*
- *D’exercer dans le cadre de la famille et de la communauté. »*^{10,11}

Les soins aux enfants font donc partie intégrante de ses fonctions.

1.2.2 La densité médicale en France :

1.2.2.a la densité médicale des médecins généralistes

La densité moyenne des médecins généralistes en France est de 4,4 médecins généralistes pour 5 000 habitants en 2011 (ONM). Avec cependant de fortes disparités géographiques¹².

Au sein d’une même région, il existe des disparités importantes. De même un département bien pourvu en médecins généralistes par rapport à la moyenne nationale peut comporter des zones sous denses. Ainsi, les Alpes-Maritimes, qui est l’un des départements les mieux dotés, voit celles-ci géographiquement concentrées sur les quinze kilomètres de la bande littorale, l’arrière pays correspondant à un authentique désert médical. Il y a donc des déserts médicaux dans quasiment tous les départements¹².

Il convient donc de descendre à un niveau d’analyse infra-départemental. Le niveau qui semble le plus pertinent est celui des bassins de vie, définis comme les plus petits territoires au sein desquels les populations ont accès à la fois à l’emploi et aux

équipements de la vie courante. Parmi ces derniers, figurent les équipements de santé : médecins, infirmiers, pharmacies, masseurs-kinésithérapeutes, dentistes, ambulances, maternités, urgences, hôpitaux de court, moyen et long séjour.

Densité des médecins généralistes libéraux et mixtes pour 5 000 habitants à l'échelle des bassins de vie

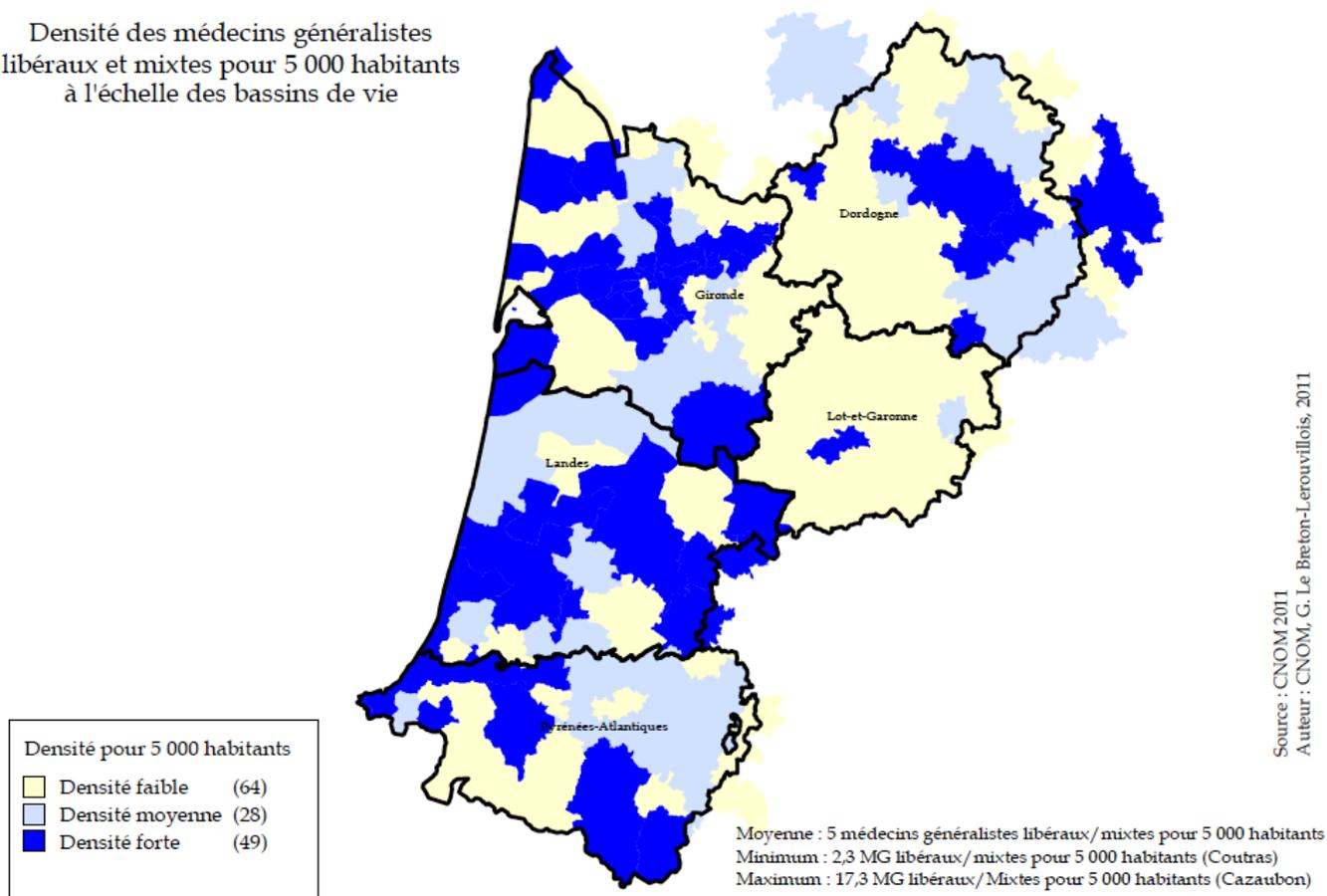


Figure 2 : La densité médicale des médecins généralistes en Aquitaine

1.2.2.b la densité médicale des pédiatres

La densité moyenne des pédiatres (tous modes d'exercice confondus) est de 61 médecins pour 100 000 jeunes de moins de 15 ans. L'Île-de-France avec une densité de 90 médecins et PACA avec une densité de 78 médecins, font partie des régions les mieux dotées. Les régions de Poitou-Charentes, Pays de la Loire, Champagne-Ardenne et les DOM sont les régions les moins bien dotées avec des densités allant de 40 à 42 pédiatres.¹³

Les pédiatres exercent pour 49% en établissement d'hospitalisation public ou privé.

En ce qui concerne les pédiatres libéraux, les données de la CNAMTS¹³ montrent une inégalité interdépartementale forte, qui s'est beaucoup accentuée entre 1999 et 2008. Le rapport entre la densité maximale et minimale (excluant la Lozère qui ne compte aucun pédiatre libéral) est actuellement de 1 à 29, alors qu'il n'était que de 1 à 9 en 1999.

Enfin, à l'échelle des territoires, la concentration des pédiatres libéraux est forte, puisque 94 % d'entre eux exercent dans les pôles urbains

1.3 Les motifs de recours en médecine générale pour les enfants.

La DREES a fait une étude en 2002 sur six mois regroupant 818 médecins généralistes¹⁴.

Chacun a décrit une soixantaine de consultations qui concernaient des enfants de moins de quinze ans.

En moyenne, un médecin généraliste consacre 13,1% de son activité aux enfants. 61,2 % des femmes médecins consacrent plus de 10 % de leur activité aux enfants, alors que les hommes ont une activité pédiatrique moins importante. L'âge moyen de l'échantillon est de 47,4 ans.

Les médecins travaillent pour 63,3 % des cas dans des villes de moins de 50 000 habitants.

Ceux qui travaillent dans des villes de plus de 50 000 habitants ne sont que 38,6 % à avoir vu plus de dix enfants dans cette période.

88 % des enfants sont suivis régulièrement par le médecin consulté.

La moyenne d'âge des enfants est de 6,6 ans.

1.3.1 Quelle est la typologie des consultations des enfants en médecine générale ?

Elles ont lieu :

- · pour 87 % au cabinet du médecin généraliste et
- · pour 13 % en visite.

Les séances urgentes constituent 9,8 % du total des consultations.

La DREES estime qu'en 1998 la part des visites à domicile concernait :

- · Pour 29,7 % des enfants entre 0 et 4 ans et
- · Pour 21,3 % des enfants entre 5 et 14 ans.

Un seul diagnostic est posé dans 85,9 % des séances, même si le nombre moyen de diagnostics par séance est de 1,2¹.

1.3.2 Quelle est la conduite tenue à l'issue de la consultation ?

Lors de 5,4 % des séances, un « second recours » est prescrit.

Celui-ci correspond au recours d'un médecin spécialiste ou d'un personnel paramédical (en particulier les kinésithérapeutes)¹.

31,7% des consultations ne s'accompagnent d'aucune prescription, même si en moyenne deux médicaments sont prescrits.¹

En 2002¹, le cout moyen de l'ordonnance de l'enfant est de 9,12€. Les molécules les plus prescrites sont les antalgiques (17,8%), les antibiotiques (13,8%), les expectorants (16,3%) et les traitements rhinopharyngés locaux (12,7%).

Il est difficile de trouver des études scientifiquement indépendantes concernant la prescription d'homéopathie que ce soit dans la population générale ou dans la population infantile.

1.4 Quelle est l'évolution de la santé en France au cours des dernières années ?

Les données sur l'évolution de la prise en charge des français sont peu fréquentes. Si on se base sur les données les plus fréquentes : le coût de la santé on peut dégager une évolution générale de la santé en France.

Entre 2000 et 2011, le cout de la santé en France a augmenté de 57%. La part de la consultation médicale a quand a elle augmenté de 45% et les dépenses pharmaceutiques de 44,5%.¹⁵

Tableau 2 : Consommation de soins et de biens médicaux en 2011 en milliards d'euro, source INSEE

	2000	2005	2008	2009	2010	2011
Soins hospitaliers	54,1	68,5	76,2	79,2	81,4	83,6
Soins de ville	28,6	37,4	42,1	43,3	44,1	45,7
<i>Médecins</i>	13,2	16,5	18,2	18,6	18,5	19,2
<i>Auxiliaires médicaux</i>	5,8	8,1	9,9	10,4	11,0	11,5
<i>Dentistes</i>	6,7	8,7	9,6	9,7	10,0	10,3
<i>Analyses de laboratoire</i>	2,6	3,8	4,1	4,2	4,3	4,4
<i>Cures thermales</i>	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Transports de malades	1,9	2,8	3,4	3,6	3,8	3,9
Médicaments	24,0	30,7	33,4	34,1	34,5	34,7
Autres biens médicaux	6,0	8,8	10,7	11,0	11,6	12,2
Ensemble	114,6	148,1	165,7	171,1	175,4	180,0

1.5 Quels sont les motifs de recours de l'enfant en médecine générale ?

Ils sont décrits par le Docteur Elisabeth GRIOT dans « Les consultations d'enfants en médecine générale : consommation médicale, affections pédiatriques en soins primaires »¹⁶ à partir d'une année d'observations.

Entre 0 et 2 ans, 55 % des consultations concernent une étiologie infectieuse :

- L'état fébrile,
- La bronchite aiguë,
- La diarrhée et le vomissement,
- Les pathologies de la sphère ORL.

Après la pathologie infectieuse, le généraliste assume essentiellement des actes de prévention pour 32,1 % des consultations.

Pour les enfants entre 2 et 10 ans, les motifs infectieux représentent plus de la moitié de l'activité des médecins : 52,9 %.

Les examens systématiques ainsi que les vaccinations ont une fréquence moitié moindre que chez les nourrissons : 14 %.

Cinq nouveaux motifs de consultations apparaissent à cet âge : La pharyngite, la plainte abdominale, l'asthme, la varicelle et les plaies.

Pour les enfants entre 10 et 15 ans, les vaccinations sont en premier lieu puis les examens systématiques, soit 30 % des consultations pour des actes de prévention.

Les affections ORL gardent encore de l'importance avec 13,4% des consultations.

La fièvre représente 7 % des consultations.

La traumatologie, la rhumatologie avec les entorses, les contusions, les arthropathies-péri arthropathies, les anomalies posturales et l'algie apparaissent.

La dermatologie s'enrichit avec le tableau de l'acné.

La procédure administrative atteint 1,5 % des consultations.

Elle correspond à la rédaction d'un certificat, d'un formulaire ou d'une lettre, à la demande du patient, de l'entourage ou d'une administration, pour un problème médico-social, médico-légal ou personnel.

1.6 Existe-t-il une évolution du nombre de molécules prescrites dans la population générale ?

Selon l'enquête sur les consultations et visites des médecins généralistes libéraux menée par la DREES en 2002, près de 80% des consultations donnent lieu à la prescription d'au moins un médicament. Les médecins prescrivent en moyenne 2,9 médicaments par consultation. Le nombre de médicaments prescrits varie selon le diagnostic établi, étant plus élevé en cas de problèmes cardiovasculaires ou de pathologies chroniques¹⁷.

Les données connues sur l'évolution de la prescription des médicaments concernent essentiellement les antibiotiques qui sont l'objet de plusieurs campagnes de sensibilisation ses dernières années¹⁸.

Ainsi entre 2002 et 2012, la consommation d'antibiotiques a baissé de 9% mais a augmenté de 3% au cours des 5 dernières années nommes (ANSM)¹⁹.

Il est intéressant de noter dans l'étude de l'ANSM que les femmes représentent 57,3% des consommateurs d'antibiotiques et que ce sont elles qui accompagnent le plus souvent leurs enfants en consultation chez le médecin.

Indirectement, nous pouvons évaluer l'évolution de la prescription médicamenteuse en s'appuyant sur l'évolution des ventes des médicaments aux officines et aux hôpitaux entre 1996 et 2006 grâce à un rapport de l'ancienne AFSSAPS²⁰.

Ce rapport indique que les ventes aux officines ont augmenté de 5,5% entre 1996 et 2006 en chiffres d'affaire. Soit 2 966 millions de boites en 1996 et 3165 millions de boites en 2006.

Les médicaments les plus vendus en officine sont les antalgiques en quantité de boite.

1- En valeur			2- En quantités		
Rang 2006 (rang 2005)	Produit	Classe	Rang 2006 (rang 2005)	Produit	Classe
1 (1)	PLAVIX	Antiagrégant plaquettaire	1 (1)	DOLIPRANE	Antalgique
2 (2)	TAHOR	Hypolipidémiant	2 (2)	EFFERALGAN	Antalgique
3 (3)	SERETIDE	Antiasthmatique	3 (3)	DAFALGAN	Antalgique
4 (5)	INEXIUM	Antiulcéreux	4 (4)	LEVOTHYROX	Hormones
5 (34)	ARANESP	Antianémique	5 (5)	KARDEGIC	Antiagrégant plaquettaire
6 (9)	ARICEPT	Maladie d'Alzheimer	6 (6)	SPASFON	Antispasmodique
7 (7)	SYMBICORT	Antiasthmatique	7 (10)	TAHOR	Hypolipidémiant
8 (10)	GLIVEC	Antinéoplasique	8 (12)	VOLTARENE	Antiinflammatoire
9 (4)	ELISOR	Hypolipidémiant	9 (11)	ELUDRIL	O.R.L. - Antibactérien
10 (17)	ENBREL	Traitement polyarthrite rhumatoïde	10 (8)	DIANTALVIC	Antalgique
11 (14)	AMLOR	Antihypertenseur	11 (8)	DAFLON	Veinotonique
12 (20)	INIPOMP	Antiulcéreux	13 (12)	MAGNE B6	Supplément minéral
13 (13)	LOVENOX	Anticoagulant	13 (14)	ADVIL	Antalgique
14 (15)	DOLIPRANE	Antalgique	14 (20)	FORLAX	Laxatif
15 (247)	PREVENAR	Vaccin	15 (19)	PIASCLEDINE	Antirhumatismal
16 (16)	PARIET	Antiulcéreux	16 (15)	ASPEGIC	Antalgique
17 (54)	NEORECORMON	Antianémique	17 (29)	METHADONE	Traitement substitutif
18 (23)	ARIMIDEX	Thérapeutique endocrine - Tumeur du sein	18 (23)	LAMALINE	Antalgique
19 (25)	COVERSYL	Antihypertenseur	19 (21)	ORELOX	Antibiotique
20 (37)	AVONEX	Traitement sclérose en plaques	20 (30)	PLAVIX	Antiagrégant plaquettaire
21 (28)	NEULASTA	Immunostimulant - Facteur de croissance	21 (43)	IXPRIM	Antalgique
22 (24)	APROVEL	Antihypertenseur	22 (17)	TEMESTA	Anxiolytique
23 (21)	ORELOX	Antibiotique	23 (16)	ENDOTELON	Veinotonique
24 (6)	VASTEN	Hypolipidémiant	24 (28)	SUBUTEX	Traitement substitutif
25 (32)	COAPROVEL	Antihypertenseur	25 (27)	RHINOFLUIMUCIL	O.R.L.
26 (35)	COTAREG	Antihypertenseur	26 (31)	VASTAREL	Antiangoreux
27 (36)	SINGULAIR	Antiasthmatique	27 (34)	AMLOR	Antihypertenseur
28 (42)	EFFEXOR	Antidépresseur	28 (25)	IRENUTRYL 500	INutrition
29 (18)	OGAST	Antiulcéreux	29 (38)	AERIUS	Antihistaminique
30 (30)	ACTONEL	Traitement ostéoporose	30 (70)	HELICIDINE	Antitussif
31 (19)	RISPERDAL	Antipsychotique	31 (7)	PROPOFAN	Antalgique
32 (50)	CRESTOR	Antiulcéreux	32 (57)	PNEUMOREL	Antitussif
33 (29)	ZYPREXA	Neuroleptique	33 (35)	METEOSPASMYL	Antispasmodique
34 (38)	SUBUTEX	Traitement substitutif	34 (18)	GINKOR	Veinotonique
35 (48)	LANTUS	Antidiabétique	35 (44)	DEXERYL	Préparation dermatologique
36 (43)	ZELITREX	Antiviral systémique	36 (51)	SOLUPRED	Corticoïde à usage systémique
37 (40)	TANAKAN	Vasodilatateur	37 (33)	TOPLEXIL	Antitussif
38 (81)	HUMIRA	Traitement polyarthrite rhumatoïde	38 (340)	THIOVALONE	O.R.L.
39 (33)	LANZOR	Antiulcéreux	39 (40)	TANAKAN	Vasodilatateur
40 (31)	LAMISIL	Antifongique topique	40 (78)	INEXIUM	Antiulcéreux
41 (26)	EFFERALGAN	Antalgique	41 (46)	BETADINE	Antiseptique
42 (43)	COZAAR	Antihypertenseur	42 (24)	STILNOX	Hypnotique
43 (41)	PYOSTACINE	Antibiotique	43 (45)	VENTOLINE	Antiasthmatique
44 (46)	TAREG	Antihypertenseur	44 (37)	MEDIATOR	Antidiabétique
45 (11)	MOPRAL	Antiulcéreux	45 (49)	IPIVALONE	O.R.L.
46 (101)	EPREX	Antianémique	46 (55)	IPREVISCAN	Antithrombotique
47 (51)	AERIUS	Antihistaminique	47 (53)	DIALGIREX	Antalgique
48 (45)	VASTAREL	Antiangoreux	48 (41)	EFFEXOR	Antidépresseur
49 (52)	DIAMICRON	Antidiabétique	49 (52)	NUROFEN	Antalgique
50 (54)	ART 50	Traitement symptomatique arthrose	50 (72)	EMLAPATCH	Anesthésique local

Tableau 3 : les cinquante produits les plus vendus en officines en 2006 (ANSM)

2 OBJECTIFS DE CETTE ETUDE

Les objectifs de cette étude sont essentiellement de dégager une évolution dans le temps de la prise en charge des enfants en médecine générale.

- Existe-t-il une évolution dans la typologie des consultations des enfants de 2 à 5 ans inclus chez le médecin généraliste ?
- Existe-t-il une évolution des motifs de consultations pour les enfants 2 à 5 ans inclus chez le médecin généraliste ?
- Existe-t-il une évolution de la prescription médicamenteuse en terme de nombre de molécules prescrites pour les enfants 2 à 5 ans inclus chez le médecin généraliste ?
- Existe-t-il une évolution de la prescription d'antibiotique pour les enfants 2 à 5 ans inclus chez le médecin généraliste ?
- Existe-t-il une évolution de la prescription d'homéopathie pour les enfants 2 à 5 ans inclus chez le médecin généraliste ?

Le fait d'étudier une population rurale permet de recruter plus de patients étant donné que la majorité des patients étudiés sont suivis essentiellement par le médecin généraliste du fait de la pénurie locale de pédiatres et de l'éloignement géographique de ces derniers.

3 MATERIEL ET METHODE

3.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective à visée descriptive

3.2 Population étudiée

Nous avons choisi d'étudier les patients nés entre 1996 et 2009 ayant consulté au moins une fois le médecin généraliste au sein du cabinet médical entre l'âge de 2 à 5 ans révolus.

Les périodes de consultation s'étendent donc sur une période de 15 ans allant de 1998 à 2012.

La patientèle au sein de laquelle se trouve la population étudiée est celle d'un praticien médecin généraliste homme installé dans un petit village du nord de la Dordogne depuis 1987, titulaire du DU d'homéopathie depuis 1998.

3.2.1 Particularités sociologiques et démographiques de la Dordogne.

Administrativement, la Dordogne est un des cinq départements de la région Aquitaine, créé le 4 mars 1790. Le Chef-lieu du département est Périgueux et les sous-préfectures sont Bergerac, Nontron et Sarlat-la-Canéda. La Dordogne compte 557 communes.²⁴

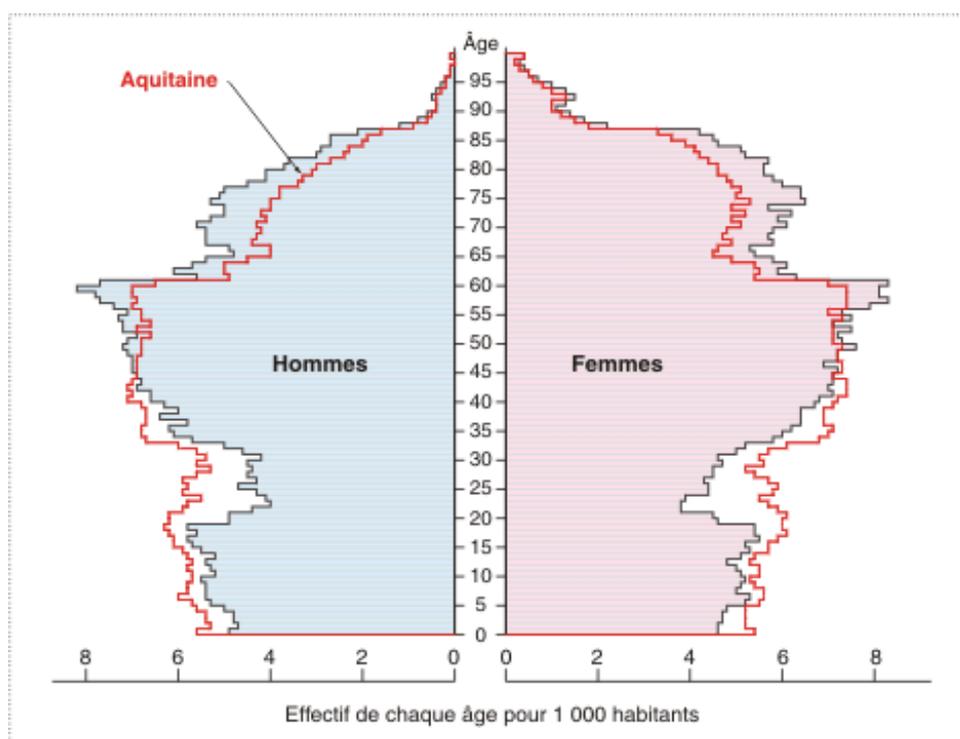
C'est le troisième département français par sa superficie.

Au 1er janvier 2007, la Dordogne compte 405 500 habitants et représente 13 % de la population aquitaine. La densité de population de la Dordogne est faible (45 hab/km²), comparée à celle de l'Aquitaine (76 hab/km²) et la métropole hors Île-de-France (94 hab/km²). L'âge moyen est estimé à 44,4 ans en 2006 contre 43,4 ans en 1999, soit le plus élevé de l'Aquitaine. En effet, 30,1 % de la population est âgée de 60 ans ou plus pour 20,6 % de moins de 20 ans.

Entre 1999 et 2007, la population s'est accrue de 0,5 % par an en moyenne, grâce à un excédent migratoire qui compense le fort déficit naturel. La Dordogne présente le plus faible taux de natalité de la région, soit 9,3 naissances pour mille habitants et le taux de mortalité le plus élevé, 12,1 décès pour mille habitants en 2006.

En 2006, la moitié de la population de la Dordogne vit dans un ménage qui déclare un revenu fiscal par unité de consommation inférieur à 15 400 euros. Ce niveau médian de revenu annuel est inférieur aux moyennes régionales (16 700 euros) et de province (16 400 euros)²².

Figure 3 : Pyramide des âges de la Dordogne au 01/01/2007

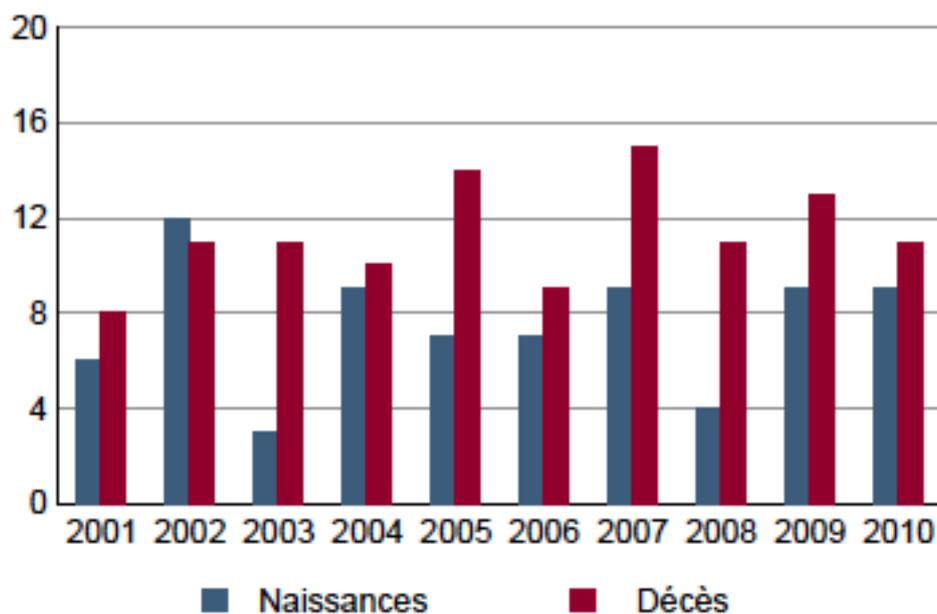


En 2004, plus de 14 % de la population de la Dordogne vit sous le seuil de pauvreté, c'est-à-dire avec moins de 788 euros par mois et par unité de consommation. Ce taux est supérieur à celui de la moyenne régionale (11,5 %). La pauvreté affecte les catégories de personnes les plus vulnérables : jeunes, personnes seules, familles monoparentales, personnes âgées en zone rurale.

3.2.2 Particularités de la commune de Javerlhac

La commune de Javerlhac compte, en 2009, 903 habitants (contre 1064 en 1990), avec une densité de population de 30,9 habitants au kilomètre carré, le nombre de ménages sur la commune est de 417²³.

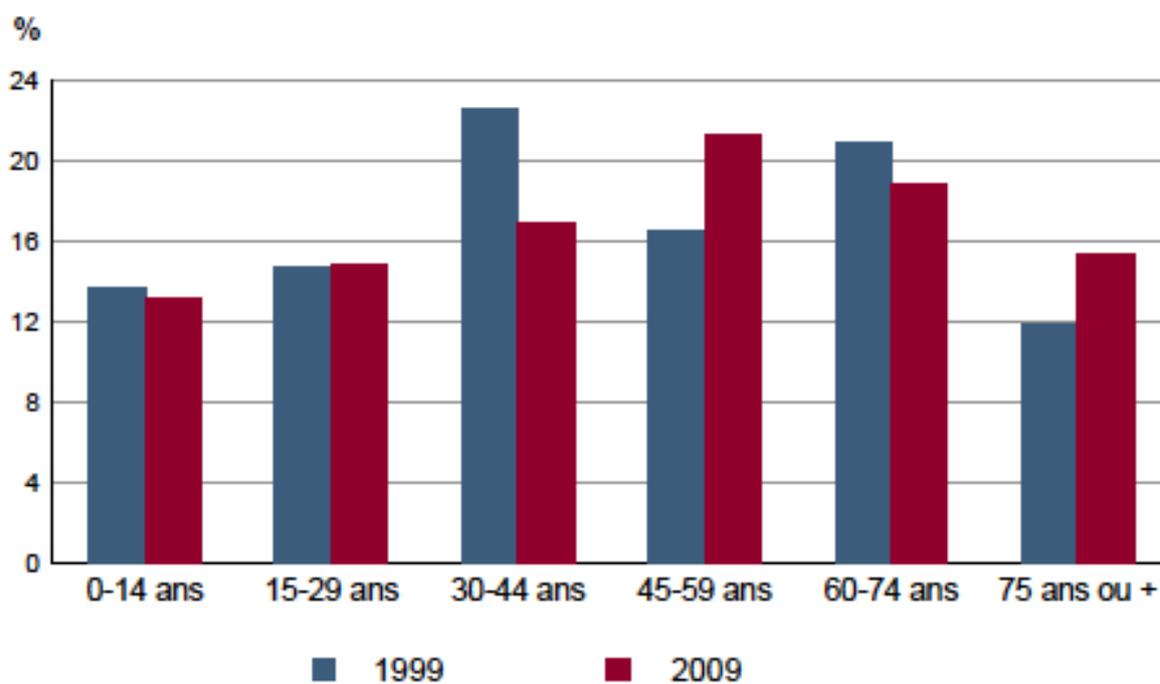
La variation de population entre 1999 et 2009 est de -0,2% dont la variation due au solde naturel est de -0,4%



Source : Insee, État civil

Figure 4 : solde naturel de la commune de Javerlhac

La population des 0-14 ans représente 13% de la population du village.



Sources : Insee, RP1999 et RP2009 exploitations principales.

Figure 5 : évolution de la population de Javerlhac par tranche d'âge entre 1999 et 2009

La commune de Javerlhac est la seule du canton (si on excepte la sous-préfecture) qui possède encore en propre la totalité des niveaux scolaires de maternelle et de l'école primaire au sein de son école communale (les autres communes pratiquant le regroupement des élèves et dispatchant les classes entre les communes).

La commune de Javerlhac se situe à l'extrémité nord du département. Elle est distante de 35 kilomètres d'Angoulême (40 kilomètres de l'hôpital de Girac) et de 57 kilomètres de Périgueux, qui possèdent les hôpitaux généralistes les plus proches.

La commune de Javerlhac avait depuis 1975 deux médecins généralistes installés sur la commune. Depuis 2005, un des deux cabinets médicaux a fermé et il ne reste qu'un seul médecin sur la commune.

C'est au sein de ce seul cabinet médical que nous avons effectué notre relevé de données.

Elle est actuellement, depuis 2012, considérée comme zone fragile au niveau de l'offre de soins médicale et paramédicale par l'ARS²⁴.

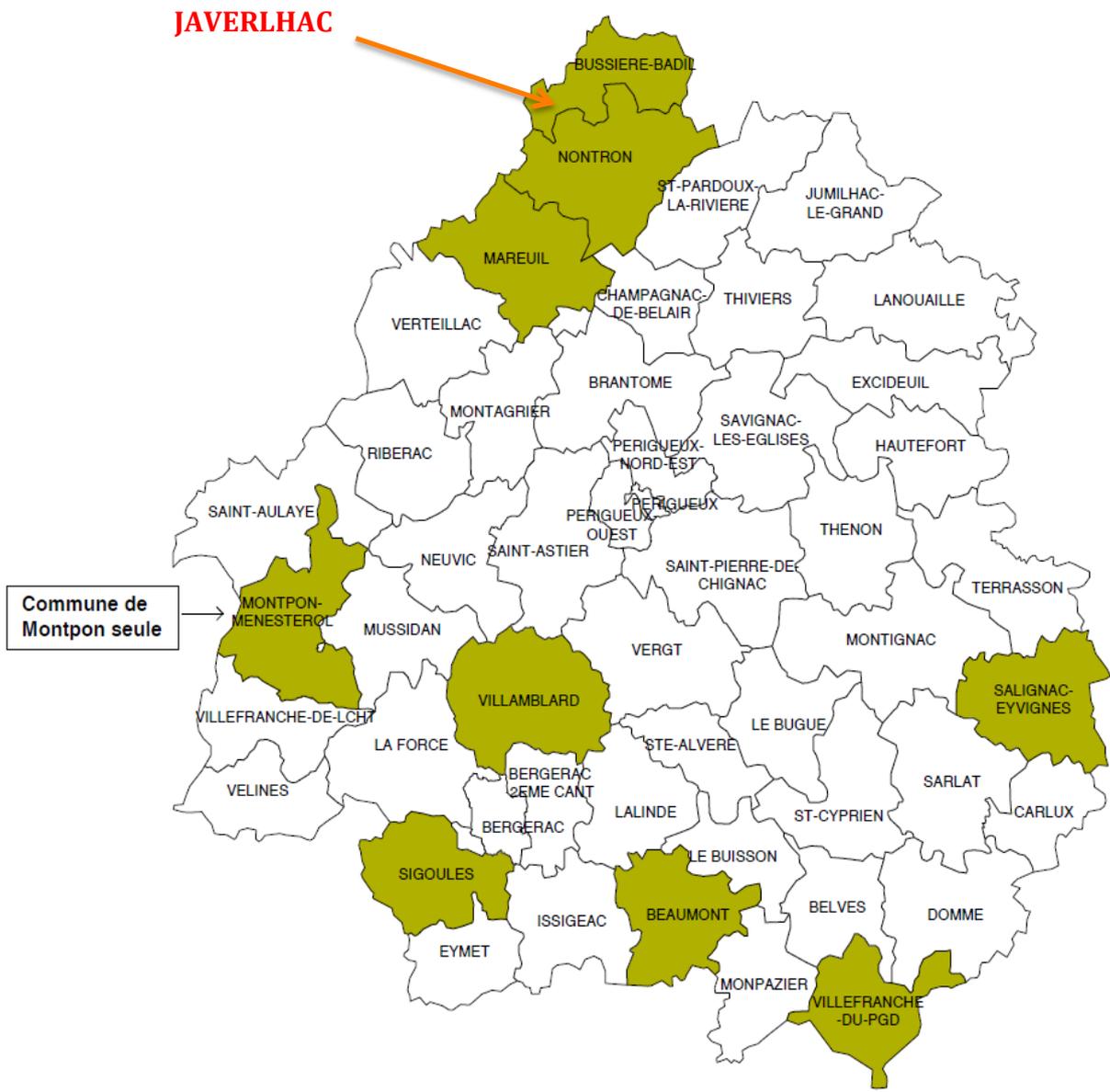


Figure 6 : zones fragiles de Dordogne définies dans le schéma régional d'organisation des soins, d'après ARS, mai 2012

3.3 Période de recueil

Les données ont été recueillies par l'investigatrice de l'étude au mois de janvier 2013.

3.4 Moyens d'inclusion

Les patients ont été répertoriés par le biais du logiciel informatique (CLM) par date de naissance.

Il s'agit d'une consultation systématique de tous les dossiers informatiques des patients nés entre 1995 et 2009.

Ont été inclus tous les patients ayant eu au moins une consultation au cabinet médical entre l'âge de 2 à 5 ans inclus.

3.5 Variables utilisées

Les variables recueillies lors de l'étude ont été :

- l'âge du patient au moment de la consultation
- le motif de consultation et / ou son résultat (diagnostic)
- les résultats de la consultation en particulier :
- la prescription ou pas d'une ordonnance
- le nombre de molécules prescrites sur l'ordonnance
- la prescription ou pas d'homéopathie
- la prescription ou pas d'antibiotique

3.6 Analyse des données

Les données recueillies ont été recueillies sous Excel version 97 -2004.

Les calculs statistiques ont été effectués à l'aide du logiciel grâce à des feuilles de calcul programmées par l'investigatrice.

Les données recueillies sont présentés et décrites comme suit :

- les variables quantitatives : moyenne
- les variables qualitatives : effectifs, pourcentage

Des analyses comparatives ont été menées : comparaison de pourcentage par le test du chi deux. L'intervalle de confiance retenu était de 0,05.

4 RESULTATS

4.1 Population étudiée

L'échantillon de départ de notre étude était constitué de patients qui ont un dossier informatique au sein du cabinet médical et qui sont nés entre 1996 et 2009 (soit 431 enfants). Après sélection des seuls patients ayant consultés entre l'âge de 2 et 5 ans inclus, notre population finale était de 390 patients qui ont été inclus dans l'étude.

Année de naissance	Nombre de patients	Enfants inclus
1996	26	17
1997	21	15
1998	25	21
1999	38	35
2000	38	36
2001	39	35
2002	36	33
2003	29	27
2004	23	20
2005	34	33
2006	31	29
2007	24	24
2008	35	35
2009	32	30

Tableau 4 : patients inclus dans l'étude

Au total, 1762 consultations ont été collectées, soit une moyenne de 4,5 consultations par enfant.

4.2 Les résultats de consultation

Pour définir les résultats de consultation, nous avons choisi d'utiliser le Dictionnaire des résultats de consultation de la société française de médecine générale²⁵ et des items qui nous ont semblés opportuns lors des recueils de données.

Ainsi nous avons pu isoler 62 résultats de consultation.

MOTIF DE CONSULTATION	NOMBRE DE CONSULTATIONS	
BRONCHITE AIGUE	113	6,4%
RHINOPHARYNGITE AIGUE	167	9,4%
TOUX	275	15,6%
ANGINE	168	9,5%
OTITES (MOYENNE ET EXTERNE)	197	11,1%
VACCINATION	114	6,6%
TROUBLES DU COMPORTEMENT	25	1,4%
CONJONCTIVITE	27	1,5%
CONSTIPATION	21	1,2%
DERMATOSE	56	3,1%
DIARRHEE NAUSEE VOMISSEMENT	112	6,3%
ETAT FEBRILE	43	2,4%
EXAMEN SYSTEMATIQUE ET PREVENTION	23	1,3%
PLAINTE ABDOMINALE	40	2,2%
PIQURE D'INSECTE	20	1,1%
VARICELLE	44	2,5%
MYCOSE	31	1,7%
TOTAL	1476	83,7%

Tableau 5 : les 17 résultats de consultations présents 20 fois ou plus

17 de ces résultats de consultation sont présents 20 fois ou plus et représentent plus de 83% de la totalité des consultations.

MOTIF DE CONSULTATION	NOMBRE DE CONSULTATIONS
ASTHME	12
BLESSURES COMBINEES LEGERES	13
DIARRHEE ISOLEE	18
DOULEUR NON CARACTERISEE	14
ECZEMA	12
NAUSSE OU VOMISSEMENT	19
PLAIE	13
ADHERENCES PREPUTIALES/PHIMOSIS	12
URTICAIRE	12
ADENOIDECTOMIE	14
LARYNGITE/TRACHEITE	13
PROCEDURE ADMINISTRATIVE	13
ALLERGIE	15
TOTAL	180

Tableau 6 : les 12 résultats de consultations présents entre 10 et 19 fois inclus

12 résultats de consultation ont une occurrence comprise entre 10 et 19 inclus et représentent un peu plus de 9,5% des consultations.

Les autres résultats de consultation représentent chacun moins de 0,05% de la totalité des consultations. On y trouve des résultats de consultation variés : épilepsie, anomalie posturale, anxiété, asthénie, brûlure, céphalées, bouchon de cérumen, présence de corps étranger dans les cavités naturelles, cystite, difficultés scolaires, dysurie, état morbide afébrile, fissure anale, iatrogénie, impétigo, trouble du langage, molluscum contagiosum, suivi d'un souffle cardiaque, roséole, strabisme...

Nous avons choisi d'étudier chaque motif de consultation en fonction de 2 critères :

- l'âge de l'enfant consultant
- l'année de naissance de l'enfant consultant.
-

Nous avons choisi de n'étudier que les 17 résultats de consultations les plus fréquents qui représentent plus des quatre cinquièmes des résultats de consultation (83,7%).

4.2.1 Les motifs de consultation en fonction de l'âge de l'enfant

2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
339	531	552	340

Tableau 7 : les motifs de consultation en fonction de l'âge de l'enfant

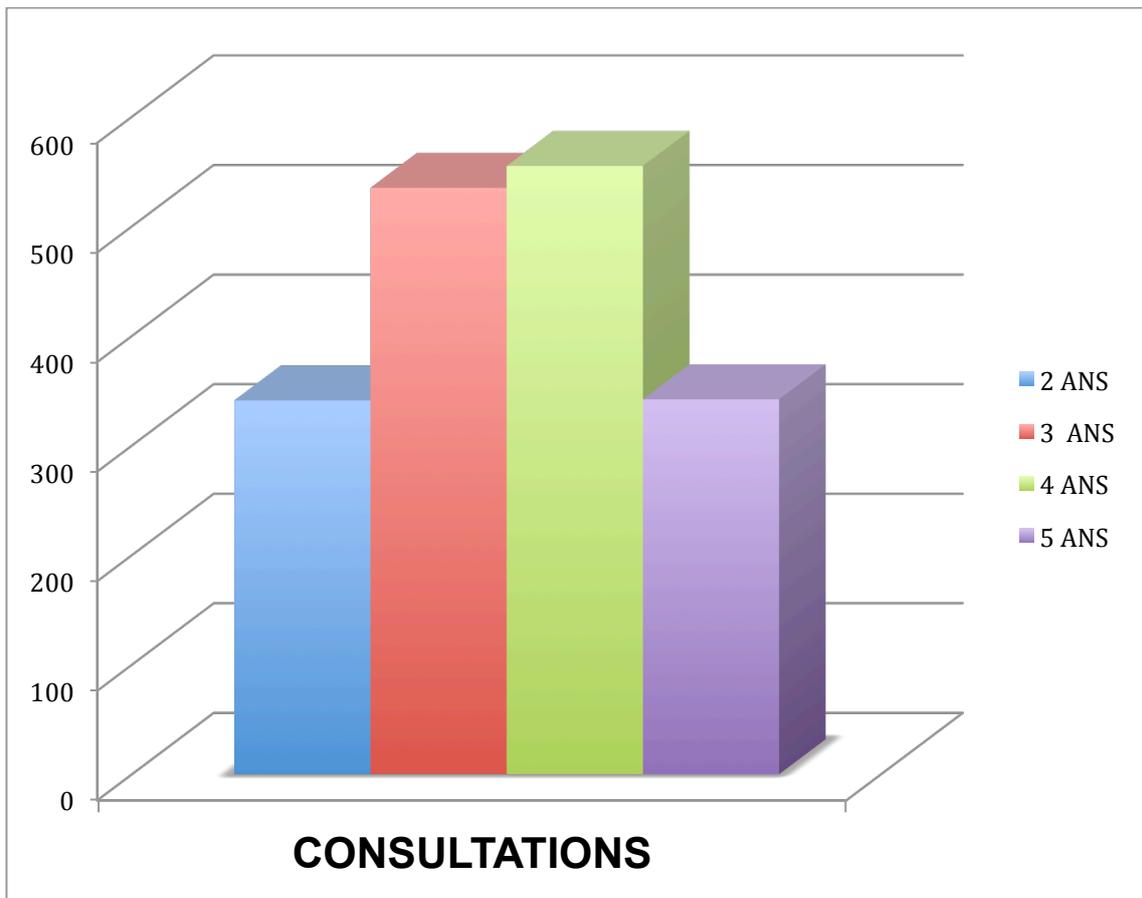


Figure 7 : les motifs de consultation en fonction de l'âge de l'enfant

Le chi-deux est de 99,22 ($p=0,05$) ce qui suppose **qu'il y a une différence significative de la fréquence des consultations en fonction de l'âge dans l'échantillon observé.**

La totalité des consultations étudiée se répartit ainsi au sein de la population étudiée en fonction de l'âge :

2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
19,2%	30%	31,3%	19,2%

Tableau 8 : les motifs de consultation en fonction de l'âge de l'enfant (pourcentage)

Le chi-deux est de 5,29 ($p=0,05$) ce qui suppose **qu'il n'y a pas de différence significative de la répartition des consultations en fonction de l'âge dans l'échantillon observé.**

4.2.1.a la bronchite aigue en fonction de l'âge de l'enfant.

2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
23	29	36	25

Tableau 9 : la bronchite aigue en fonction de l'âge de l'enfant

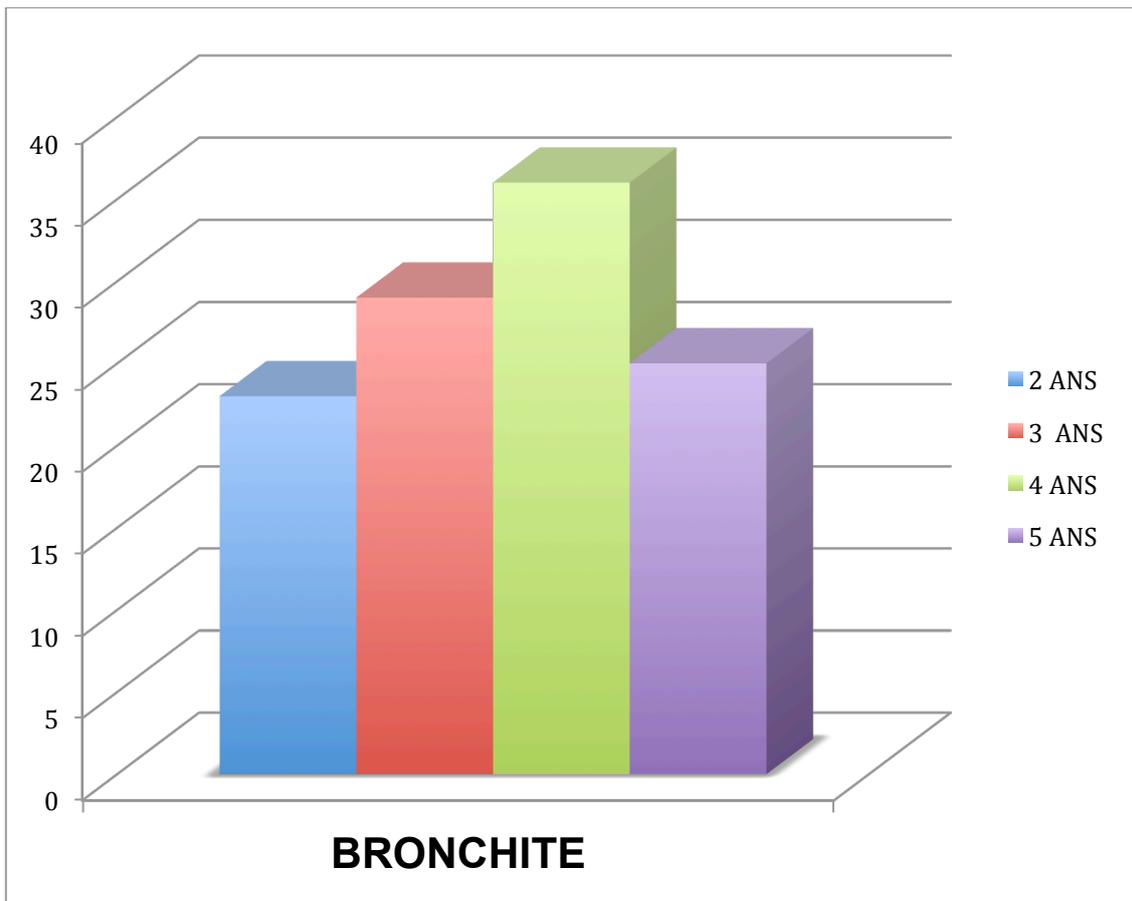


Figure 8 : la bronchite aigue en fonction de l'âge de l'enfant

Le chi-deux est de 3,49 ($p=0,05$) ce qui suppose **qu'il n'y a pas de différence significative de la fréquence des bronchites aigues en fonction de l'âge dans l'échantillon observé.**

La proportion en p.1000 du nombre de bronchite par le nombre de consultations pour chaque âge :

2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
67	54	65	73

Tableau 10 : la bronchite aigue en fonction de l'âge de l'enfant (p1000)

Le chi-deux est de 2,91 ($p=0,05$) ce qui suppose **qu'il n'y a pas de différence significative de la fréquence des bronchites aigues en fonction de l'âge de l'enfant rapporté au nombre de consultation pour chaque âge dans l'échantillon observé.**

4.2.1.b la rhinopharyngite aigue en fonction de l'âge de l'enfant

2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
50	52	37	28

Tableau 11 : la rhinopharyngite aigue en fonction de l'âge de l'enfant

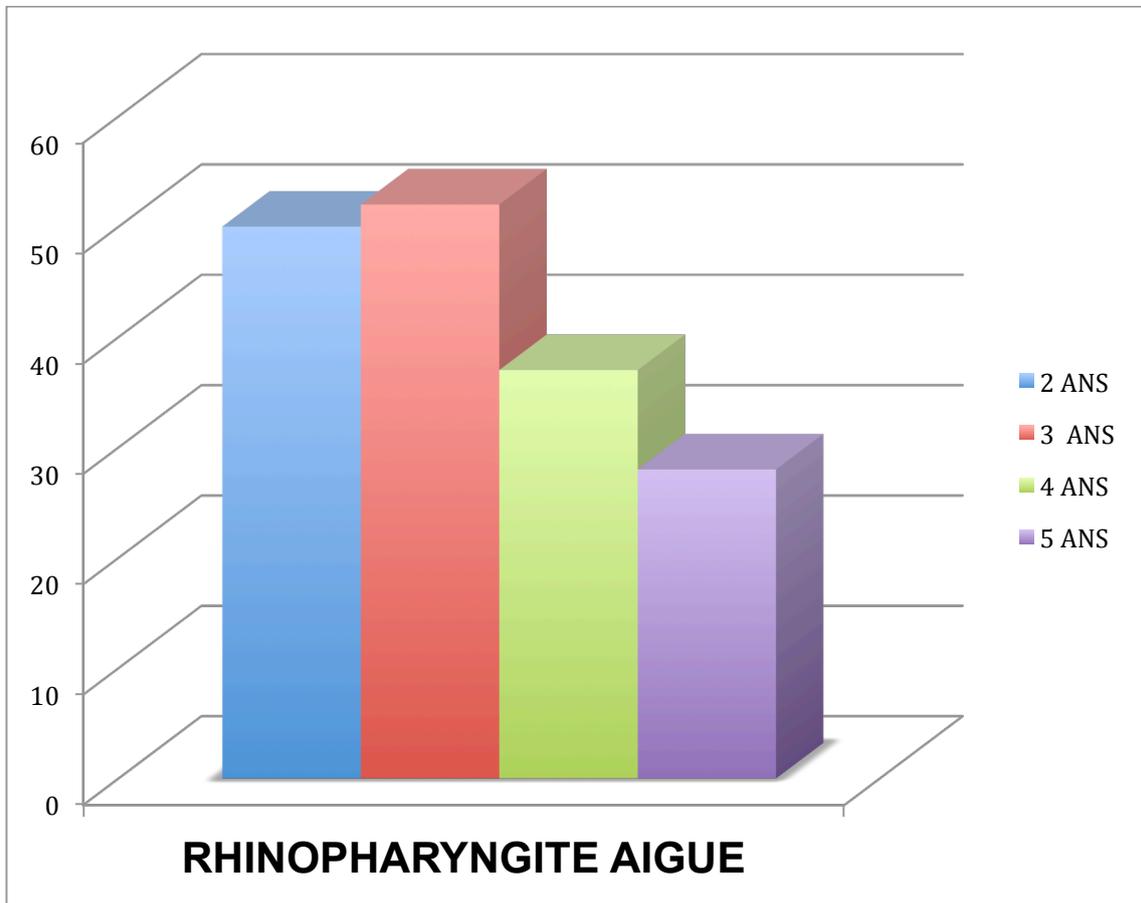


Figure 9: la rhinopharyngite aigue en fonction de l'âge de l'enfant

Le chi-deux est de 9,21 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il y a une différence significative de la fréquence des rhinopharyngites aiguës en fonction de l'âge dans l'échantillon observé.

La proportion en p.1000 du nombre de rhinopharyngite aigue par le nombre de consultations pour chaque âge :

2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
147	97	67	82

Tableau 12 : la rhinopharyngite aigue en fonction de l'âge de l'enfant (p1000)

Le chi-deux est de 36,83 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il y a une différence significative de la fréquence des bronchites aiguës en fonction de l'âge rapporté au nombre de consultation pour chaque âge dans l'échantillon observé.

4.2.1.c la toux en fonction de l'âge de l'enfant

2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
32	64	126	53

Tableau 13 : la toux en fonction de l'âge de l'enfant

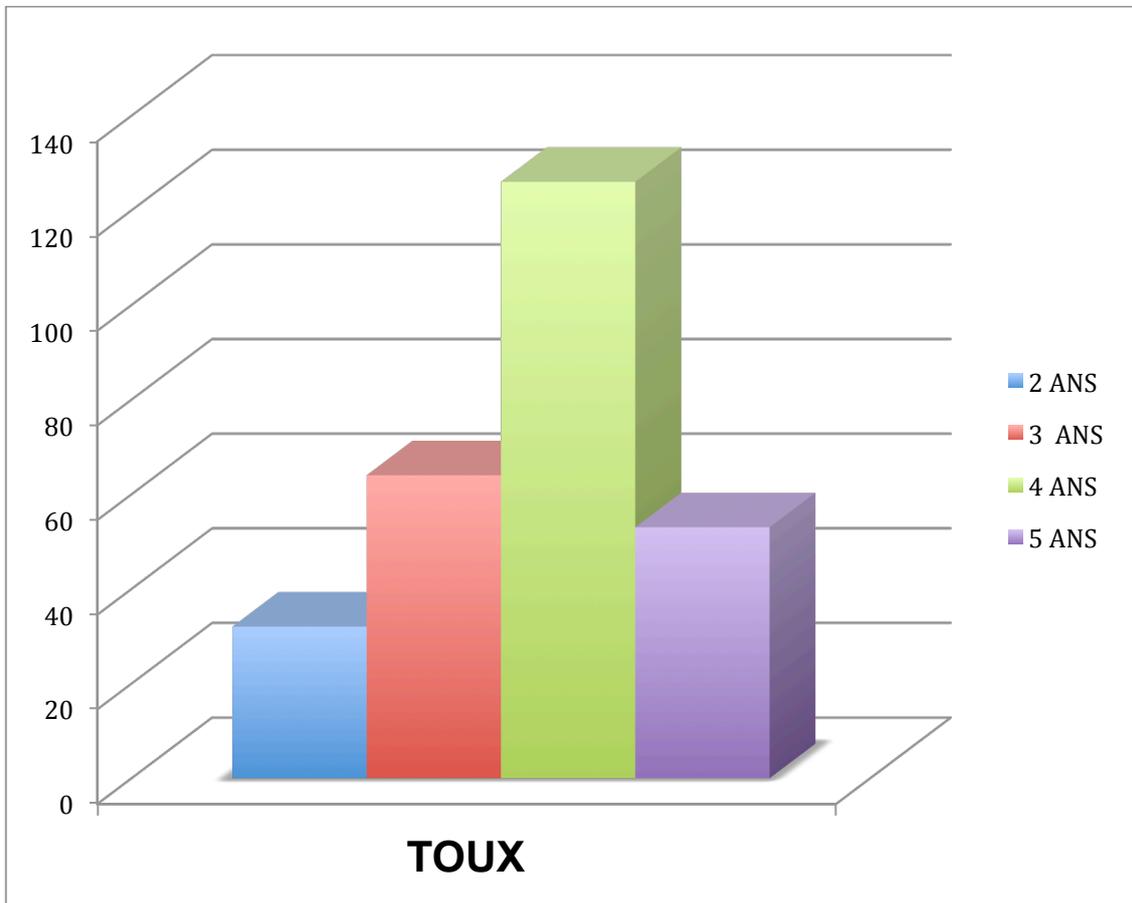


Figure 10 : la toux en fonction de l'âge de l'enfant

Le chi-deux est de 71,25 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il y a une différence significative de la fréquence des toux en fonction de l'âge dans l'échantillon observé.

La proportion en p.1000 du nombre de toux par le nombre de consultations pour chaque âge :

2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
94	120	228	155

Tableau 14 : la toux en fonction de l'âge de l'enfant (p1000)

Le chi-deux est de 67,95 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il y a une différence significative de la fréquence des toux en fonction de l'âge rapporté au nombre de consultation pour chaque âge dans l'échantillon observé.

4.2.1.d l'angine en fonction de l'âge de l'enfant

2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
25	40	60	43

Tableau 15 : l'angine en fonction de l'âge de l'enfant

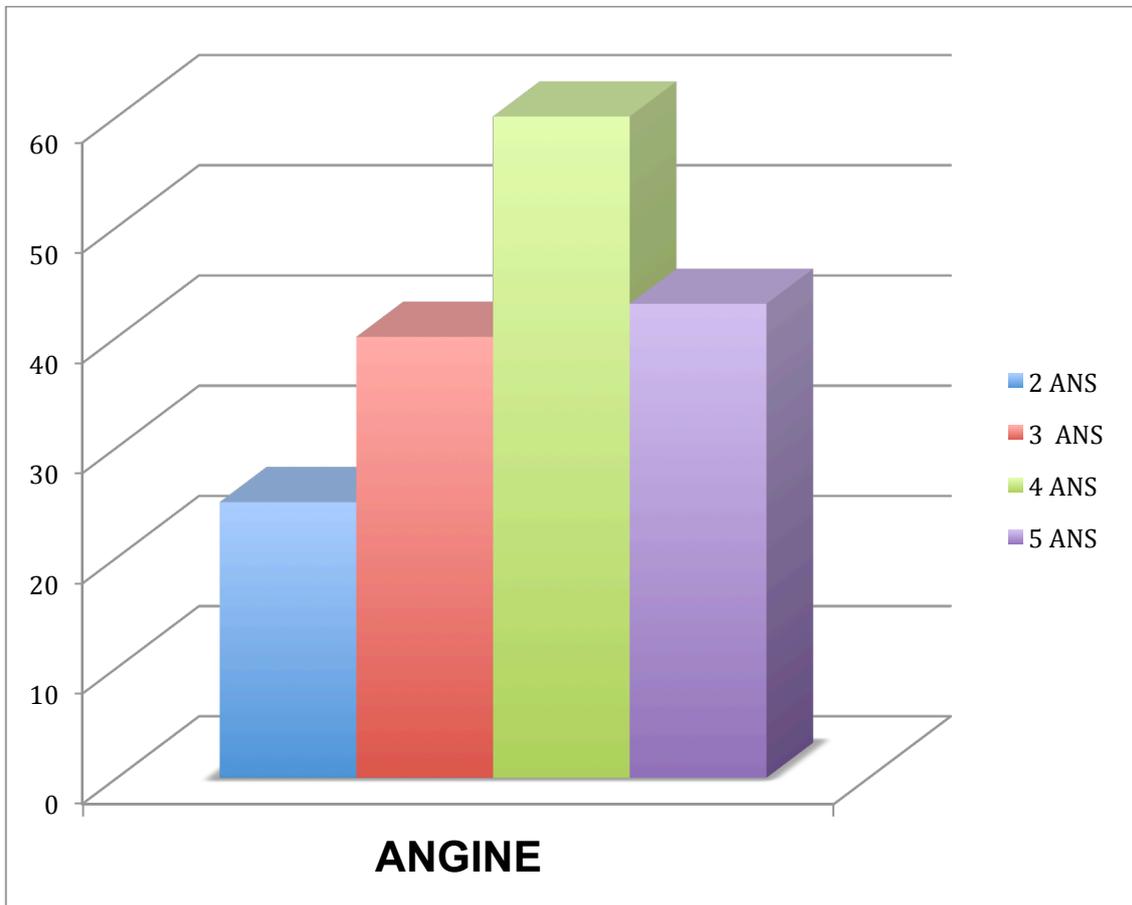


Figure 11 : l'angine en fonction de l'âge de l'enfant

Le chi-deux est de 14,71 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il y a une différence significative de la fréquence des angines en fonction de l'âge dans l'échantillon observé.

La proportion en p.1000 du nombre d'angine par le nombre de consultations pour chaque âge :

2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
73	75	108	126

Tableau 16 : l'angine en fonction de l'âge de l'enfant (p1000)

Le chi-deux est de 21,07 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il y a une différence significative de la fréquence des angines en fonction de l'âge rapporté au nombre de consultation pour chaque âge dans l'échantillon observé.

4.2.1.e l'otite en fonction de l'âge de l'enfant

2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
31	84	56	26

Tableau 17 : l'otite en fonction de l'âge de l'enfant

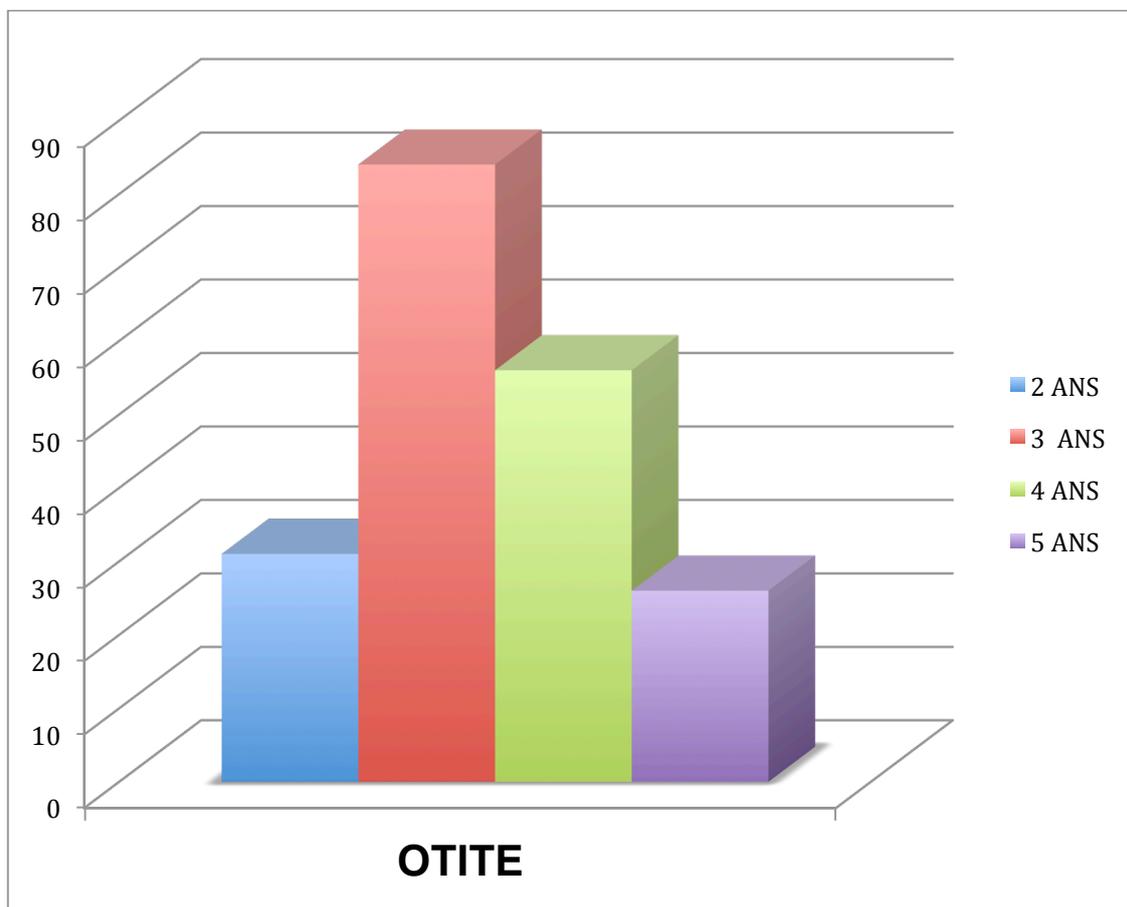


Figure 12 : l'otite en fonction de l'âge de l'enfant

Le chi-deux est de 43,18 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il y a une différence significative de la fréquence des otites en fonction de l'âge dans l'échantillon observé.

La proportion en p.1000 du nombre d'otite par le nombre de consultations pour chaque âge :

2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
91	158	101	76

Tableau 18 : l'otite en fonction de l'âge de l'enfant (p1000)

Le chi-deux est de 36,17 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il y a une différence significative de la fréquence des otites en fonction de l'âge rapporté au nombre de consultation pour chaque âge dans l'échantillon observé.

4.2.1.f la vaccination en fonction de l'âge de l'enfant

2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
32	41	18	23

Tableau 19 : la vaccination en fonction de l'âge de l'enfant

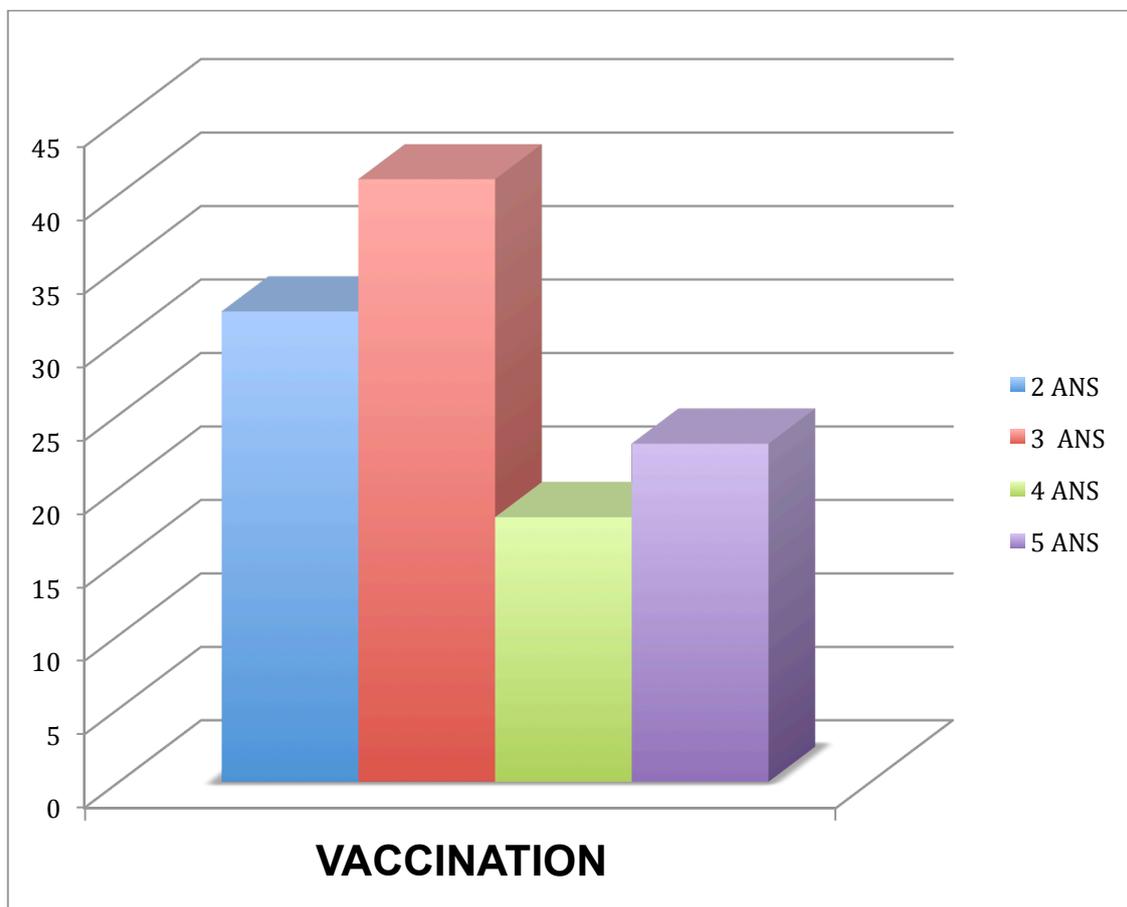


Figure 13 : la vaccination en fonction de l'âge de l'enfant

Le chi-deux est de 10,84 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il y a une différence significative de la fréquence des vaccinations en fonction de l'âge dans l'échantillon observé.

La proportion en p.1000 du nombre de vaccination par le nombre de consultations pour chaque âge :

2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
94	77	32	67

Tableau 20 : la vaccination en fonction de l'âge de l'enfant (p1000)

Le chi-deux est de 30,41 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il y a une différence significative de la fréquence des vaccinations en fonction de l'âge rapporté au nombre de consultation pour chaque âge dans l'échantillon observé.

4.2.1.g les troubles du comportement en fonction de l'âge de l'enfant

2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
6	7	10	2

Tableau 21 : les troubles du comportement en fonction de l'âge de l'enfant

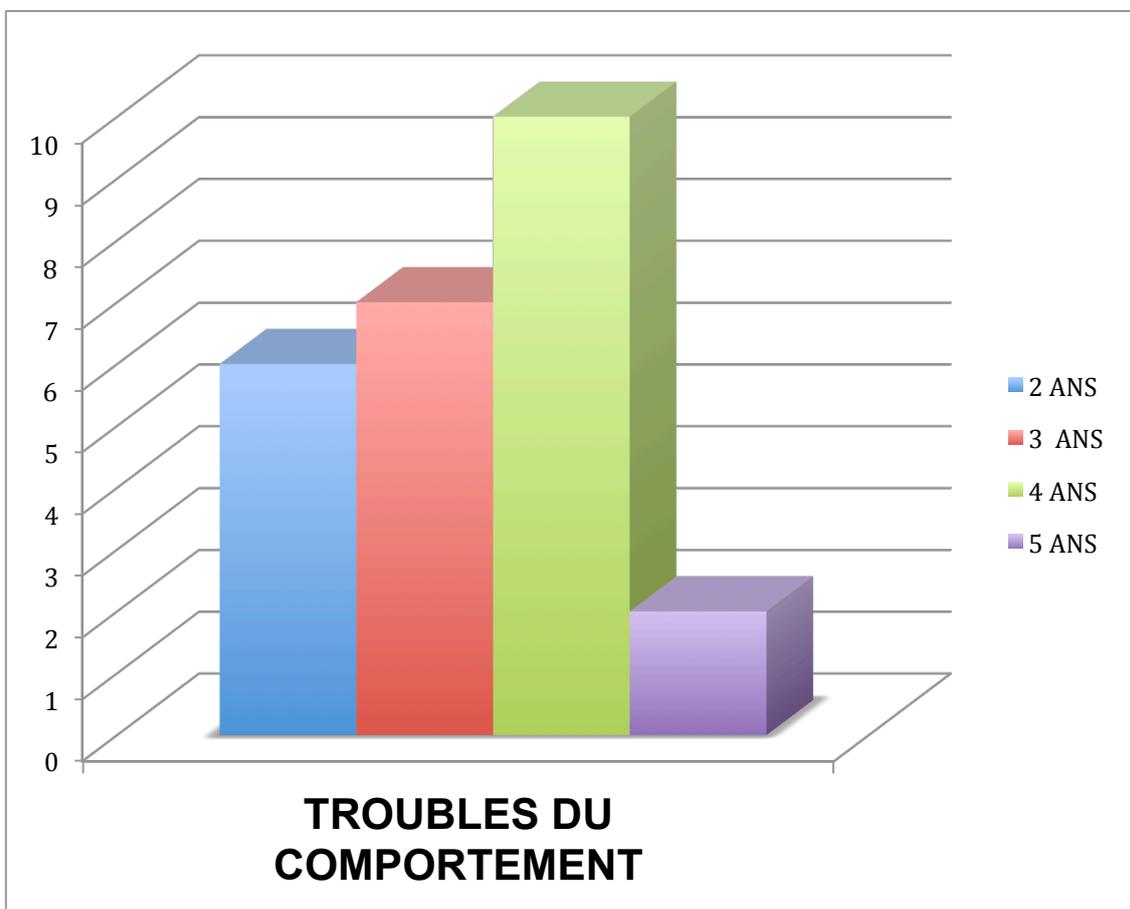


Figure 14 : les troubles du comportement en fonction de l'âge de l'enfant

Le chi-deux est de 5,24 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il n'y a pas de différence significative de la fréquence des troubles du comportement en fonction de l'âge dans l'échantillon observé.

La proportion en p.1000 du nombre de trouble du comportement par le nombre de consultations pour chaque âge :

2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
17	13	18	5

Tableau 22 : les troubles du comportement en fonction de l'âge de l'enfant (p1000)

Le chi-deux est de 7,90 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il y a une différence significative de la fréquence des troubles du comportement en fonction de l'âge rapporté au nombre de consultation pour chaque âge dans l'échantillon observé.

4.2.1.h la conjonctivite en fonction de l'âge de l'enfant

2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
10	9	4	4

Tableau 23 : la conjonctivite en fonction de l'âge de l'enfant

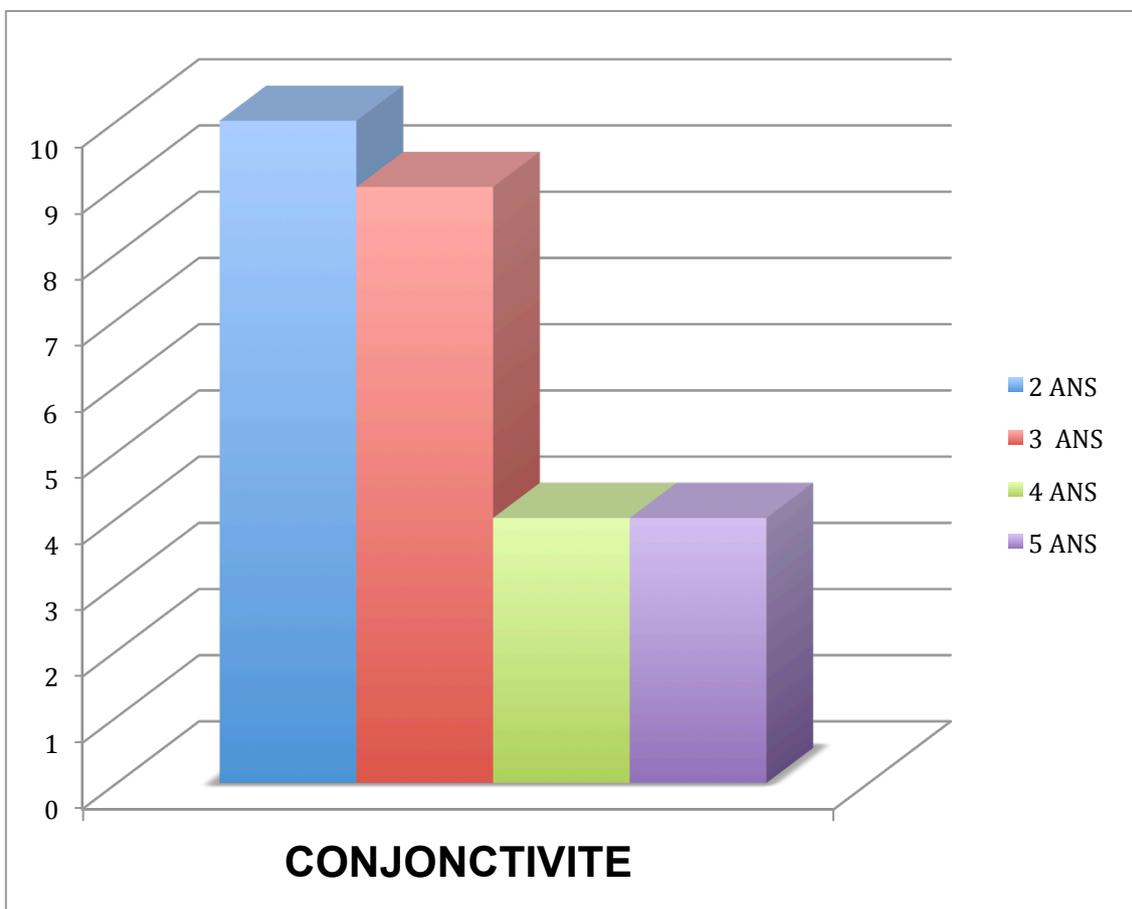


Figure 15 : la conjonctivite en fonction de l'âge de l'enfant

Le chi-deux est de 4,55 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il n'y a pas de différence significative de la fréquence des conjonctivites en fonction de l'âge dans l'échantillon observé.

La proportion en p.1000 du nombre de conjonctivites par le nombre de consultations pour chaque âge :

2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
29	16	7	11

Tableau 24 : la conjonctivite en fonction de l'âge de l'enfant (p1000)

Le chi-deux est de 17,44 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il y a une **différence significative de la fréquence des conjonctivites en fonction de l'âge rapporté au nombre de consultation pour chaque âge dans l'échantillon observé.**

4.2.1.I la constipation en fonction de l'âge de l'enfant

2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
4	5	8	4

Tableau 25 : la constipation en fonction de l'âge de l'enfant

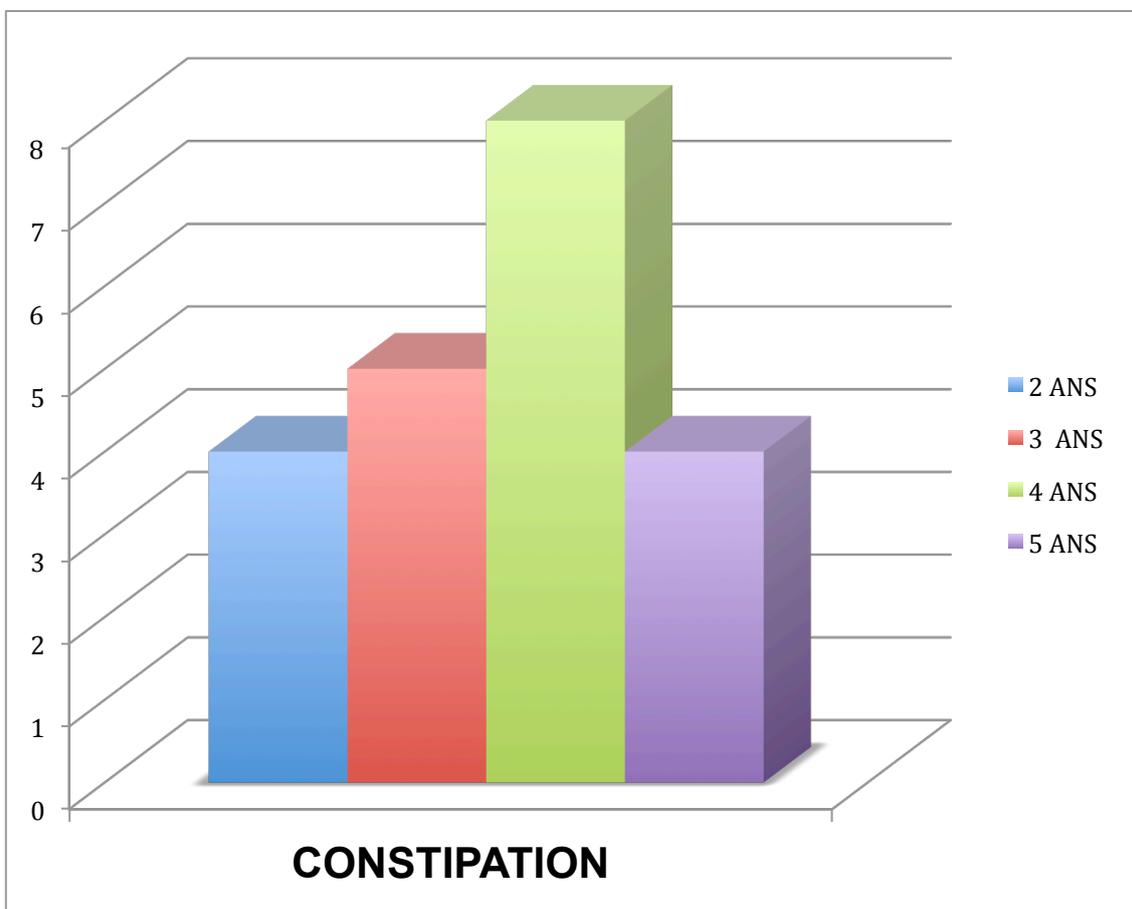


Figure 16 : la constipation en fonction de l'âge de l'enfant

Le chi-deux est de 2,04 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il n'y a pas de différence significative de la fréquence des constipations en fonction de l'âge dans l'échantillon observé.

La proportion en p.1000 du nombre de constipations par le nombre de consultations pour chaque âge :

2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
12	9	14	11

Tableau 26 : la constipation en fonction de l'âge de l'enfant (p1000)

Le chi-deux est de 1,13 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il **n'y a pas de différence significative de la fréquence des constipations en fonction de l'âge rapporté au nombre de consultation pour chaque âge dans l'échantillon observé.**

4.2.1.j les dermatoses en fonction de l'âge de l'enfant

2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
12	14	19	11

Tableau 27 : les dermatoses en fonction de l'âge de l'enfant

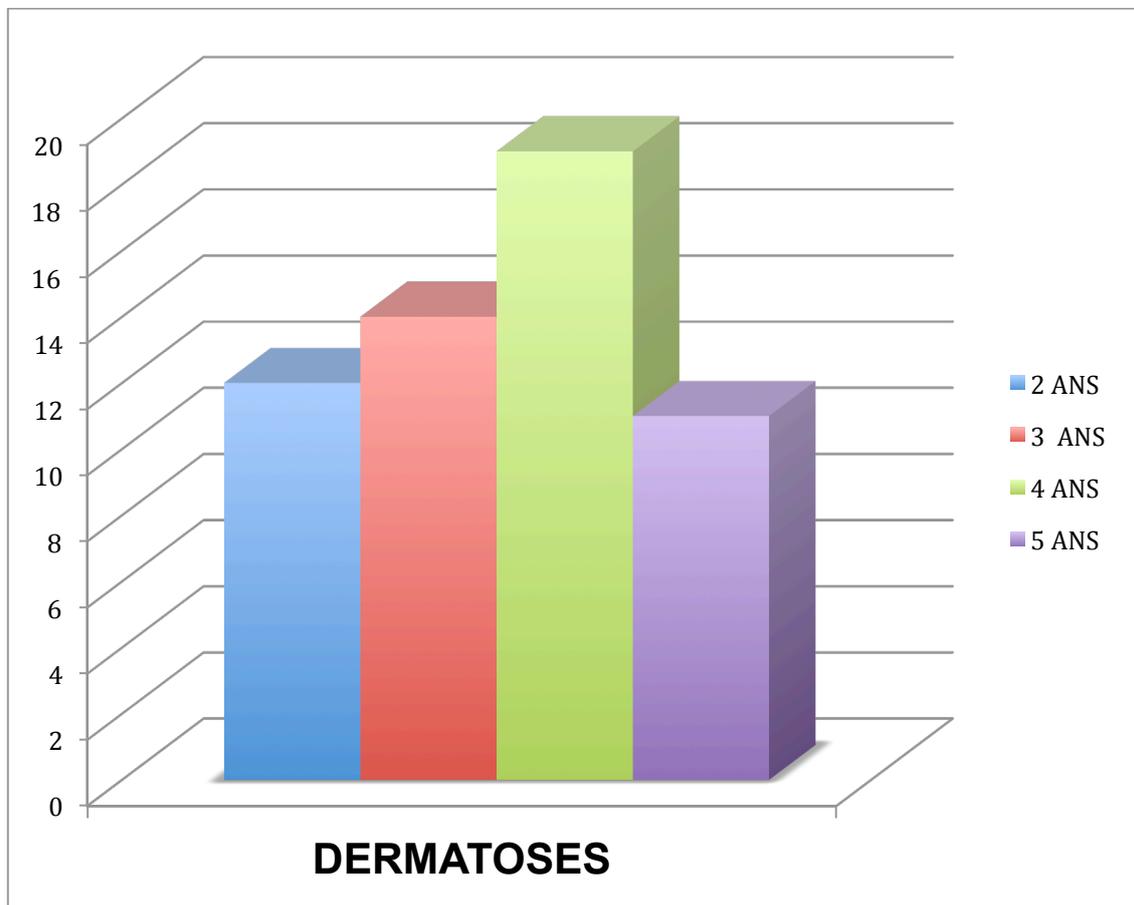


Figure 17 : les dermatoses en fonction de l'âge de l'enfant

Le chi-deux est de 2,71 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il **n'y a pas de différence significative de la fréquence des dermatoses en fonction de l'âge dans l'échantillon observé.**

La proportion en p.1000 du nombre de dermatoses par le nombre de consultations pour chaque âge :

2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
35	26	34	32

Tableau 28 : les dermatoses en fonction de l'âge de l'enfant (p1000)

Le chi-deux est de 1,53 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il **n'y a pas de différence significative de la fréquence des dermatoses en fonction de l'âge rapporté au nombre de consultation pour chaque âge dans l'échantillon observé.**

4.2.1.k les diarrhée, nausée et vomissement en fonction de l'âge de l'enfant

2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
22	34	34	22

Tableau 29 : les diarrhée, nausée et vomissement en fonction de l'âge de l'enfant

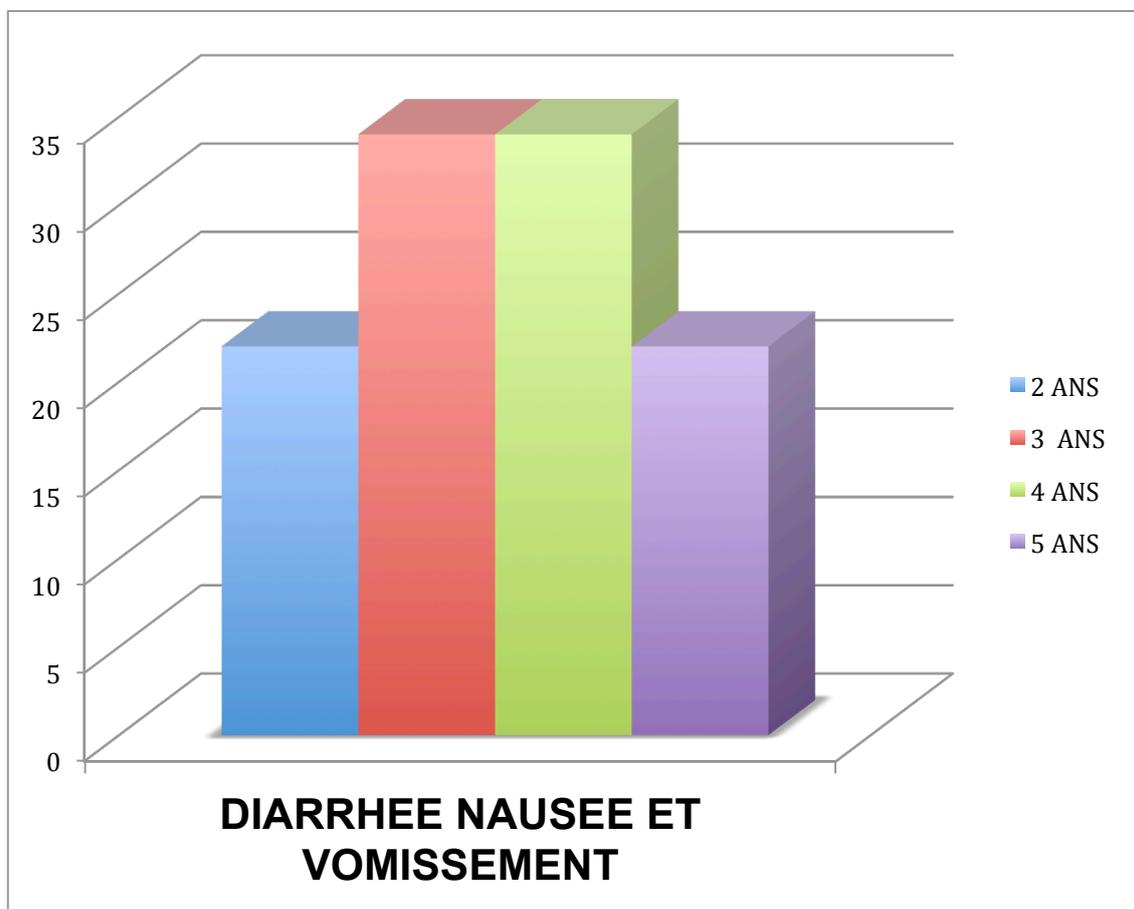


Figure 18 : les diarrhée, nausée et vomissement en fonction de l'âge de l'enfant

Le chi-deux est de 5,14 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il n'y a pas de différence significative de la fréquence des diarrhées, nausées et vomissements en fonction de l'âge dans l'échantillon observé.

La proportion en p.1000 du nombre de diarrhée, nausée et vomissement par le nombre de consultations pour chaque âge :

2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
64	64	61	64

*Tableau 30 : les diarrhée, nausée et vomissement en fonction de l'âge de l'enfant
(p1000)*

Le chi-deux est de 0,1 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il n'y a pas de différence significative de la fréquence des diarrhée, nausées et vomissements en fonction de l'âge rapporté au nombre de consultation pour chaque âge dans l'échantillon observé.

4.2.1.I les états fébriles en fonction de l'âge de l'enfant

2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
12	10	11	10

Tableau 31: les états fébriles en fonction de l'âge de l'enfant

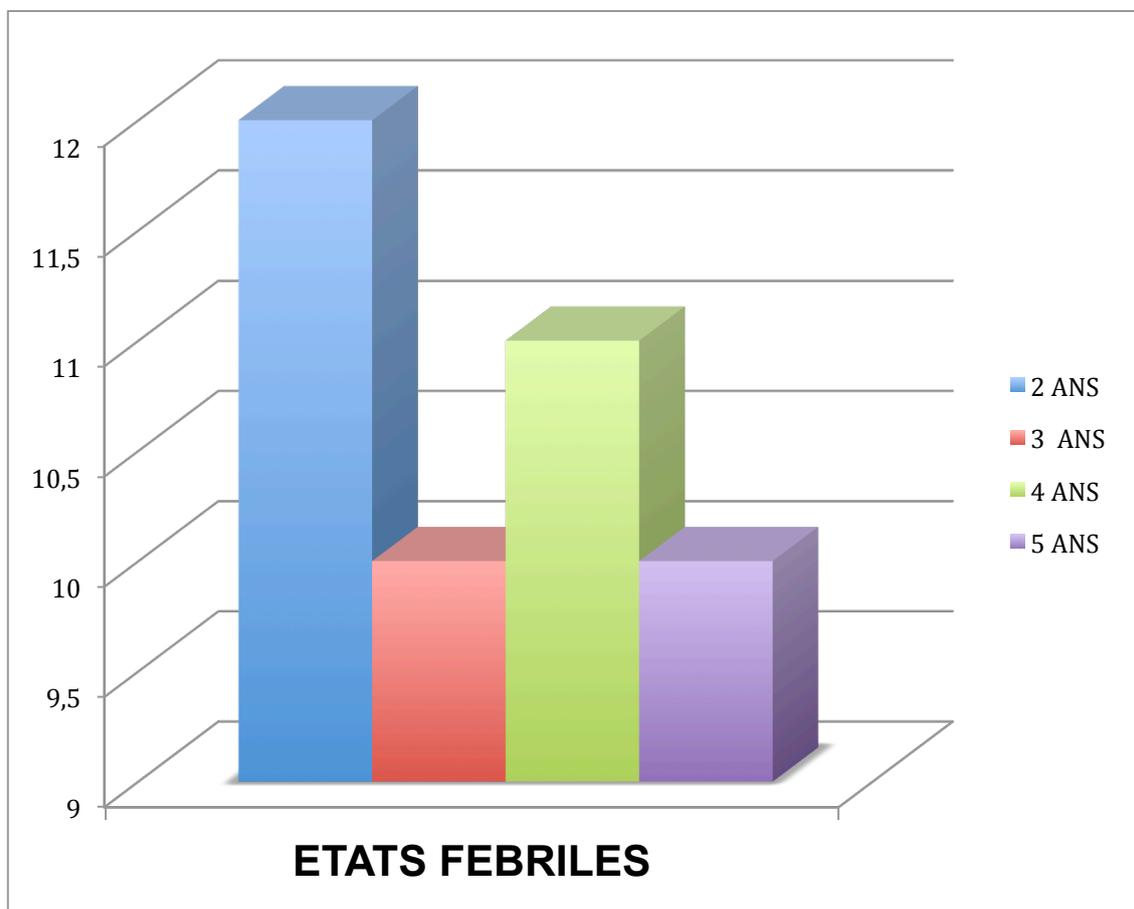


Figure 19 : les états fébriles en fonction de l'âge de l'enfant

Le chi-deux est de 0,25 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il n'y a pas de différence significative de la fréquence des états fébriles en fonction de l'âge dans l'échantillon observé.

La proportion en p.1000 du nombre des états fébriles par le nombre de consultations pour chaque âge :

2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
35	18	19	29

Tableau 32 : les états fébriles en fonction de l'âge de l'enfant (p1000)

Le chi-deux est de 7,95 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il **n'y a pas de différence significative de la fréquence des états fébriles en fonction de l'âge rapporté au nombre de consultation pour chaque âge dans l'échantillon observé.**

4.2.1.m les examens systématiques et prévention en fonction de l'âge de l'enfant

2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
8	4	7	4

Tableau 33 : les examens systématiques et prévention en fonction de l'âge de l'enfant

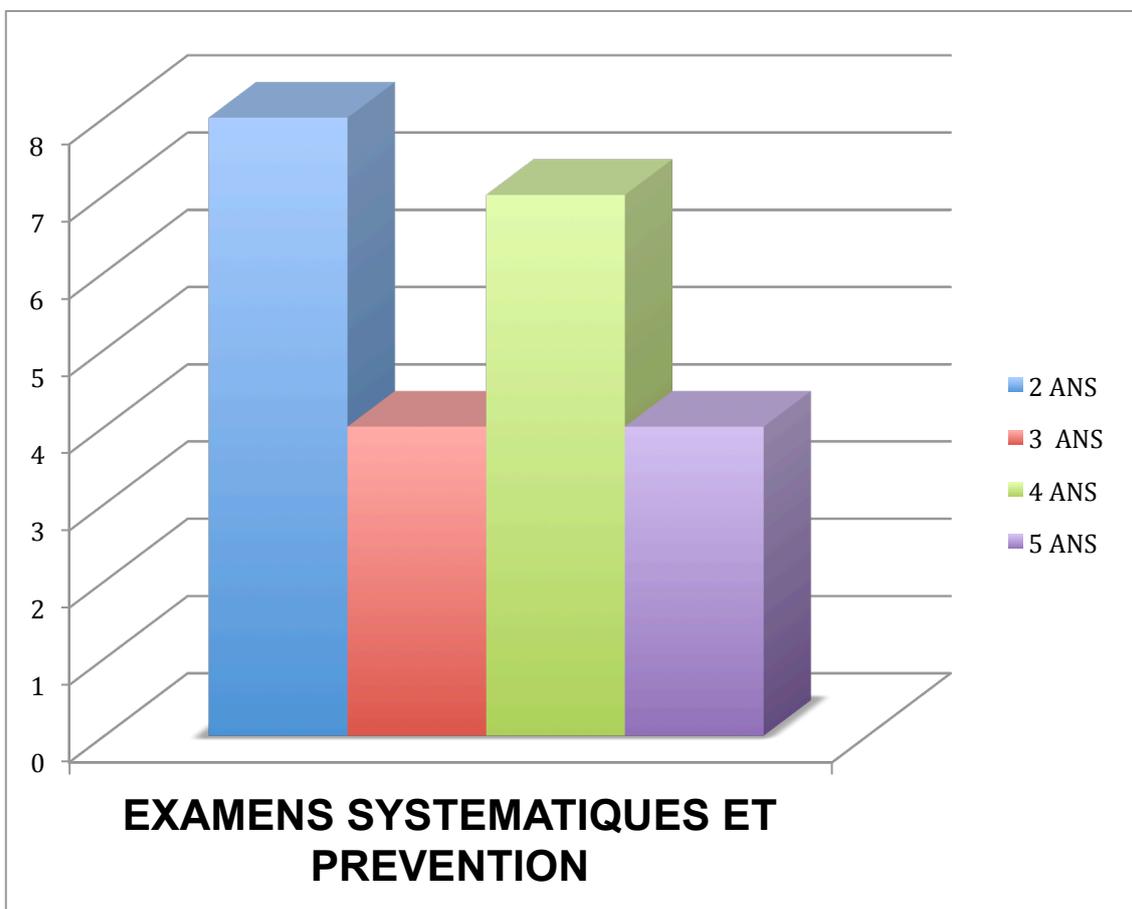


Figure 20 : les examens systématiques et prévention en fonction de l'âge de l'enfant

Le chi-deux est de 2,21 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il n'y a pas de différence significative de la fréquence des examens systématiques et prévention en fonction de l'âge dans l'échantillon observé.

La proportion en p.1000 du nombre des examens systématiques et de prévention par le nombre de consultations pour chaque âge :

2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
23	7	12	11

Tableau 34 : les examens systématiques et prévention en fonction de l'âge de l'enfant (p1000)

Le chi-deux est de 10,622 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il y a **une différence significative de la fréquence des examens systématiques et de prévention en fonction de l'âge rapporté au nombre de consultation pour chaque âge dans l'échantillon observé.**

4.2.1.n les plaintes abdominales en fonction de l'âge de l'enfant

2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
2	10	14	14

Tableau 35 : les plaintes abdominales en fonction de l'âge de l'enfant

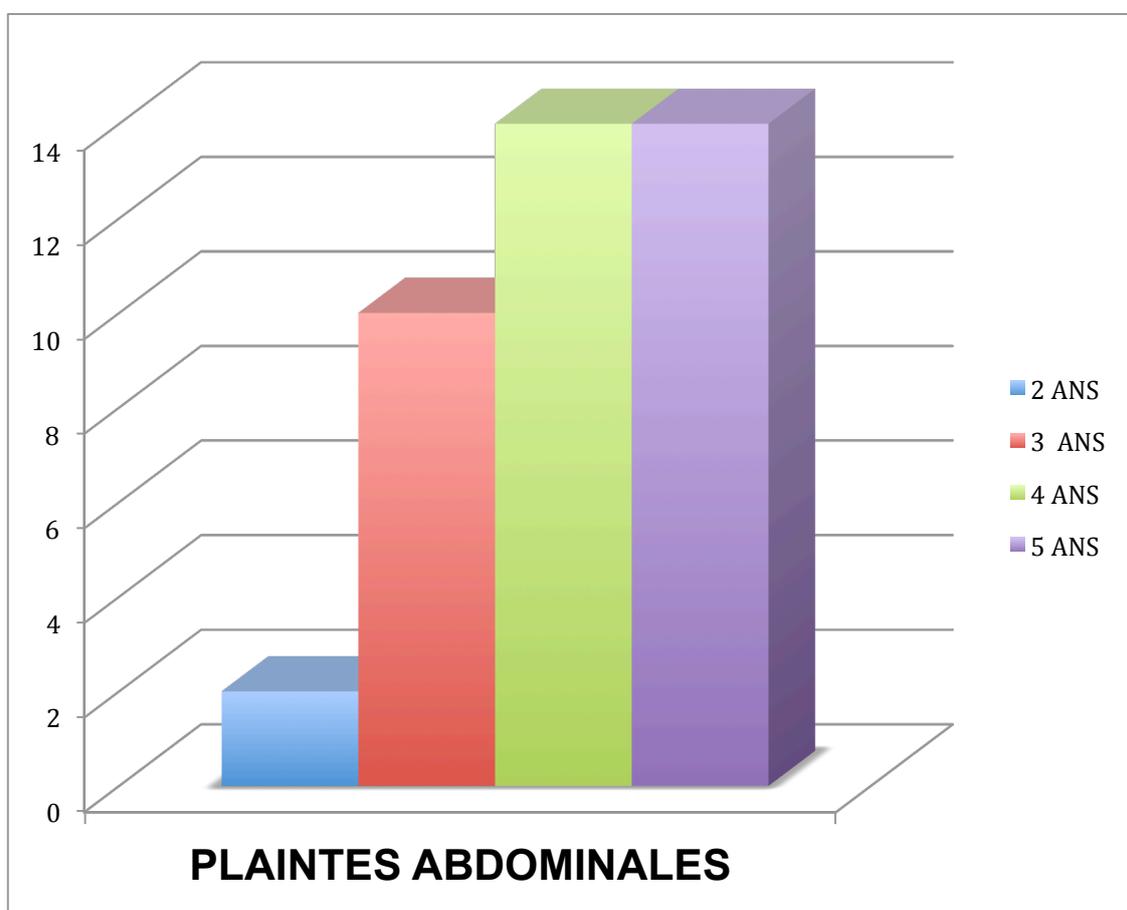


Figure 21 : les plaintes abdominales en fonction de l'âge de l'enfant

Le chi-deux est de 9,6 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il y a une **différence significative de la fréquence des plaintes abdominales en fonction de l'âge dans l'échantillon observé.**

La proportion en p.1000 du nombre des plaintes abdominales par le nombre de consultations pour chaque âge :

2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
6	18	25	41

Tableau 36 : les plaintes abdominales en fonction de l'âge de l'enfant (p1000)

Le chi-deux est de 28,48 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il y a une **différence significative de la fréquence des plaintes abdominales en fonction de l'âge rapporté au nombre de consultation pour chaque âge dans l'échantillon observé.**

4.2.1.o les piqûres d'insecte en fonction de l'âge de l'enfant

2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
2	5	9	4

Tableau 37 : les piqûres d'insecte en fonction de l'âge de l'enfant

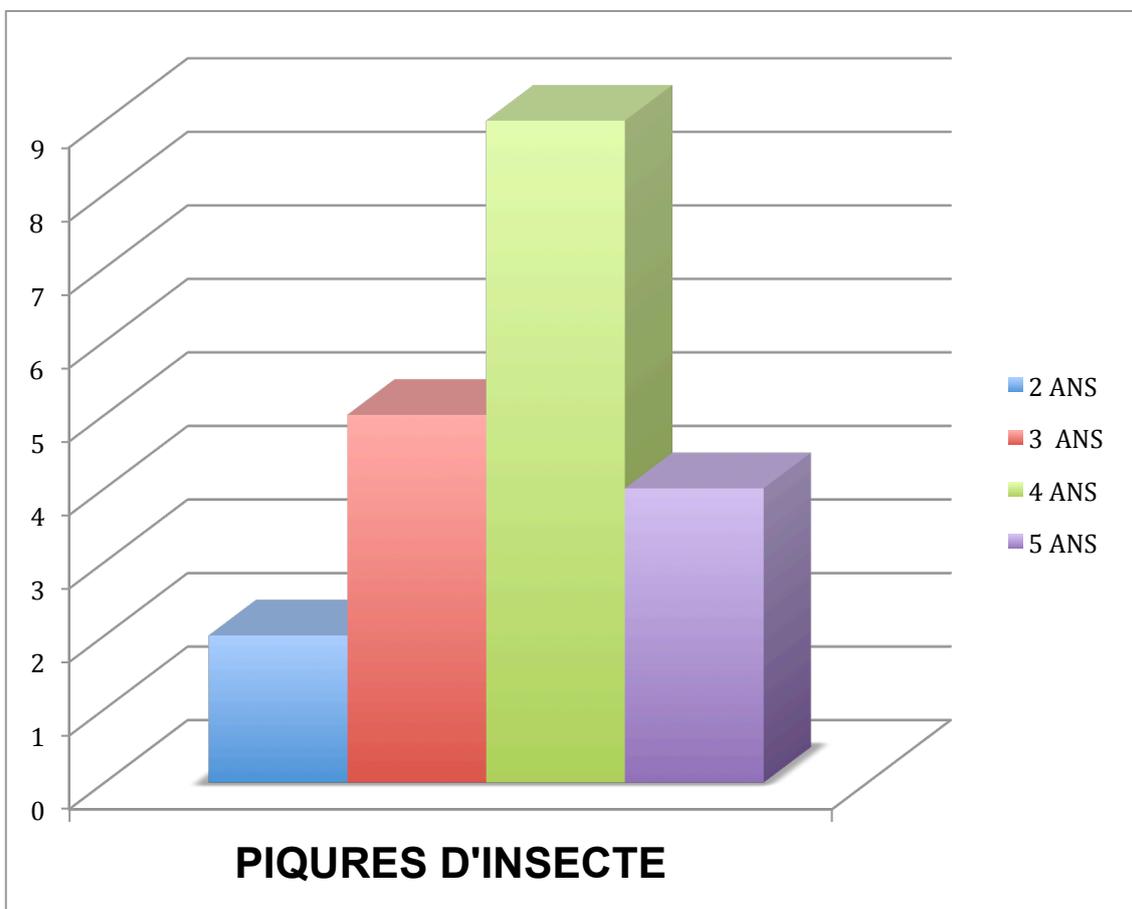


Figure 22 : les piqûres d'insecte en fonction de l'âge de l'enfant

Le chi-deux est de 5,2 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il n'y a pas de différence significative de la fréquence des piqûres d'insecte en fonction de l'âge dans l'échantillon observé.

La proportion en p.1000 du nombre des piqûres d'insecte par le nombre de consultations pour chaque âge :

2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
6	9	16	12

Tableau 38 : les piqûres d'insecte en fonction de l'âge de l'enfant (p1000)

Le chi-deux est de 5,09($p=0,05$) ce qui suppose qu'il n'y a pas de différence significative de la fréquence des piqûres d'insecte en fonction de l'âge rapporté au nombre de consultation pour chaque âge dans l'échantillon observé.

4.2.1.p la varicelle en fonction de l'âge de l'enfant

2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
5	15	12	11

Tableau 39 : la varicelle en fonction de l'âge de l'enfant

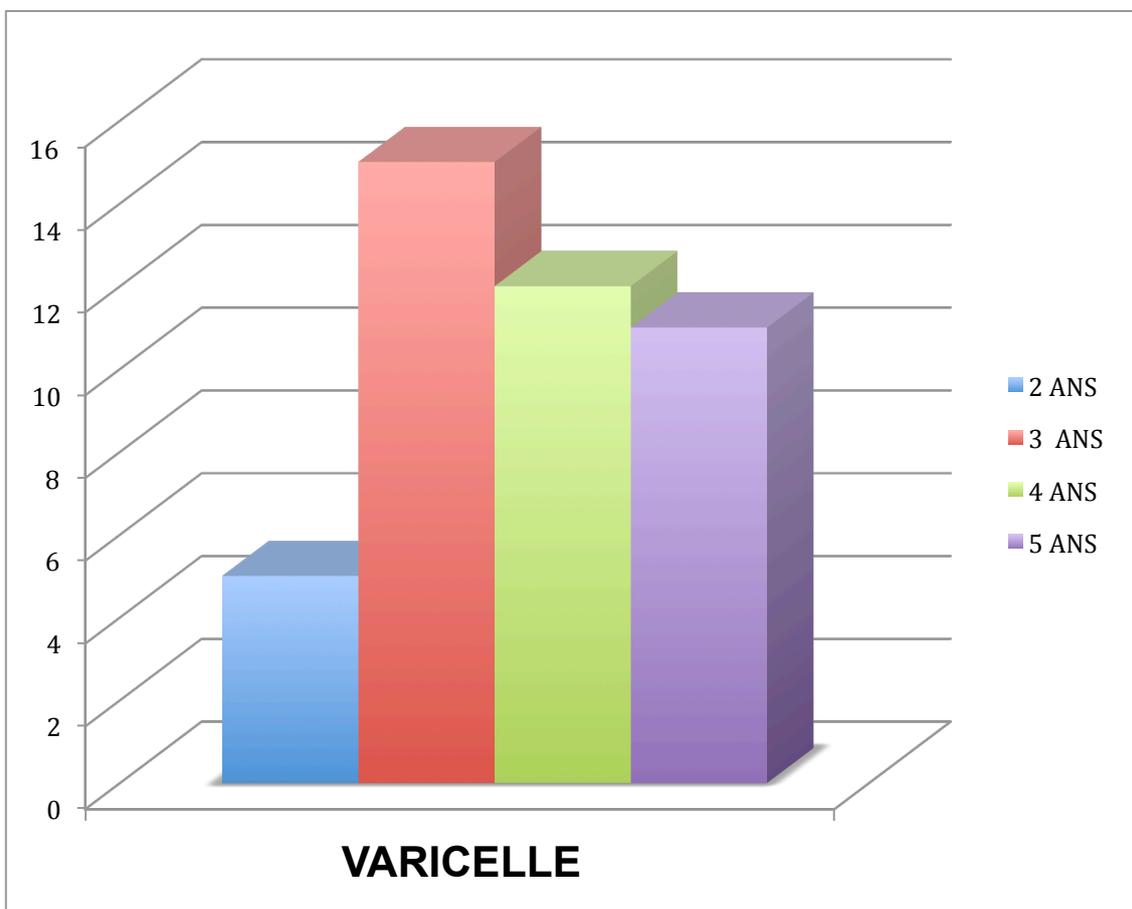


Figure 23 : la varicelle en fonction de l'âge de l'enfant

Le chi-deux est de 4,90 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il n'y a pas de différence significative de la fréquence des varicelles en fonction de l'âge dans l'échantillon observé.

La proportion en p.1000 du nombre de varicelle par le nombre de consultations pour chaque âge :

2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
14	28	21	32

Tableau 40 : la varicelle en fonction de l'âge de l'enfant (p1000)

Le chi-deux est de 7,94 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il y a une **différence significative de la fréquence de varicelle en fonction de l'âge rapporté au nombre de consultation pour chaque âge dans l'échantillon observé.**

4.2.1.g les mycoses en fonction de l'âge de l'enfant

2	3	4	5
2	14	14	1

Tableau 41 : les mycoses en fonction de l'âge de l'enfant

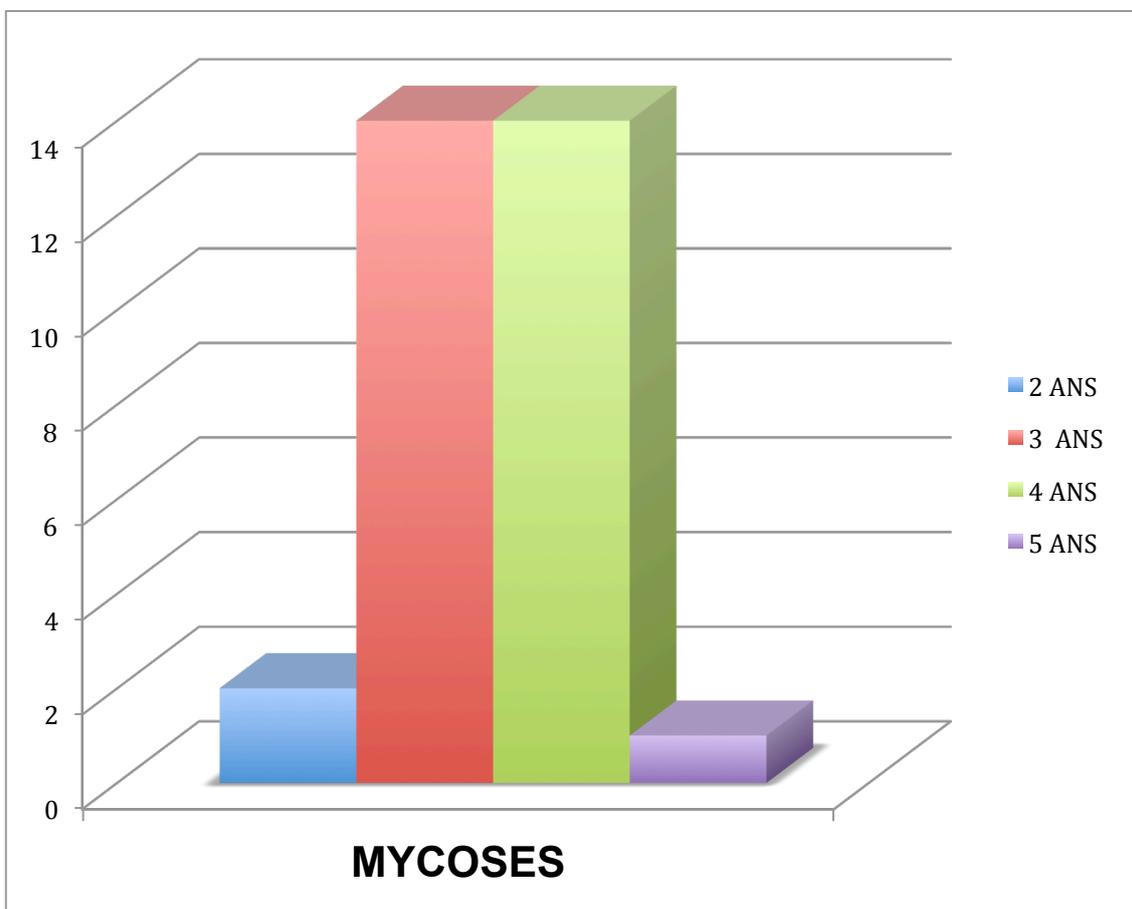


Figure 24 : les mycoses en fonction de l'âge de l'enfant

Le chi-deux est de 20,22 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il y a une **différence significative de la fréquence des mycoses en fonction de l'âge dans l'échantillon observé.**

La proportion en p.1000 du nombre de mycose par le nombre de consultations pour chaque âge :

2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
5	26	25	3

Tableau 42 : les mycoses en fonction de l'âge de l'enfant (p1000)

Le chi-deux est de 31,5 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il y a une **différence significative de la fréquence des mycoses en fonction de l'âge rapporté au nombre de consultation pour chaque âge dans l'échantillon observé.**

4.2.2 les motifs de consultation en fonction de l'année de naissance des enfants

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
54	95	140	147	140	138	143	139	147	127	128	138	133	93

Tableau 43 : les motifs de consultation en fonction de l'année de naissance de l'enfant

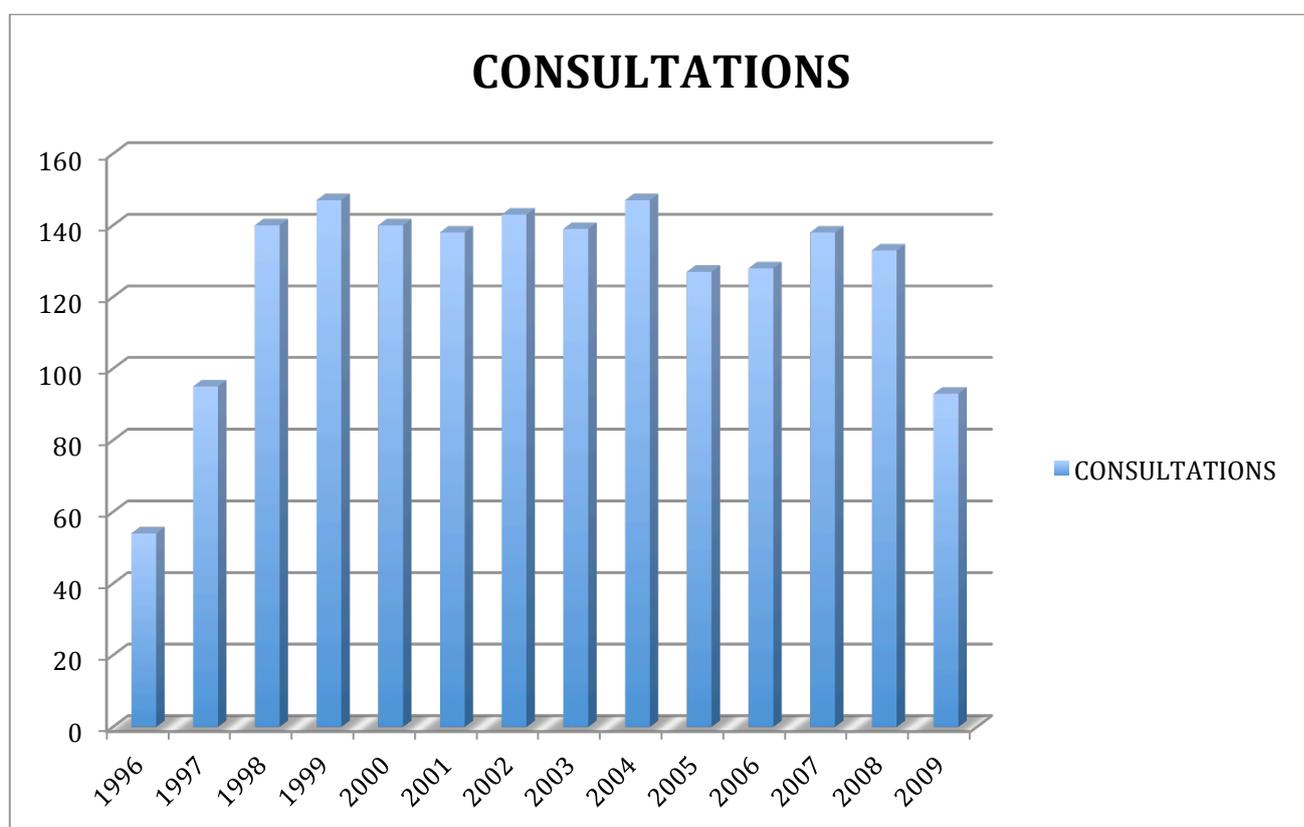


Figure 25 : les motifs de consultation en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Le chi-deux est de 73,95 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il y a une différence significative de la fréquence des consultations en fonction de l'année de naissance des enfants dans l'échantillon observé.

4.2.2.a la bronchite aigue en fonction de l'année de naissance de l'enfant

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
3	6	7	8	13	8	11	10	13	6	8	4	11	5

Tableau 44 : La bronchite aigue en fonction de l'année de naissance de l'enfant

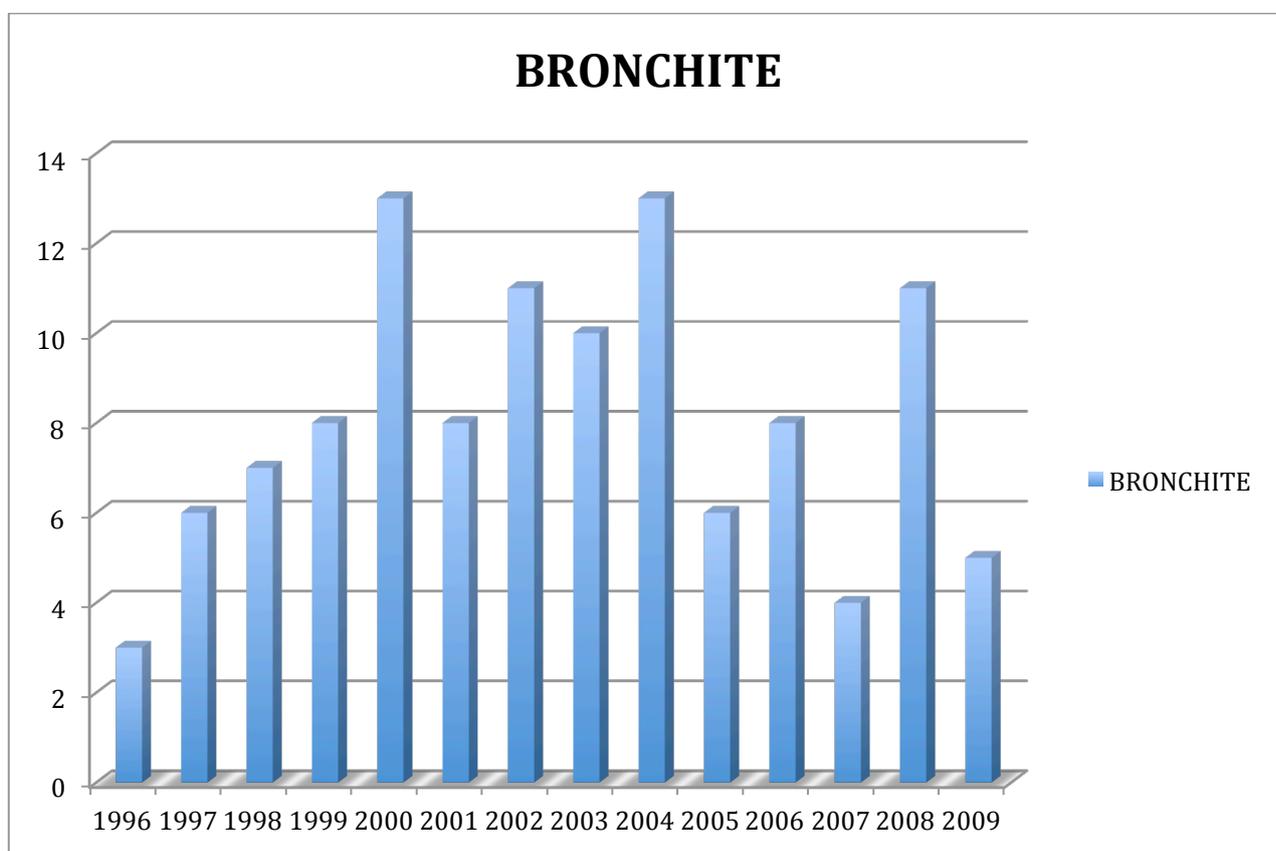


Figure 26 : la bronchite aigue en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Le chi-deux est de 16,22 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il n'y a pas de différence significative de la fréquence des bronchites en fonction de l'année de naissance des enfants dans l'échantillon observé.

La proportion en p.1000 du nombre de bronchite par le nombre de consultations pour chaque année de naissance:

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
55	63	50	54	92	57	76	72	88	47	62	29	82	53

Tableau 45 : La bronchite aigue en fonction de l'année de naissance de l'enfant (p1000)

Le chi-deux est de 62,68 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il y a une différence significative de la fréquence des bronchites en fonction de l'année de naissance rapporté au nombre de consultation pour chaque année de naissance dans l'échantillon observé.

4.2.2.b la rhinopharyngite aigue en fonction de l'année de naissance de l'enfant

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
11	6	17	8	19	12	15	18	16	10	10	8	10	7

Tableau 46 : La rhinopharyngite aigue en fonction de l'année de naissance de l'enfant

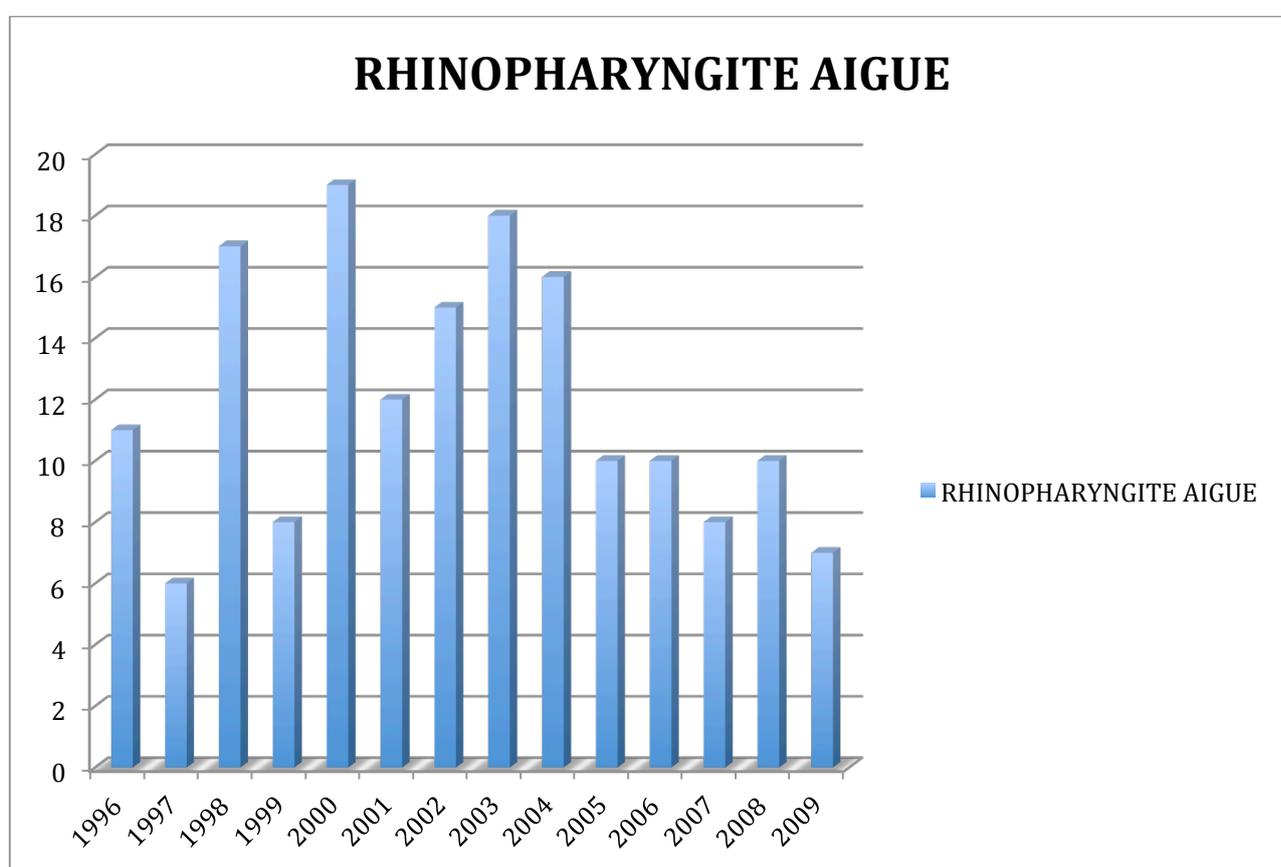


Figure 27 : la rhinopharyngite aigue en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Le chi-deux est de 20,20 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il n'y a pas de différence significative de la fréquence des rhinopharyngites aiguës en fonction de l'année de naissance des enfants dans l'échantillon observé.

La proportion en p.1000 du nombre de rhinopharyngite aigue par le nombre de consultations pour chaque année de naissance:

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
200	95	121	54	135	86	104	129	108	78	78	57	75	75

Tableau 47 : La rhinopharyngite aigue en fonction de l'année de naissance de l'enfant (p1000)

Le chi-deux est de 190,6 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il y a une différence significative de la fréquence des rhinopharyngites aiguës en fonction de l'année de naissance rapporté au nombre de consultation pour chaque année de naissance dans l'échantillon observé.

4.2.2.c la toux en fonction de l'année de naissance de l'enfant

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
9	11	15	31	23	25	21	26	23	23	11	23	19	15

Tableau 48 : La toux en fonction de l'année de naissance de l'enfant

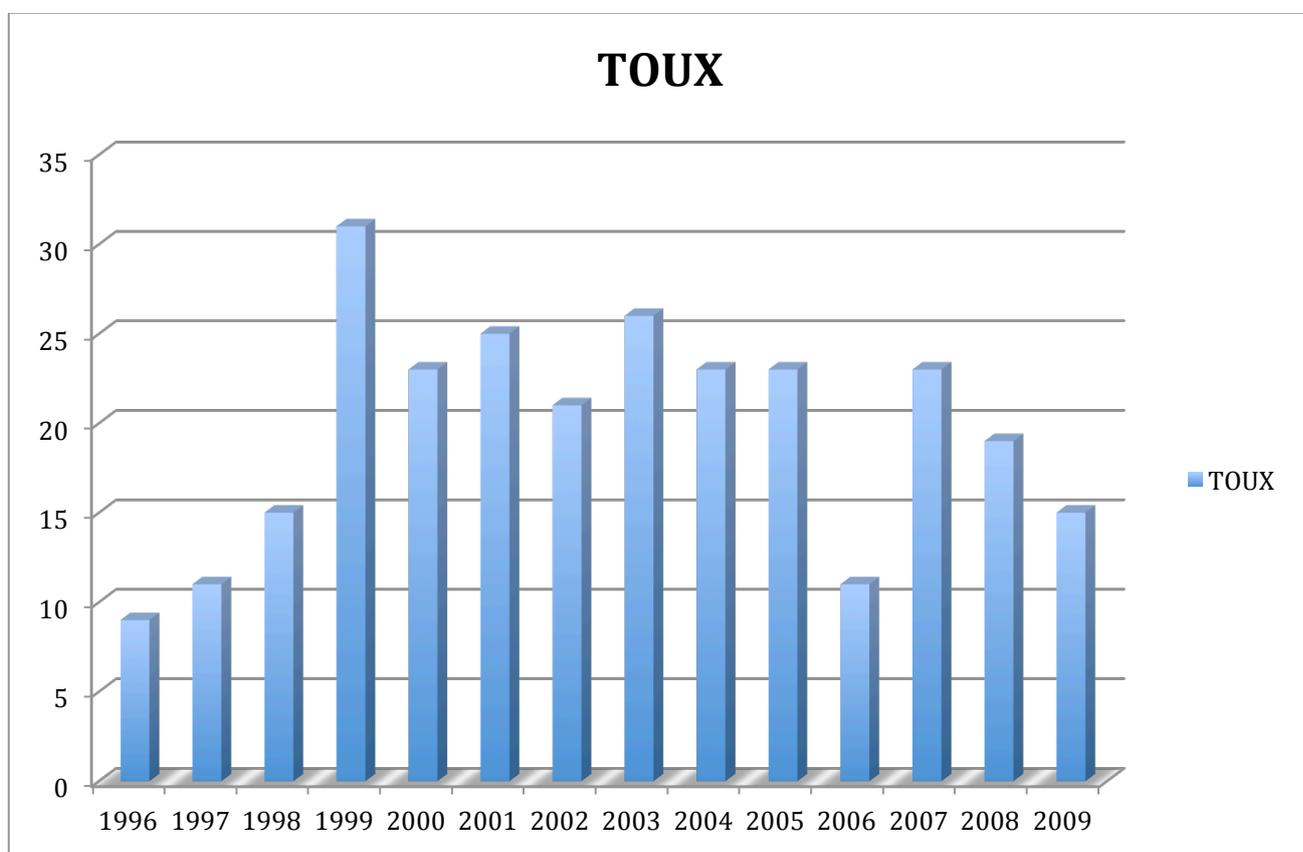


Figure 28 : la toux en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Le chi-deux est de 28,06 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il y a une différence significative de la fréquence des toux en fonction de l'année de naissance des enfants dans l'échantillon observé.

La proportion en p.1000 du nombre de toux par le nombre de consultations pour chaque année de naissance:

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
166	115	107	210	164	181	146	187	156	181	85	166	142	161

*Tableau 49 : La toux en fonction de l'année de naissance de l'enfant
(p1000)*

Le chi-deux est de 95,71 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il y a une différence significative de la fréquence des toux en fonction de l'année de naissance rapporté au nombre de consultation pour chaque année de naissance dans l'échantillon observé.

4.2.2.d l'angine en fonction de l'année de naissance de l'enfant

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
4	10	10	11	8	18	14	15	16	14	15	20	12	1

Tableau 50 : l'angine en fonction de l'année de naissance de l'enfant

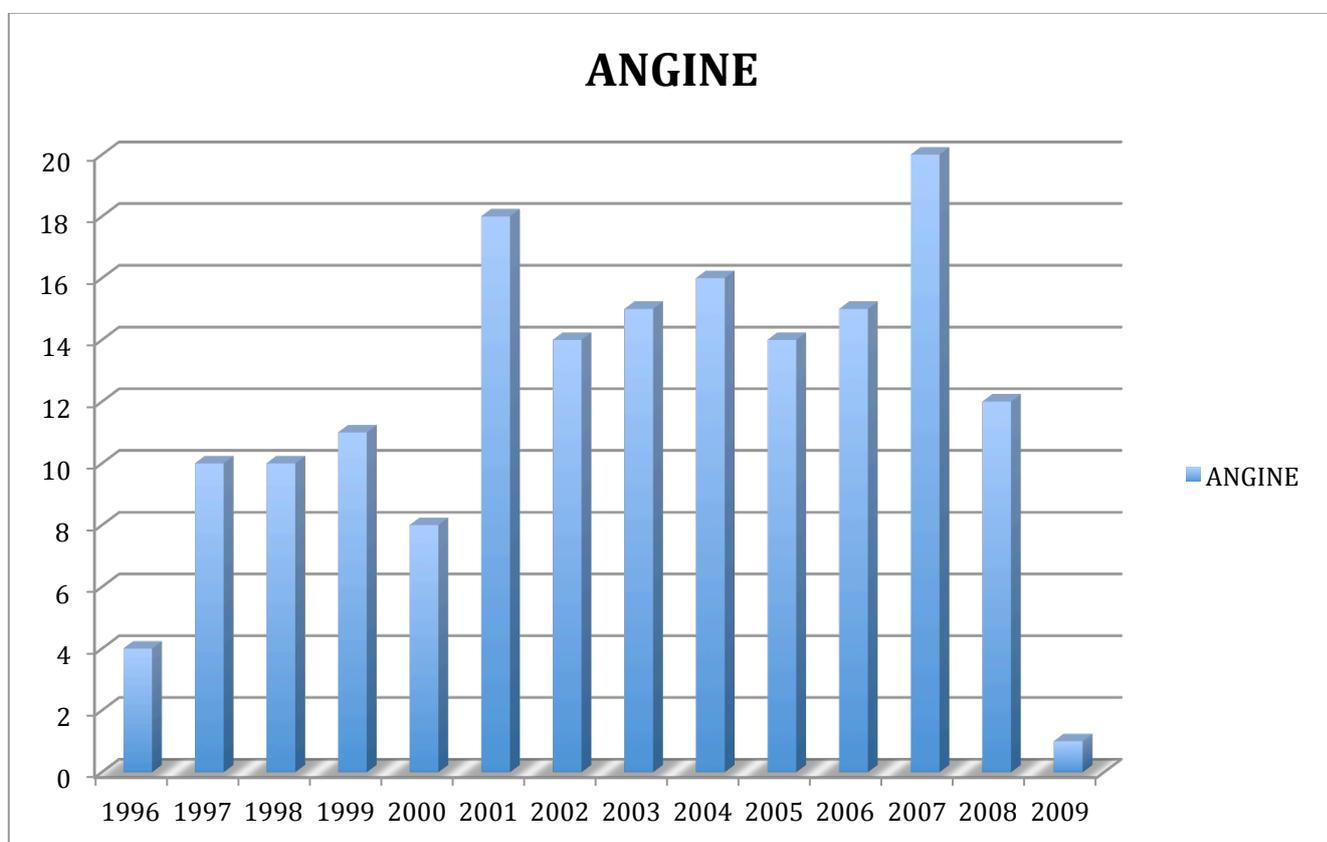


Figure 29 : l'angine en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Le chi-deux est de 29,33 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il y a une **différence significative de la fréquence des angines en fonction de l'année de naissance des enfants dans l'échantillon observé.**

La proportion en p.1000 du nombre d'angine par le nombre de consultations pour chaque année de naissance:

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
74	105	171	274	157	130	197	108	108	110	117	144	190	10

*Tableau 51 : l'angine en fonction de l'année de naissance de l'enfant
(p1000)*

Le chi-deux est de 160,4 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il y a une **différence significative de la fréquence d'angine en fonction de l'année de naissance rapporté au nombre de consultation pour chaque année de naissance dans l'échantillon observé.**

4.2.2.e les otites en fonction de l'année de naissance de l'enfant

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
9	6	7	13	14	12	16	12	28	17	7	15	23	18

Tableau 52 : les otites en fonction de l'année de naissance de l'enfant

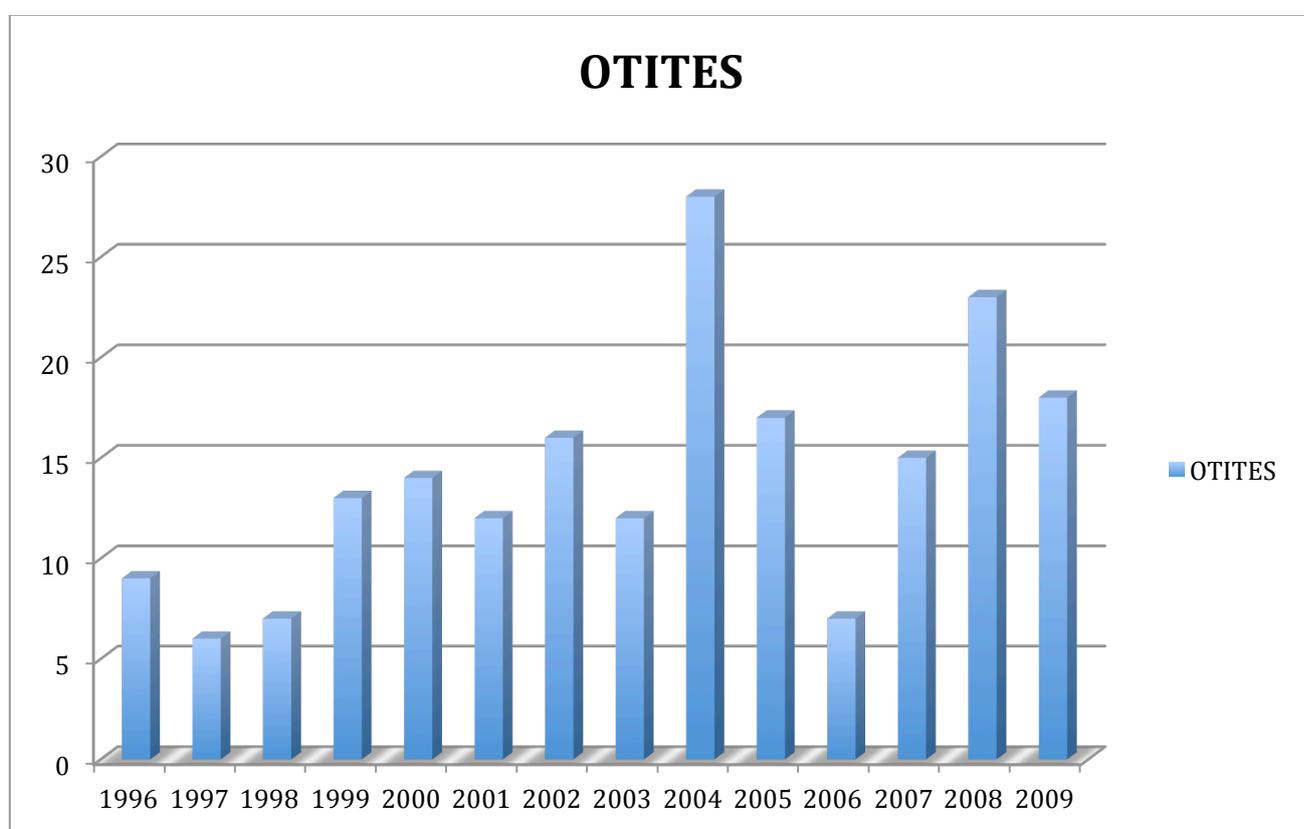


Figure 30 : les otites en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Le chi-deux est de 35,74 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il y a une différence significative de la fréquence des otites en fonction de l'année de naissance des enfants dans l'échantillon observé.

La proportion en p.1000 du nombre d'otite par le nombre de consultations pour chaque année de naissance:

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
166	63	50	88	100	86	112	86	112	139	51	108	172	193

*Tableau 53 : les otites en fonction de l'année de naissance de l'enfant
(p1000)*

Le chi-deux est de 236,1 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il y a une différence significative de la fréquence d'otite en fonction de l'année de naissance rapporté au nombre de consultation pour chaque année de naissance dans l'échantillon observé.

4.2.2.f la vaccination en fonction de l'année de naissance de l'enfant

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
3	9	15	12	13	6	10	10	3	6	12	7	5	3

Tableau 54 : La vaccination en fonction de l'année de naissance de l'enfant

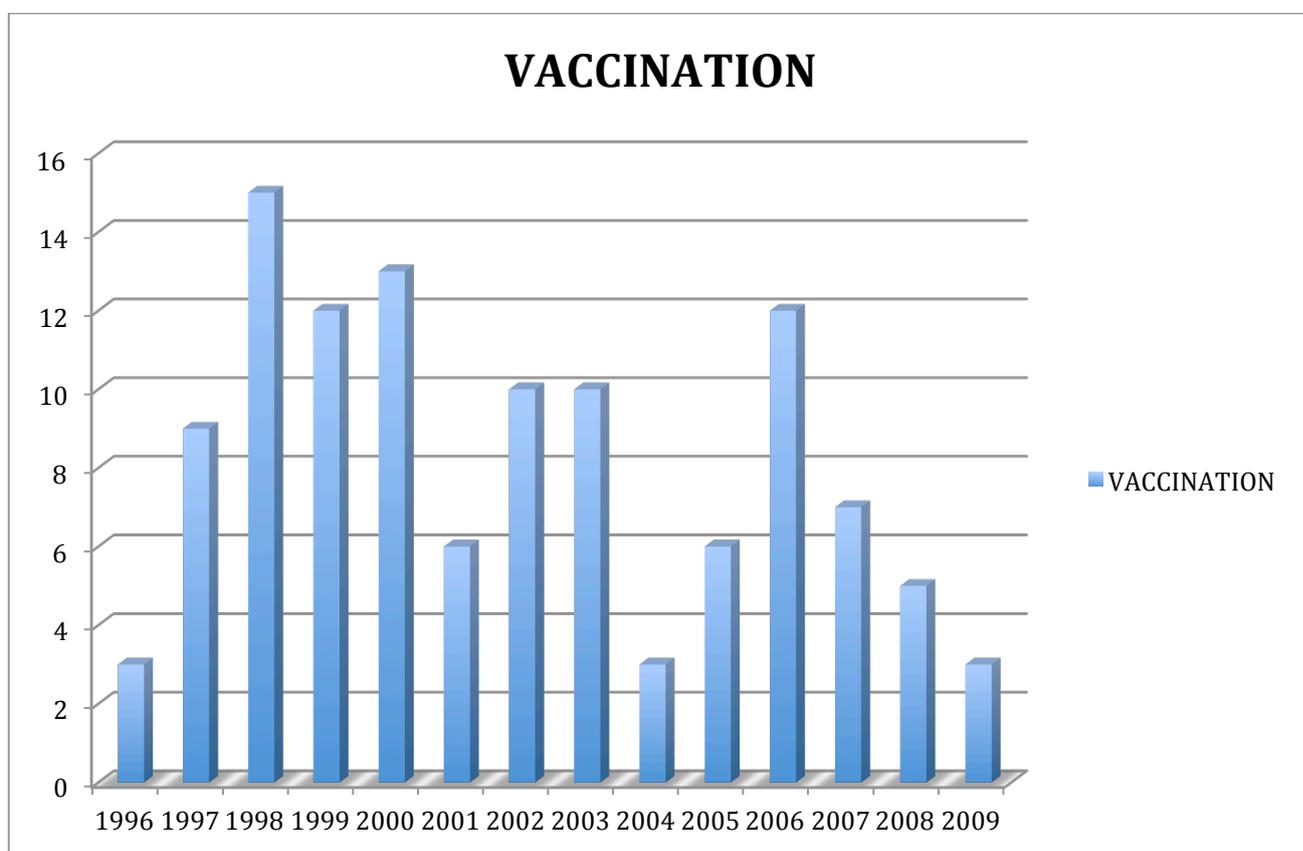


Figure 31 : la vaccination en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Le chi-deux est de 25,51 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il y a une différence significative de la fréquence des vaccinations en fonction de l'année de naissance des enfants dans l'échantillon observé.

La proportion en p.1000 du nombre de vaccination par le nombre de consultations pour chaque année de naissance:

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
55	94	107	81	92	43	70	72	20	47	93	50	36	22

Tableau 55 : La vaccination en fonction de l'année de naissance de l'enfant (p1000)

Le chi-deux est de 162,5 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il y a une différence significative de la fréquence des vaccinations en fonction de l'année de naissance rapporté au nombre de consultation pour chaque année de naissance dans l'échantillon observé.

4.2.2.g les troubles du comportement en fonction de l'année de naissance de l'enfant

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
11	6	17	8	19	12	15	18	16	10	10	8	10	7

Tableau 56 : les troubles du comportement en fonction de l'année de naissance de l'enfant

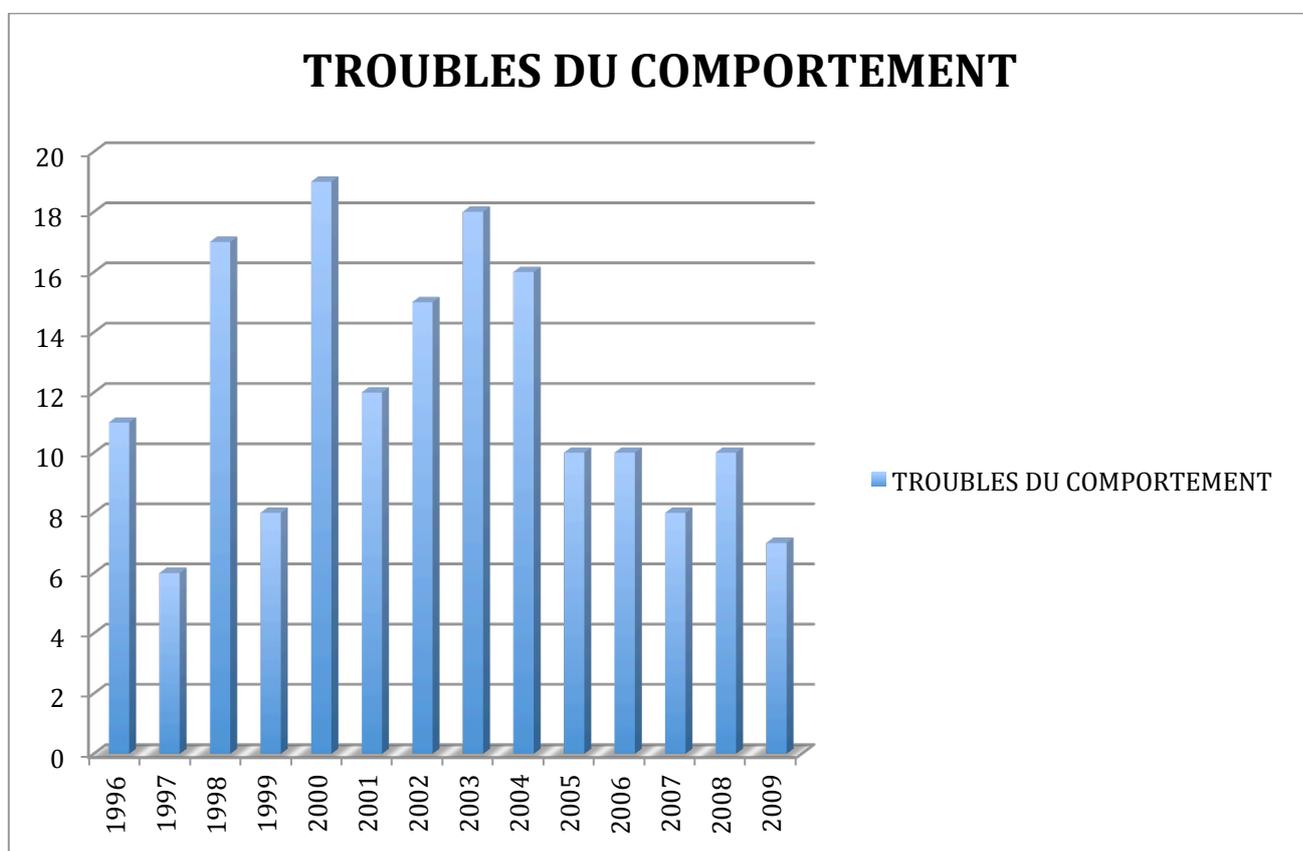


Figure 32 : les troubles du comportement en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Le chi-deux est de 20,2 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il **n'y a pas de différence significative de la fréquence des troubles du comportement en fonction de l'année de naissance des enfants dans l'échantillon observé.**

La proportion en p.1000 du nombre de trouble du comportement par le nombre de consultations pour chaque année de naissance:

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
203	63	121	54	135	87	104	129	109	78	78	58	75	75

Tableau 57 : Les troubles du comportement en fonction de l'année de naissance de l'enfant (p1000)

Le chi-deux est de 212,5 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il **y a une différence significative de la fréquence des troubles du comportement en fonction de l'année de naissance rapporté au nombre de consultation pour chaque année de naissance dans l'échantillon observé.**

4.2.2.h la conjonctivite en fonction de l'année de naissance de l'enfant

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	1	3	3	3	3	0	2	1	3	1	2	3	2

Tableau 58 : La conjonctivite en fonction de l'année de naissance de l'enfant

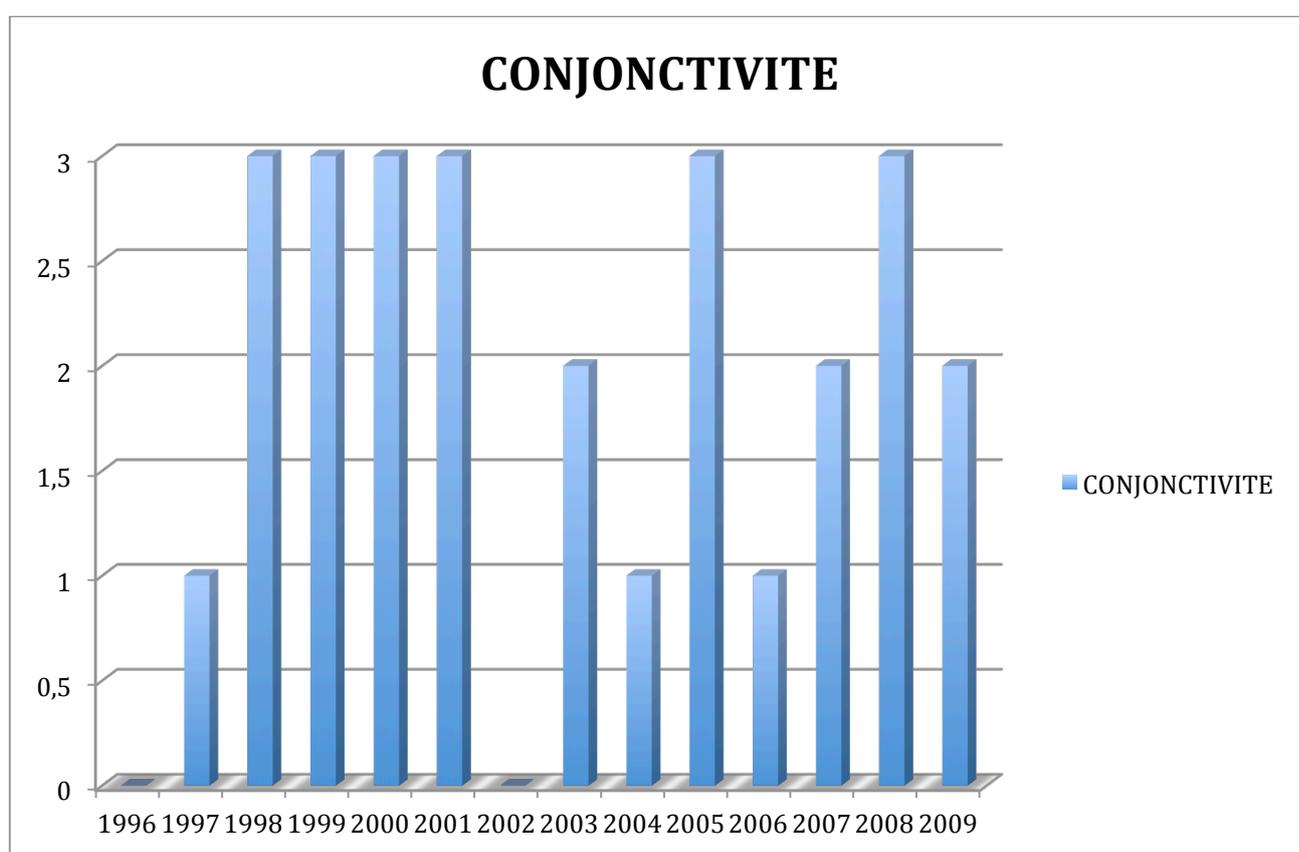


Figure 33 : la conjonctivite en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Le chi-deux est de 8,77 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il **n'y a pas de différence significative de la fréquence des conjonctivites en fonction de l'année de naissance des enfants dans l'échantillon observé.**

La proportion en p.1000 du nombre de conjonctivite par le nombre de consultations pour chaque année de naissance:

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	10	21	20	21	22	0	14	7	23	8	14	22	21

Tableau 59 : La conjonctivite en fonction de l'année de naissance de l'enfant (p1000)

Le chi-deux est de 212,5 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il **y a une différence significative de la fréquence des conjonctivites en fonction de l'année de naissance rapporté au nombre de consultation pour chaque année de naissance dans l'échantillon observé.**

4.2.2.i la constipation en fonction de l'année de naissance de l'enfant

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	0	1	0	1	1	1	2	1	3	5	2	3	1

Tableau 60 : La constipation en fonction de l'année de naissance de l'enfant

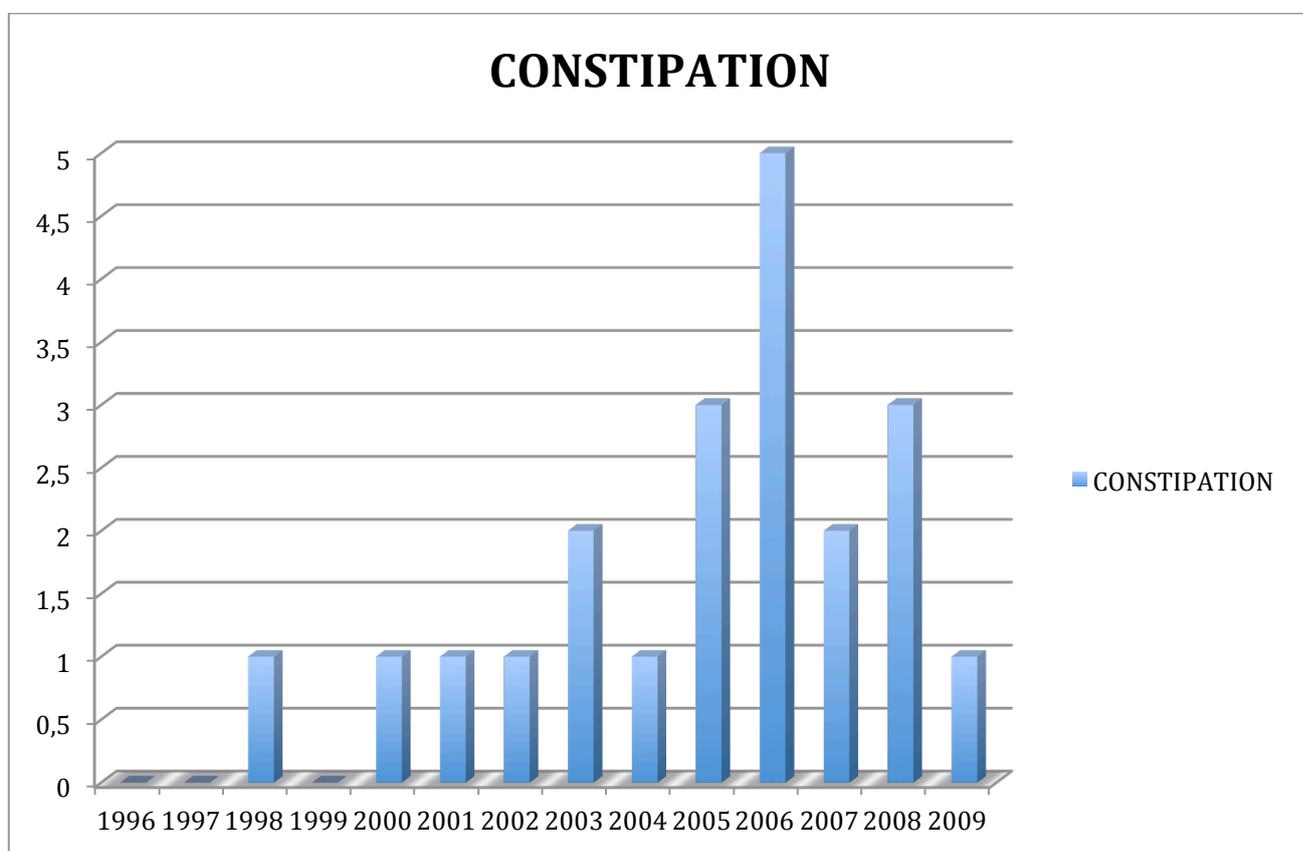


Figure 34 : la constipation en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Le chi-deux est de 17 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il n'y a pas de différence significative de la fréquence des constipations en fonction de l'année de naissance des enfants dans l'échantillon observé.

La proportion en p.1000 du nombre de constipation par le nombre de consultations pour chaque année de naissance:

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	0	7	0	7	7	7	14	7	23	39	15	22	11

Tableau 61 : La constipation en fonction de l'année de naissance de l'enfant (p1000)

Le chi-deux est de 133,4 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il y a une différence significative de la fréquence des constipations en fonction de l'année de naissance rapporté au nombre de consultation pour chaque année de naissance dans l'échantillon observé.

4.2.2.j les dermatoses en fonction de l'année de naissance de l'enfant

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	1	5	6	2	7	8	7	3	5	2	4	3	3

Tableau 62 : les dermatoses en fonction de l'année de naissance de l'enfant

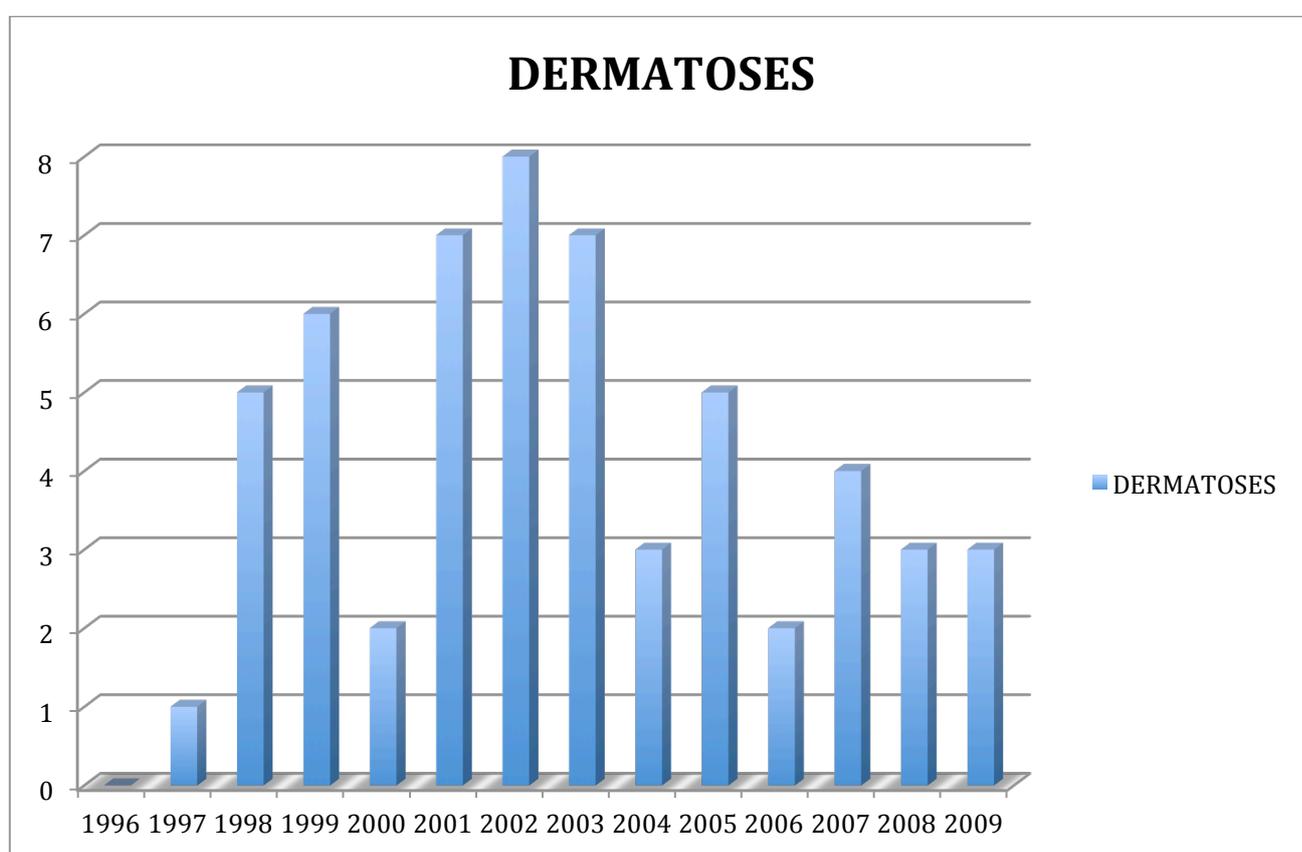


Figure 35 : les dermatoses en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Le chi-deux est de 19 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il n'y a pas de différence significative de la fréquence des dermatoses en fonction de l'année de naissance des enfants dans l'échantillon observé.

La proportion en p.1000 du nombre de dermatose par le nombre de consultations pour chaque année de naissance:

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	10	35	40	14	50	56	50	20	39	15	29	22	32

Tableau 63 : Les dermatoses en fonction de l'année de naissance de l'enfant (p1000)

Le chi-deux est de 123,3 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il y a une différence significative de la fréquence des dermatoses en fonction de l'année de naissance rapporté au nombre de consultation pour chaque année de naissance dans l'échantillon observé.

4.2.2.k les diarrhée nausée et vomissement en fonction de l'année de naissance de l'enfant

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
3	5	5	12	6	9	8	10	10	9	10	5	6	14

Tableau 64 : les diarrhée, nausée et vomissement en fonction de l'année de naissance de l'enfant

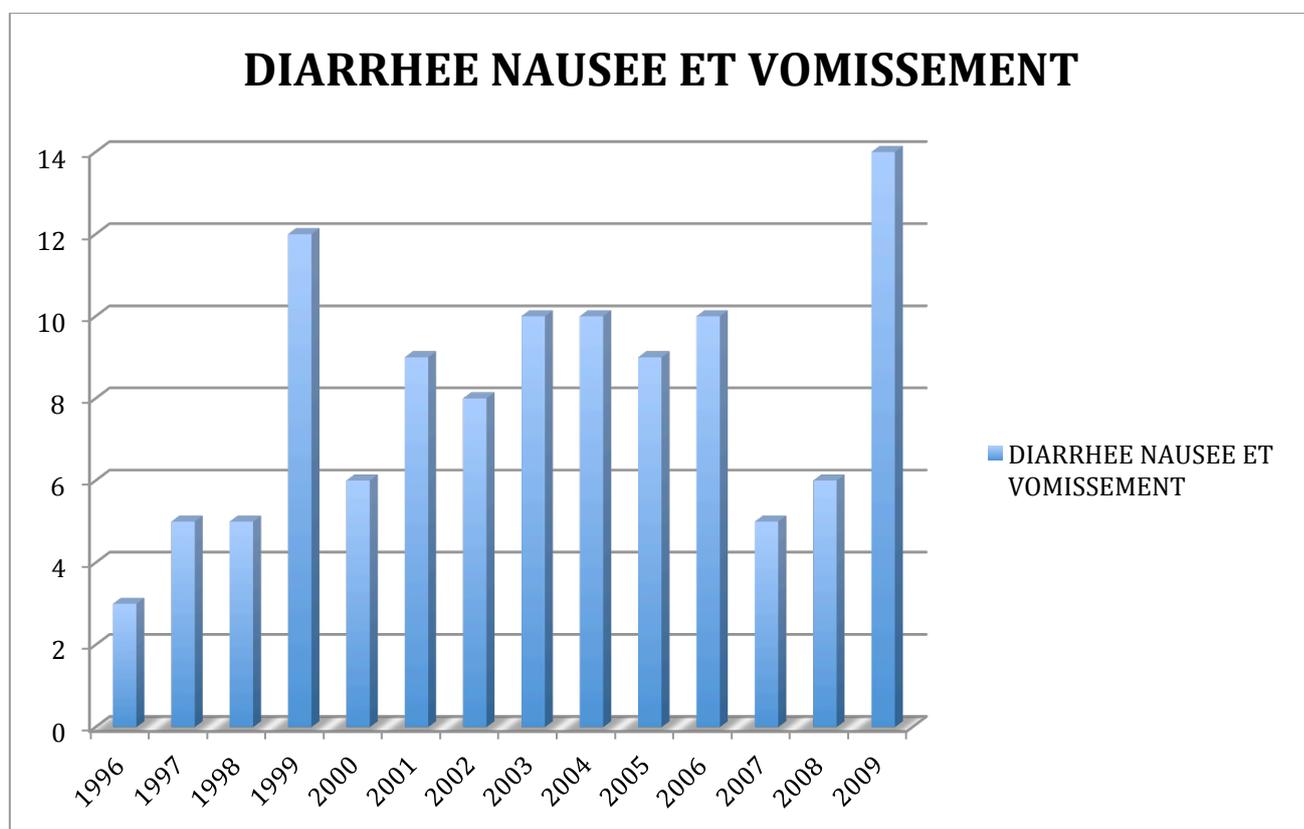


Figure 36 : les diarrhée, nausée et vomissement en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Le chi-deux est de 15.75 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il n'y a pas de différence significative de la fréquence des diarrhée, nausée et vomissement en fonction de l'année de naissance des enfants dans l'échantillon observé.

La proportion en p.1000 du nombre de diarrhée, nausée et vomissement par le nombre de consultations pour chaque année de naissance:

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
55	52	35	81	43	65	56	72	68	70	78	36	45	150

Tableau 65 : les diarrhée, nausée et vomissement en fonction de l'année de naissance de l'enfant (p1000)

Le chi-deux est de 165,4 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il y a une différence significative de la fréquence des diarrhée, nausée et vomissements en fonction de l'année de naissance rapporté au nombre de consultation pour chaque année de naissance dans l'échantillon observé.

4.2.2.1 l'état fébrile en fonction de l'année de naissance de l'enfant

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	2	4	2	0	2	3	7	4	5	1	7	3	3

Tableau 66 : l'état fébrile en fonction de l'année de naissance de l'enfant

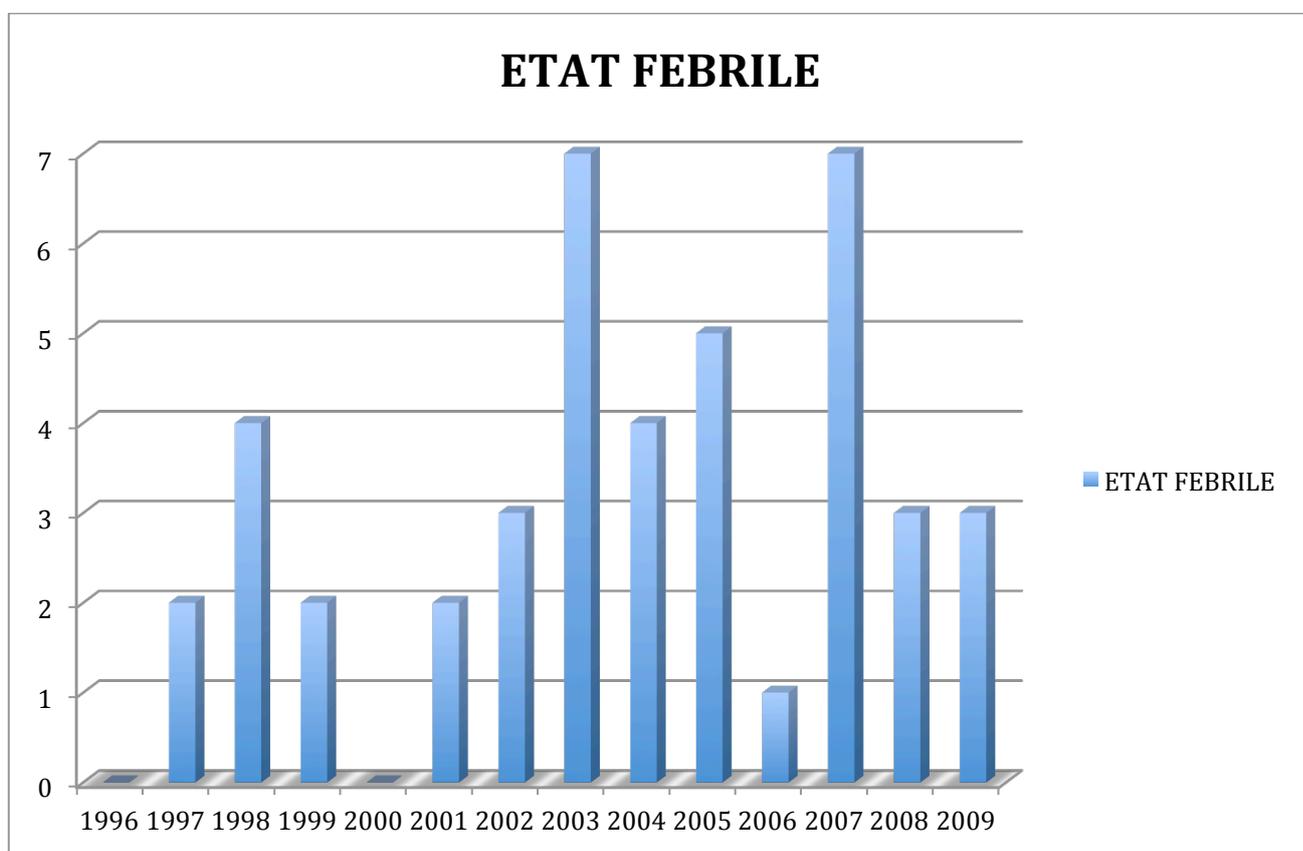


Figure 37 : l'état fébrile en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Le chi-deux est de 20,49 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il n'y a pas de différence significative de la fréquence des états fébriles en fonction de l'année de naissance des enfants dans l'échantillon observé.

La proportion en p.1000 du nombre des états fébriles par le nombre de consultations pour chaque année de naissance:

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	0	7	0	7	7	7	14	7	23	39	15	22	11

Tableau 67 : l'état fébrile en fonction de l'année de naissance de l'enfant (p1000)

Le chi-deux est de 143,1 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il y a une différence significative de la fréquence des états fébriles en fonction de l'année de naissance rapporté au nombre de consultation pour chaque année de naissance dans l'échantillon observé.

4.2.2.m les examens systématiques et la prévention en fonction de l'année de naissance de l'enfant

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1	1	2	4	1	4	0	3	1	0	2	1	1	2

Tableau 68 : les examens systématiques et la prévention en fonction de l'année de naissance de l'enfant

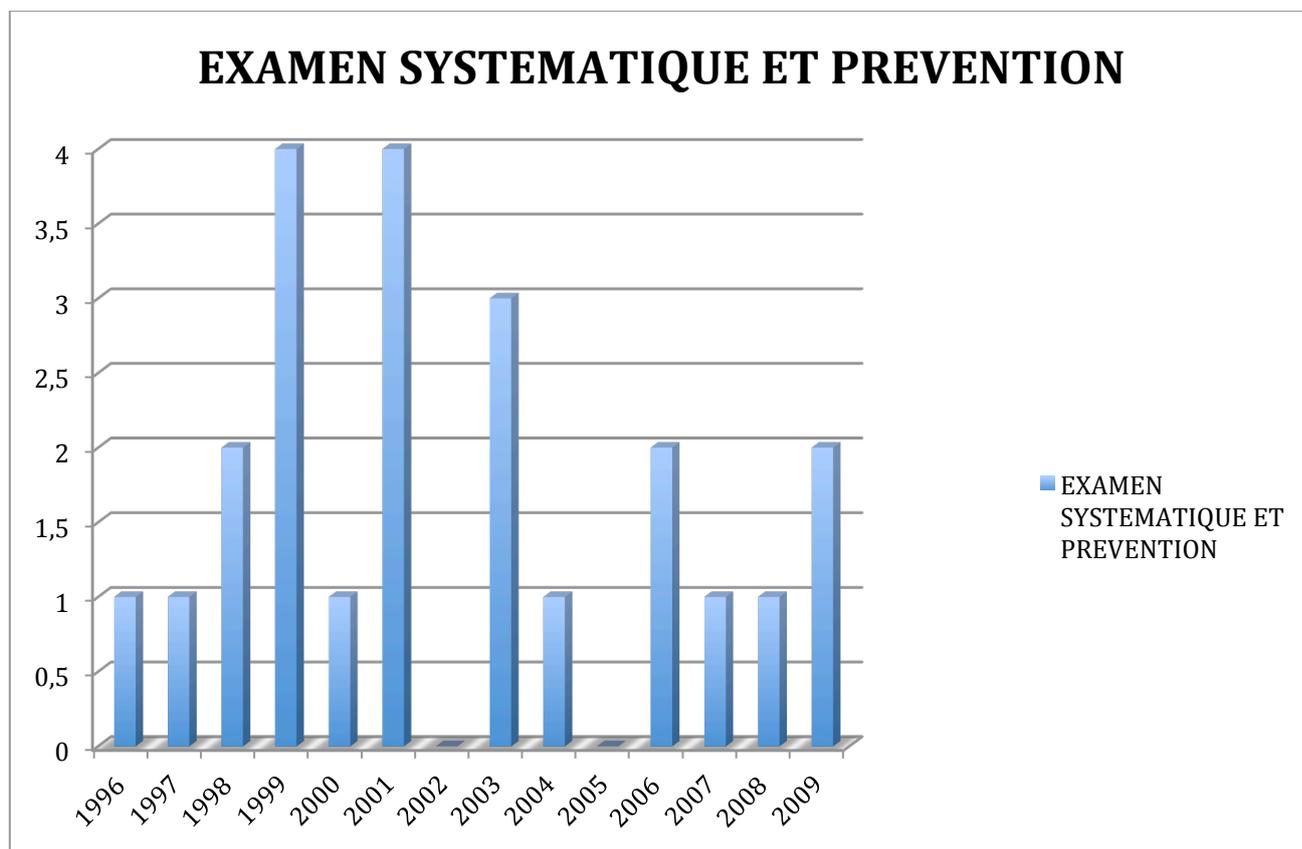


Figure 38 : les examens systématiques et la prévention en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Le chi-deux est de 12,91 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il n'y a pas de différence significative de la fréquence des examens systématiques et de la prévention en fonction de l'année de naissance des enfants dans l'échantillon observé.

La proportion en p.1000 du nombre des examens systématiques et de prévention par le nombre de consultations pour chaque année de naissance:

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	0	7	0	7	7	7	14	7	23	39	15	22	11

Tableau 69 : les examens systématiques et la prévention en fonction de l'année de naissance de l'enfant (p1000)

Le chi-deux est de 100,1 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il y a une différence significative de la fréquence des examens systématiques et de prévention en fonction de l'année de naissance rapporté au nombre de consultation pour chaque année de naissance dans l'échantillon observé.

4.2.2.n la plainte abdominale en fonction de l'année de naissance de l'enfant

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
2	5	2	3	3	6	4	4	2	0	2	3	2	2

Tableau 70 : La plainte abdominale en fonction de l'année de naissance de l'enfant

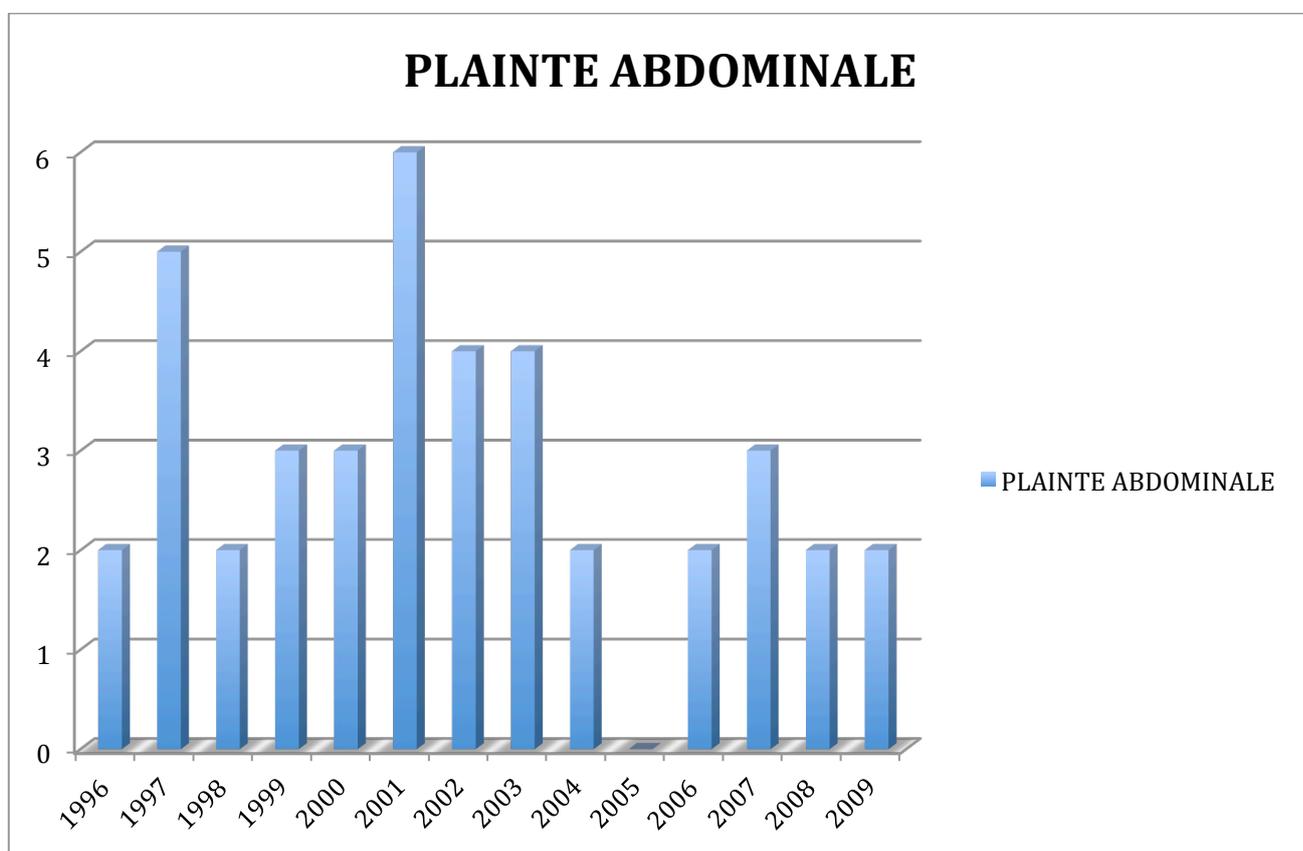


Figure 39 : la plainte abdominale en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Le chi-deux est de 10,4 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il **n'y a pas de différence significative de la fréquence des plaintes abdominales en fonction de l'année de naissance des enfants dans l'échantillon observé.**

La proportion en p.1000 du nombre de plainte abdominale par le nombre de consultations pour chaque année de naissance:

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	0	7	0	7	7	7	14	7	23	39	15	22	11

Tableau 71 : La plainte abdominale en fonction de l'année de naissance de l'enfant (p1000)

Le chi-deux est de 99,51 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il **y a une différence significative de la fréquence des plaintes abdominales en fonction de l'année de naissance rapporté au nombre de consultation pour chaque année de naissance dans l'échantillon observé.**

4.2.2.o les piqures d'insectes en fonction de l'année de naissance de l'enfant

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
11	6	17	8	19	12	15	18	16	10	10	8	10	7

Tableau 72: les piqures d'insecte en fonction de l'année de naissance de l'enfant

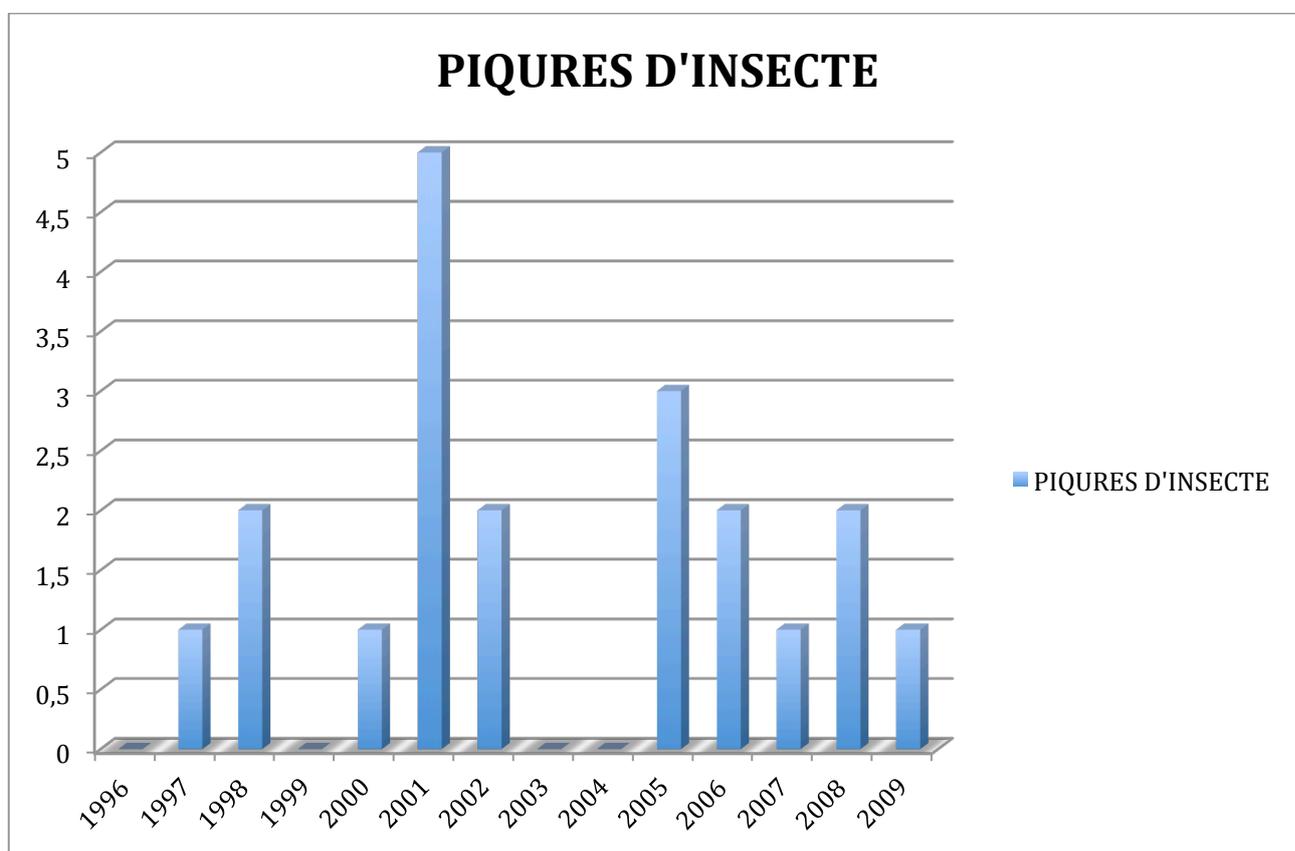


Figure 40 : les piqures d'insectes en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Le chi-deux est de 17,8 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il **n'y a pas de différence significative de la fréquence des piqûres d'insecte en fonction de l'année de naissance des enfants dans l'échantillon observé.**

La proportion en p.1000 du nombre de piqûres d'insectes par le nombre de consultations pour chaque année de naissance:

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
203	63	121	54	135	86	104	129	108	78	78	159	75	75

Tableau 73 : les piqûres d'insecte en fonction de l'année de naissance de l'enfant (p1000)

Le chi-deux est de 212,2 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il **y a une différence significative de la fréquence des piqûres d'insecte en fonction de l'année de naissance rapporté au nombre de consultation pour chaque année de naissance dans l'échantillon observé.**

4.2.2.p la varicelle en fonction de l'année de naissance de l'enfant

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
2	3	5	5	4	3	4	3	6	3	2	1	2	1

Tableau 74 : La varicelle en fonction de l'année de naissance de l'enfant

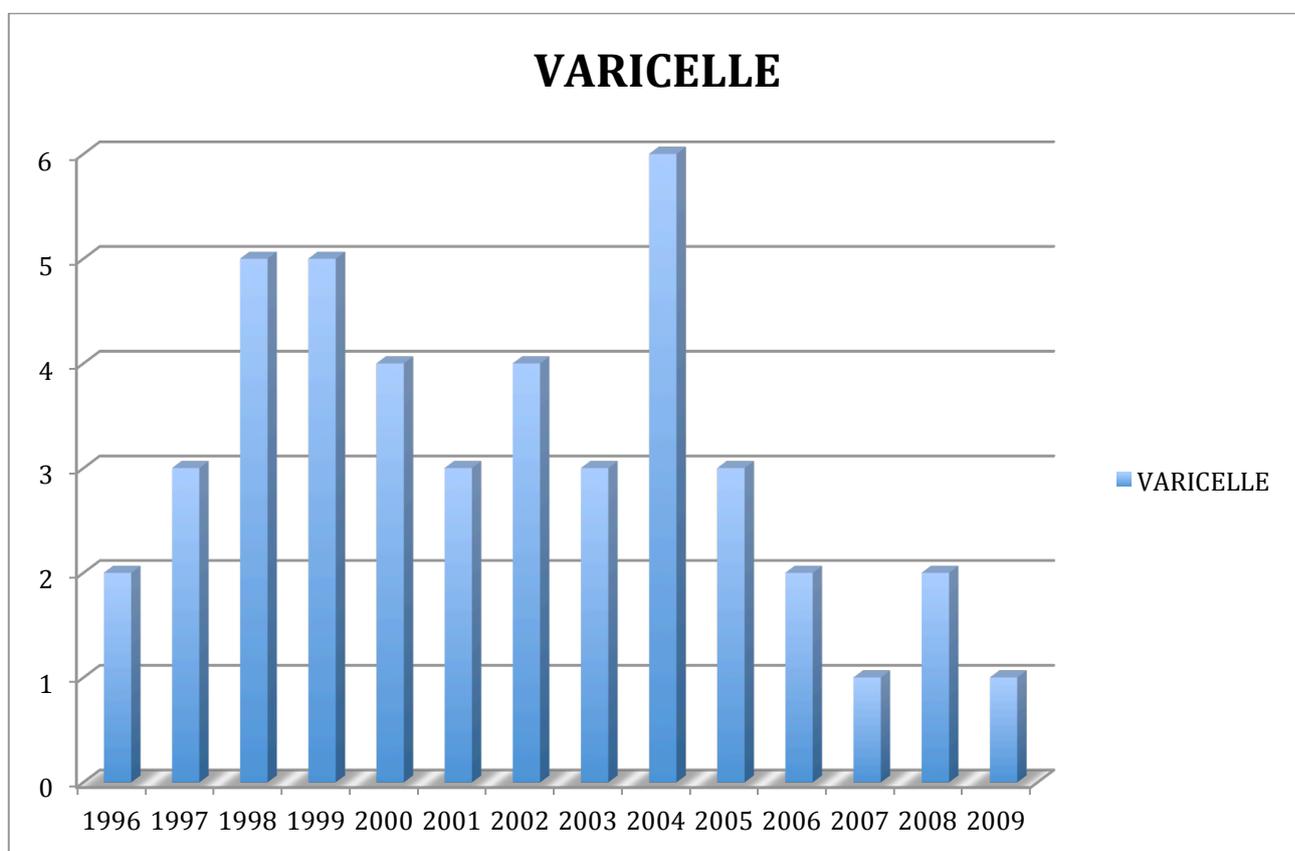


Figure 41 : la varicelle en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Le chi-deux est de 9,45 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il **n'y a pas de différence significative de la fréquence des varicelles en fonction de l'année de naissance des enfants dans l'échantillon observé.**

La proportion en p.1000 du nombre de varicelle par le nombre de consultations pour chaque année de naissance:

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
37	31	35	34	28	21	28	21	41	23	16	7	15	11

Tableau 75 : La varicelle en fonction de l'année de naissance de l'enfant (p1000)

Le chi-deux est de 55,18 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il **y a une différence significative de la fréquence des varicelles en fonction de l'année de naissance rapporté au nombre de consultation pour chaque année de naissance dans l'échantillon observé.**

4.2.2.q les mycoses en fonction de l'année de naissance de l'enfant

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	4	5	3	4	0	0	2	1	2	1	5	3	1

Tableau 76: les mycoses en fonction de l'année de naissance de l'enfant

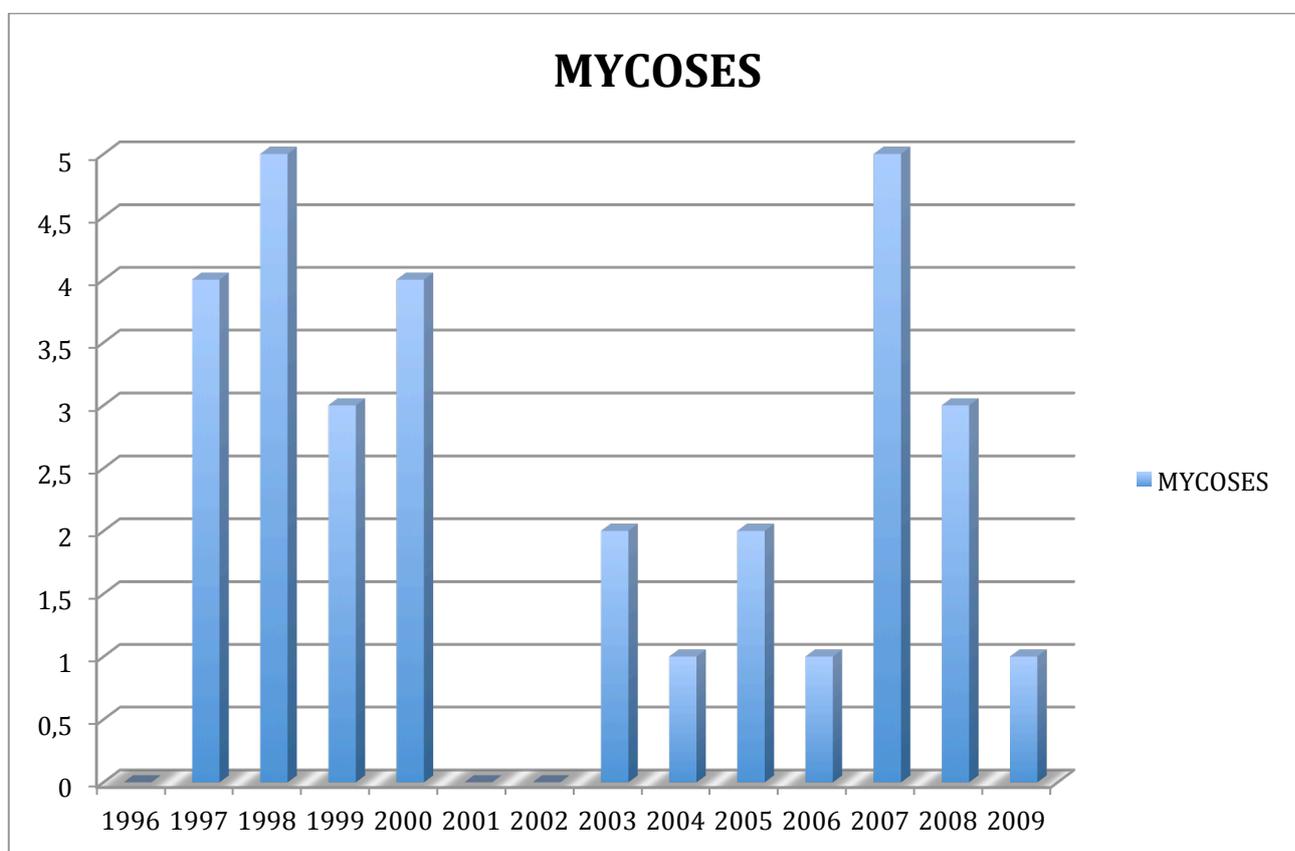


Figure 42 : les mycoses en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Le chi-deux est de 19,13 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il n'y a pas de différence significative de la fréquence des mycoses en fonction de l'année de naissance des enfants dans l'échantillon observé.

La proportion en p.1000 du nombre de mycose par le nombre de consultations pour chaque année de naissance:

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0	42	35	20	28	0	0	14	7	16	8	36	22	10

Tableau 77 : les mycoses en fonction de l'année de naissance de l'enfant (p1000)

Le chi-deux est de 151,3 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il y a une différence significative de la fréquence des mycoses en fonction de l'année de naissance rapporté au nombre de consultation pour chaque année de naissance dans l'échantillon observé.

4.3 Les consultations en fonction de l'âge et de l'année de naissance de l'enfant

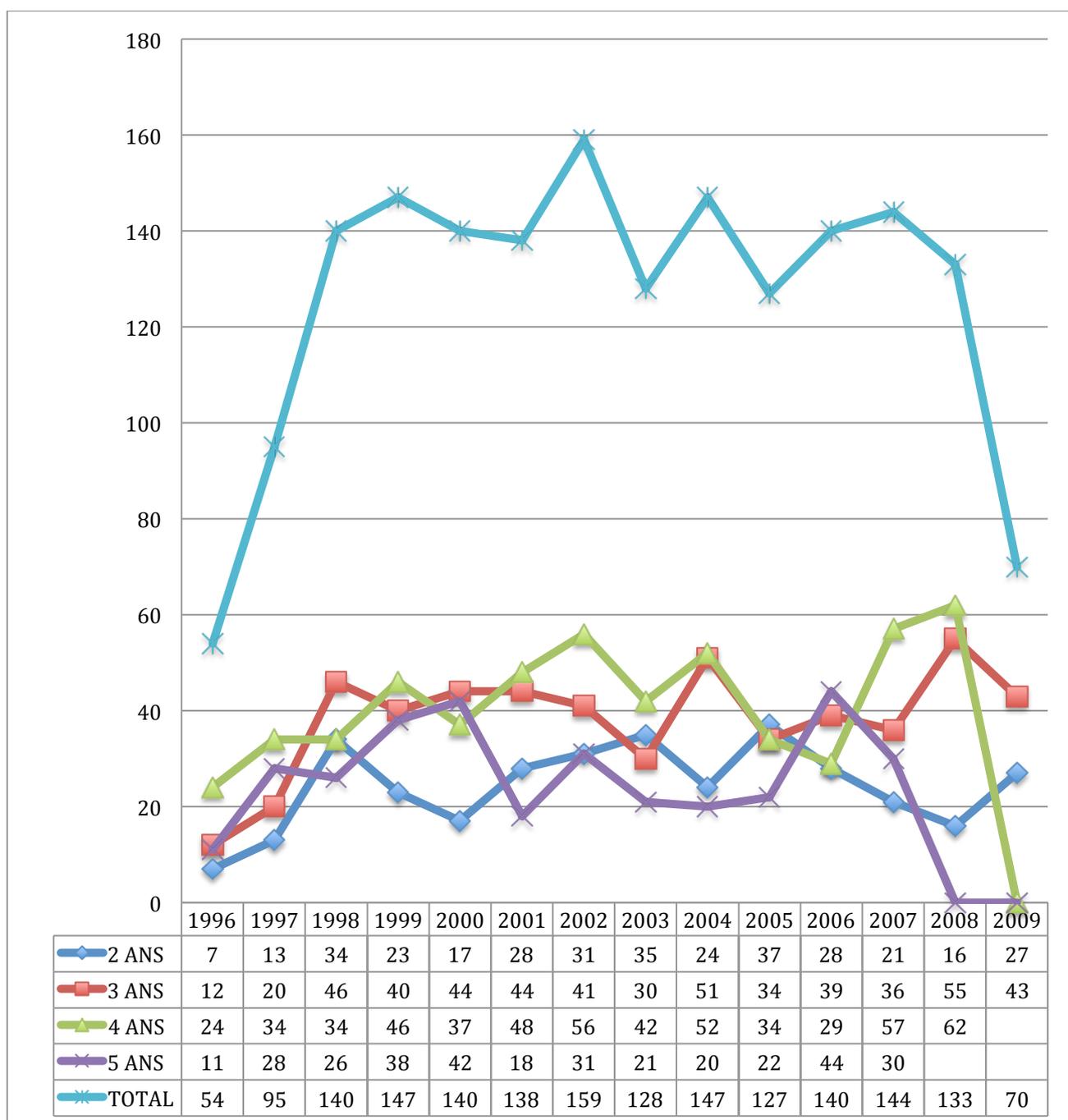


Figure 43 : les consultations en fonction de l'âge et de l'année de naissance des enfants

Le chi-deux est de 141,88 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il **existe une différence significative de la fréquence des consultations en fonction de l'année de naissance et de l'âge des enfants dans l'échantillon observé.**

4.4 Le pourcentage de consultations se terminant par la rédaction d'une prescription médicamenteuse en fonction de l'âge et de l'année de naissance de l'enfant

Les autres consultations se terminant sans prescription aucune, ou une prescription de soins paramédicaux (exemple kinésithérapie ou orthophonie) ou une prescription d'examen complémentaire en particulier d'imagerie ou enfin la rédaction d'un certificat médical ou d'une lettre pour un spécialiste.

Le chi-deux est de 403 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il **existe une différence significative dans le pourcentage de consultations se terminant par la rédaction d'une prescription médicamenteuse en fonction de l'année de naissance et de l'âge des enfants dans l'échantillon observé.**

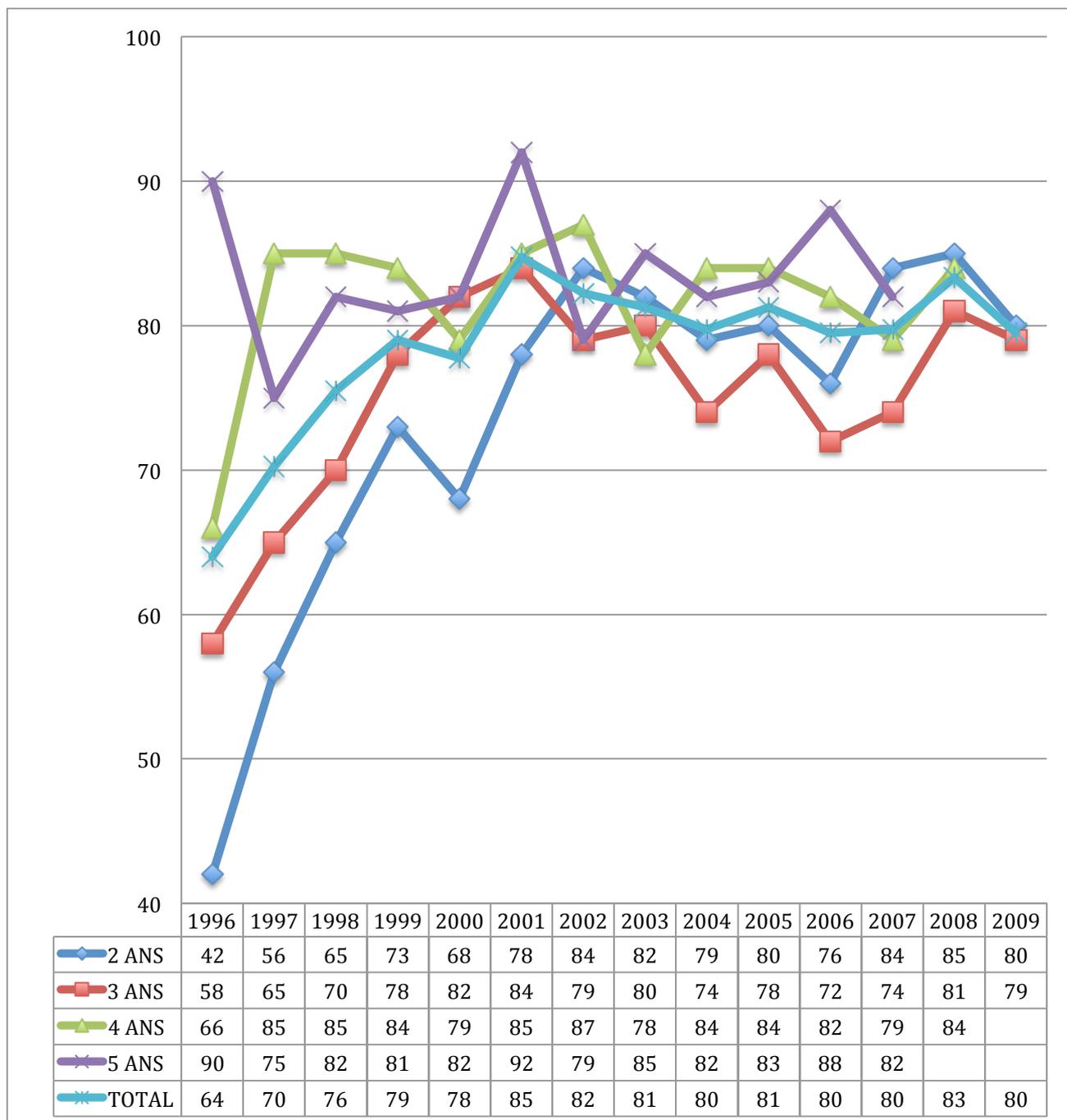


Figure 44 : pourcentage de consultations se terminant par la rédaction d'une prescription médicamenteuse en fonction de l'âge et l'année de naissance de l'enfant

4.5 nombre moyen de molécules prescrites par ordonnance en fonction de l'âge et de l'année de naissance de l'enfant



Figure 45 : nombre moyen de molécules prescrites par ordonnance en fonction de l'âge et de l'année de naissance de l'enfant

Le chi-deux est de 11,9 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il **n'existe pas de différence significative dans le nombre moyen de molécules prescrites par ordonnance en fonction de l'année de naissance et de l'âge des enfants dans l'échantillon observé.**

4.6 pourcentage de prescription d'antibiotique lors des consultations en fonction de l'âge et de l'année de naissance de l'enfant

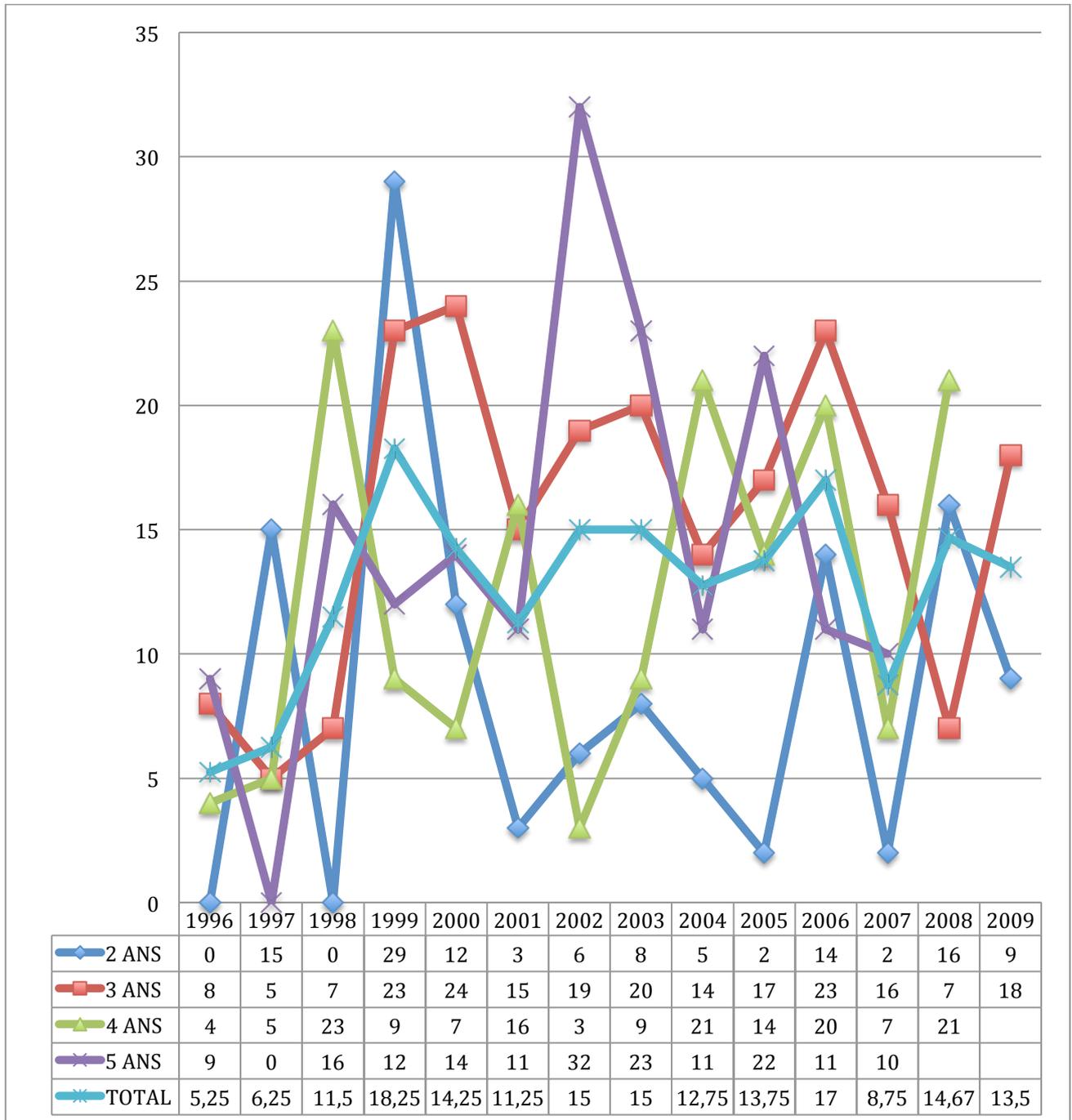


Figure 46 : pourcentage de prescription d'antibiotique lors de consultations en fonction de l'âge et de l'année de naissance de l'enfant

Le chi-deux est de 224 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il **existe une différence significative dans le pourcentage de prescription d'antibiotique lors des consultations en fonction de l'année de naissance et de l'âge des enfants dans l'échantillon observé.**

4.7 pourcentage de prescription d'homéopathie lors de la consultation en fonction de l'âge et de l'année de naissance de l'enfant

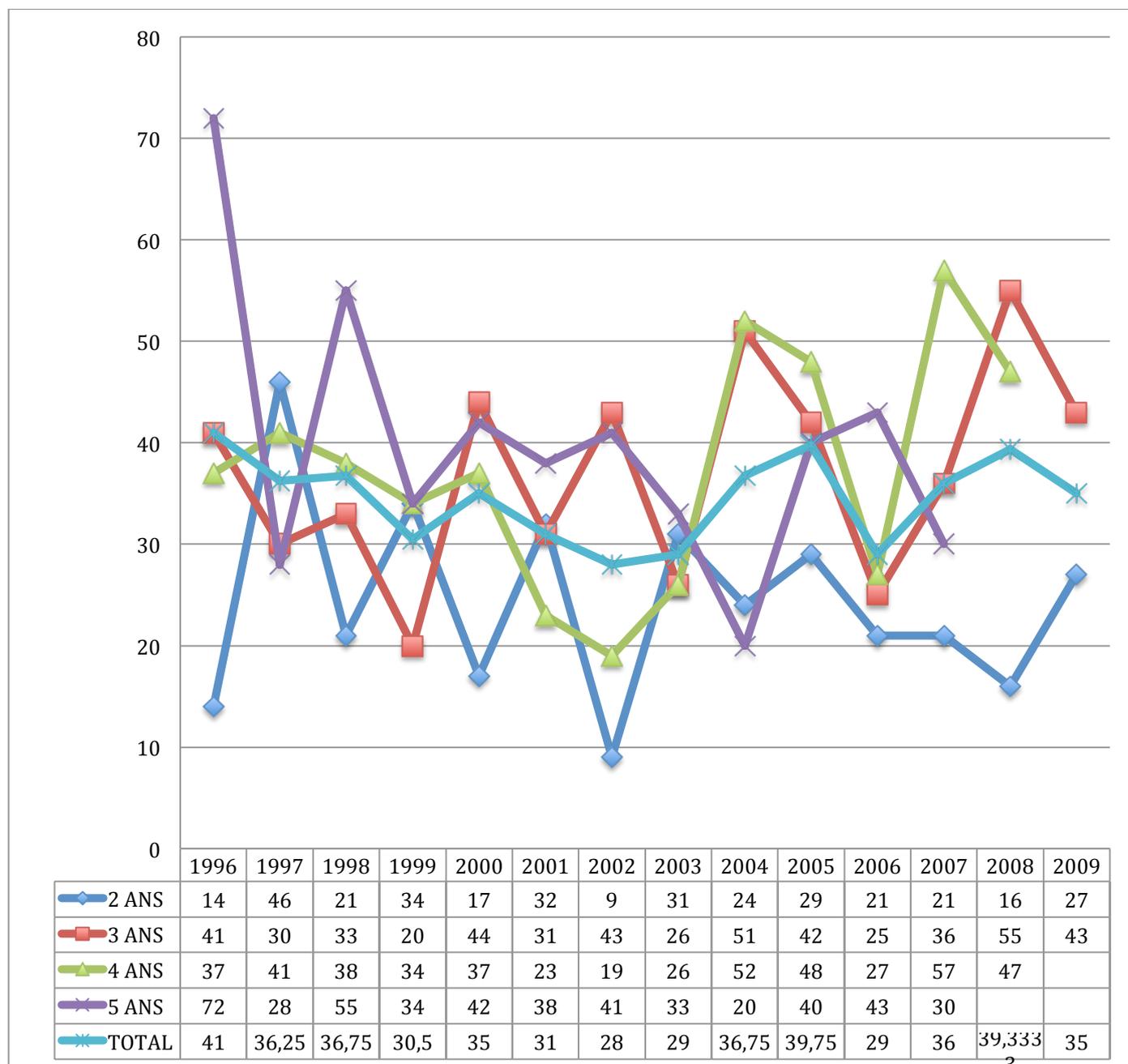


Figure 47 : pourcentage de prescription d'homéopathie lors de la consultation en fonction de l'âge et de l'année de naissance de l'enfant

Le chi-deux est de 316 ($p=0,05$) ce qui suppose qu'il **existe une différence significative dans le pourcentage de prescription d'homéopathie lors de la consultation en fonction de l'année de naissance et de l'âge des enfants dans l'échantillon observé.**

5 DISCUSSION

5.1 limites

Nous avons conscience de la limite principale de cette étude qui est que cette étude ne concerne qu'une seule patientèle. Elle est mono centrique

Ce choix s'est imposé pour plusieurs raisons.

Tout d'abord dans le lieu géographique choisi (le nord Dordogne) il existe plusieurs médecins qui ont exercé pendant la période observée, cependant l'informatisation des autres médecins s'est faite beaucoup plus tard. Les premiers résultats discutés dans cette étude concernent l'année 1996 et malheureusement à cette époque peu de médecins du nord de la Dordogne étaient informatisés. De plus, le relevé de données initial a été fait à partir de l'année 1986 qui était l'année d'informatisation du cabinet médical observé, cependant nous avons choisi d'étudier les données à partir de 1996 uniquement pour des problèmes de cohorte insuffisamment importante. Cette différence s'explique essentiellement par le ratio de consultations des enfants au cabinet par rapport aux visites. Ce choix nous a paru opportun car le nombre de consultations étudiées était suffisamment important pour faire des statistiques relativement intéressantes et significatives pour les questions que nous nous posions.

5.2 principaux résultats

5.2.1 Les motifs de consultations dont la fréquence de survenue n'est pas influencée par l'âge des patients.

D'après les tests statistiques réalisés au cours de cette étude, nous pouvons dire que les motifs de consultation dont la fréquence de survenue n'est pas influencée par l'âge des patients dans l'échantillon observé sont :

- la bronchite
- la constipation
- les dermatoses
- la diarrhée et les vomissements
- les piqûres d'insectes.

5.2.2 les motifs de consultations dont la fréquence de survenue est influencée par l'âge des patients.

D'après les tests statistiques réalisés au cours de cette étude nous pouvons dire que les motifs de consultation dont la fréquence de survenue est influencée par l'âge des patients dans l'échantillon observé sont :

- la rhinopharyngite aigue
- la toux
- l'angine
- l'otite
- la vaccination
- les troubles du comportement
- la conjonctivite
- l'état fébrile
- les examens systématiques et de prévention
- les plaintes abdominales
- la varicelle
- les mycoses

5.2.3 analyse des données liées à l'âge des patients

Ces différences peuvent facilement s'expliquer par les survenues épidémiologiques des pathologies correspondant aux motifs de consultation dans la population étudiée.

En effet pour les pathologies non influencées par l'âge, il est licite d'analyser que la survenue de piqures d'insecte, de constipation ou de dermatose n'est pas influencée par l'âge du patient.

Il en est de même pour les pathologies infectieuses que sont la gastro entérite virale (correspondant au motif de consultation diarrhée vomissement) et la bronchite qui sont toutes les deux des pathologies saisonnières fréquentes à ces âges.

Pour les motifs de consultation influencés par l'âge de l'enfant consultant, nous avons essentiellement affaire à des pathologies infectieuses.

5.2.3.a les motifs de consultations dont la fréquence est influencée par l'âge de l'enfant consultant et correspondant à des pathologies infectieuses

- **la rhinopharyngite aigue** : on remarque un pic de consultation pour ce motif à l'âge de 2 ans. Ce qui correspond à l'âge de la première mise en collectivité dans ce village où il n'existe pas de mode de garde collectif pour les enfants préscolaire (absence de crèche), et où donc les enfants de maternelle s'immunisent progressivement pendant leur première année de collectivité.

On peut aussi en déduire que les parents adressent leurs enfants en consultation lors des premières rhinopharyngites aigues, mais que par la suite ils pratiquent de plus en plus l'automédication, apprenant au fil des consultations à reconnaître les signes de gravité des pathologies ORL de leurs enfants.

- **La toux** : on remarque un pic de consultation de ce motif à l'âge de 3 ans. Pour cette particularité, nous pensons qu'on peut faire la même analyse que pour la rhinopharyngite aigue en considérant que la toux est l'évolution naturelle non grave d'une rhinopharyngite de l'enfant.

- **L'angine** : le pic de consultation pour ce motif est situé pour l'âge de 4 ans ce qui correspond à l'épidémiologie connue de cette pathologie qui ne touche pas les enfants âges de moins de 3 ans.

- **L'otite** : le pic de consultation observé pour ce motif est située pour l'âge de 3 ans ce qui correspond à la première année de l'école maternelle avec donc un premier contagé des enfants avec les agents pathogènes responsables de cette pathologie.

- **La conjonctivite** : le pic de consultation pour ce motif est observé pour l'âge de 2 ans. Ce qui est également connu pour être l'épidémiologie normale de cette pathologie virale dont la propagation est essentiellement due à un défaut de lavage des mains et à la promiscuité des enfants de cet âge.

- **La varicelle** présente un minimum de survenue d'après notre étude à l'âge de 2 ans ce qui correspond en partie à un âge préscolaire, l'école étant le principal facteur de propagation d'une pathologie virale très contagieuse telle que la varicelle.

- **Les mycoses** : sont plus présentes en tant que motif de consultation aux âges de 2 et 3 ans. Nous avons remarqué lors de notre relevé de données que ces mycoses étaient essentiellement des mycoses du siège. Nous en déduisons donc que ce pic correspond à des défauts d'hygiène des enfants de cet âge qui sont en plein apprentissage de celle-ci.

5.2.3.b les motifs de consultations dont la fréquence est influencée par l'âge de l'enfant consultant et ne correspondant pas à des pathologies infectieuses

- **La vaccination** : ce motif de consultation présente un minimum de fréquence pour les enfants âgés de 4 ans. Nous en déduisons que l'entrée à l'école à 2 et 3 ans sont des occasions de réaliser les rattrapages des enfants dont le calendrier vaccinal n'est pas à jour en particulier pour les vaccinations rougeole-oreillons-rubéole. Enfin il est à rappeler qu'il existe une recommandation de rappel de vaccination d.T.polio à l'âge de 6 ans, ce qui nous permet d'expliquer la remontée de la fréquence de la population pour cette tranche d'âge.

- **Les examens systématiques et de prévention** présentent une fréquence maximale pour l'âge de 2 ans ce qui correspond à la rédaction du certificat médical pour rentrer à l'école maternelle.

- **La plainte abdominale** est plus fréquente à partir de l'âge de 5 ans. Nous l'expliquons essentiellement par la possibilité pour les enfants de cet âge de mieux expliquer leurs signes physiques. En rappelant que cette plainte abdominale est isolée et ne correspond ni à une constipation, ni à un épisode infectieux urinaire et n'est pas accompagnée de diarrhée ni de vomissement.

5.2.3.c les motifs de consultations dont la fréquence est influencée par l'âge de l'enfant consultant et pour lesquels nous n'avons pas une explication épidémiologique évidente

- **Les troubles du comportement** présentent un minimum de fréquence à l'âge de 5 ans. L'école est un bon moyen de dépister les troubles du comportement par la visite de la médecine scolaire qui a lieu en moyenne section de maternelle (vers l'âge de 4 ans). Cet état de fait expliquerait un pic de survenue de ce motif de consultation à l'âge de 4 ans, auquel on pourrait ajouter l'âge de 2 ans pour les possibles angoisses ou modification du comportement correspondant à la première collectivité. Mais elle n'explique pas l'augmentation de ce motif de consultation à l'âge de 6 ans.

- **Les états fébriles nus** qui présentent des pics de fréquence à l'âge de 2 et 5 ans. En considérant que ces états fébriles nus correspondent à des viroses saisonnières, on peut expliquer le pic de survenue à l'âge de 2 ans mais il est difficile de l'expliquer pour l'âge de 5 ans.

5.2.3.d les principaux facteurs influant sur la fréquence de survenue des motifs de consultation en fonction de l'âge.

D'après les analyses que nous venons de faire nous pouvons isoler facteurs influant sur la fréquence de consultation :

- **L'entrée à l'école maternelle**, correspondant en milieu rural à la première vraie collectivité du fait de l'absence de crèche, les nourrissons étant gardés par les parents, grands-parents ou des assistantes maternelles recevant rarement plus de 3 enfants en même temps. Cette entrée à l'école étant également liée à un rattrapage vaccinal au cours de la rédaction du certificat médical d'entrée à l'école maternelle.

- **Les caractéristiques propres des pathologies infectieuses**, en particulier leur épidémiologie connue.

- Vraisemblablement une **éducation des parents** se tournant au fil des âges vers l'automédication et l'attente de voir comment évolue une pathologie en particulier ORL.

- **L'évolution intrinsèque des enfants** et l'amélioration de leur niveau d'hygiène permettant la diminution de la survenue de certaines pathologies contagieuses ou liée à l'hygiène, ainsi que leur capacité à verbaliser certains signes cliniques plus facilement au cours des années.

- La survenue d'une **consultation d'une médecine scolaire** permettant de réaliser des dépistages en particulier au niveau comportemental.

5.2.4 Tous les motifs de consultation sont influencés par l'année de naissance de l'enfant consultant.

Nous remarquons une grande disparité de la fréquence des motifs de consultation en fonction de l'année de naissance.

Les données qu'il est intéressant de développer au sein de cette étude sont celles concernant :

- **Les consultations** : qui sont moins fréquentes en valeur absolue pour les enfants nés en 1996, en effet cette génération était encore régulièrement vue lors de visites à domicile.

Ces enfants représentent proportionnellement au nombre de consultation pour chaque génération le plus gros contingent d'enfants vus pour des problèmes de troubles du comportement, de rhinopharyngites, et de piqûres d'insecte. Des problèmes que nous pouvons considérer comme mineurs ou pouvant être considérés comme programmables lors de consultations au cabinet médical.

A contrario, les enfants de cette génération représente un des plus faibles contingents de consultation pour état fébrile nu.

- Nous pouvons également remarquer une tendance à la baisse des consultations pour **rhinopharyngites** simples au fil des générations. Ce qui peut s'expliquer en grande partie selon nous par le déremboursement de la grande majorité des traitements symptomatiques des rhinopharyngites ces dernières années et donc l'augmentation de l'automédication

- En ce qui concerne les **vaccinations** nous remarquons une baisse de leur fréquence pour les enfants nés en 2004 puis globalement une tendance à la baisse pour les générations futures. Elle s'explique essentiellement par la disparition d'obligation de la vaccination par le BCG pour les enfants entrant en collectivité en 2007 (enfants nés en 2004 rentrant à l'école maternelle), ainsi que malheureusement par une progression de la défiance de certains parents pour la vaccination.

- Enfin la **varicelle** est globalement en baisse avec les générations plus jeunes, mis à part un pic pour la génération née en 2004. Cela peut correspondre au simple fait que plus les enfants sont jeunes moins ils ont eu de chance d'avoir la varicelle ce qui est généralement le cas dans les générations plus âgées. En ce qui concerne le pic de varicelle pour les enfants nés en 2004 celui-ci correspond sûrement à une épidémie plus importante que les autres.

5.2.5 L'évolution du nombre de consultation en fonction de l'âge et de l'année de naissance

Il n'existe pas une grande évolution du nombre de consultation global en fonction de l'âge de l'enfant et de son année de naissance. Il existe essentiellement un biais pour les années extrêmes correspondant d'une part à une moindre proportion du nombre de consultation par rapport au nombre de visite à domicile pour les enfants nés en 1996 et d'autre part à une absence de données concernant les âges de 5 et 4 ans pour les enfants nés en 2009 et concernant l'âge de 5 ans pour les enfants nés en 2008.

5.2.6 L'évolution du pourcentage de consultation se terminant par la rédaction d'une prescription médicamenteuse en fonction de l'âge et l'année de naissance de l'enfant.

Nous remarquons une évolution significative du pourcentage de consultation se terminant par la rédaction d'une prescription médicamenteuse.

Celle-ci est essentiellement marquée par une augmentation de ce pourcentage pour les années de naissance de l'enfant allant de 1996 à 2000.

Par la suite, nous remarquons une stabilité de ce pourcentage que ce soit en ce qui concerne l'année de naissance et de l'âge de l'enfant. Celui-ci se stabilise aux alentours de 80%.

Nous expliquons cette augmentation du pourcentage pour les années de naissance de l'enfant allant de 1996 à 2000 par le fait que les consultations effectuées au cabinet médical n'étaient pas de consultations initiées par des problèmes aigus mais le plus souvent par des problèmes « administratifs » ne nécessitant pas la prescription de molécules à visée thérapeutique.

5.2.7 L'évolution du nombre moyen de molécules prescrites par ordonnance en fonction de l'âge et de l'année de naissance de l'enfant.

Il n'existe pas d'évolution significative du nombre de molécules prescrites par ordonnance quel que soit l'âge et l'année de naissance de l'enfant.

Ce nombre moyen de molécules est de 3 molécules différentes par ordonnance.

Il est intéressant de remarquer que d'après une étude de la DREES de 2007 sur la prise en charge des enfants de moins de 16 ans en médecine générale, la prescription moyenne d'une consultation d'enfant comporte moins de médicaments que la population générale (2 médicaments contre 2,9)¹⁴.

Nous pensons pouvoir expliquer cette différence par la prescription d'homéopathie par le praticien au sein de la population étudiée.

Malgré l'absence de différence significative de l'évolution du nombre de molécules prescrites par ordonnance. Il existe 2 pics inférieurs pour les enfants de 4 ans nés en 2002 et de 3 ans nés en 2003 du nombre de molécules prescrites sur les ordonnances. Ces pics correspondent au déremboursement des mucolytiques au 1^{er} mars 2006. S'il est noté un report des prescriptions vers d'autres classes médicamenteuses dans la population générale¹⁹, il n'en est rien dans la population étudiée dans les premières années du déremboursement. Par contre nous notons ensuite un retour du nombre de molécules prescrites par ordonnance au niveau antérieur à ce déremboursement.

5.2.8 L'évolution du pourcentage de prescription d'antibiotique lors de consultations en fonction de l'âge et de l'année de naissance de l'enfant.

La prescription d'antibiotique évolue beaucoup en fonction de l'âge et de l'année de naissance de l'enfant.

Il n'est cependant pas possible de dégager une évolution globale.

Par contre nous pouvons dégager des tendances. Ainsi les enfants nés en 2001, 2004 et 2007 semblent avoir été moins sujet à la prescription d'antibiotiques pour les âges étudiés.

Encore une fois nous ne tenons pas compte des enfants nés avant 1999 pour la moindre fréquence des consultations au cabinet pour les problèmes aigus.

Pour les enfants nés en 2001, nous pouvons envisager une plus grande sensibilité des parents et des médecins aux campagnes de prévention des caisses d'assurance maladie. Ainsi un Plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques a été mis en place dès novembre 2001.

Dans la population générale, entre 2000 et 2012, la consommation a diminué de 12,5%, mais une nouvelle tendance à la hausse se dessine¹⁹.

Ainsi le pic minimum de la consommation des antibiotiques est pour l'année 2004 ce qui correspond pour nos enfants nés en 2001 à l'âge de 3 ans.

Nous notons aussi en 2011 une plus grande défiance des patients envers les médicaments faisant suite au « scandale » du Médiator[®] et la mise sous surveillance de 77 médicaments.

Ainsi, le comportement du patient en face du médecin influence le comportement de celui-ci en ce qui concerne les prescriptions médicamenteuses, en particulier dans le sens de la limitation du nombre de molécules sur l'ordonnance.

5.2.9 L'évolution du pourcentage de prescription d'homéopathie lors de consultations en fonction de l'âge et de l'année de naissance de l'enfant.

Il existe une différence significative dans la prescription d'homéopathie en fonction de l'âge et de l'année de naissance de l'enfant.

Comme pour les antibiotiques, il n'est pas possible de dégager une évolution générale de la prescription d'homéopathie. Mais nous observons une évolution en dents de scie qui répond à l'actualité des médicaments avec des phases de défiance envers les médicaments allopathiques et une réponse souvent positive mais de courte durée aux campagnes de prévention, en particulier celles concernant la consommation antibiotique.

5.3 Perspectives

Le but de cette étude était de dégager une évolution de la consultation des enfants de 2 à 6 ans inclus en médecine générale dans une population rurale.

Nous avons pu dégager quelques axes d'évolution.

Ainsi, les pathologies infectieuses répondent à une logique d'épidémiologie superposable dans notre échantillon à celle de la population générale sans surprise.

Les pics de fréquence des motifs de consultation correspondant aux pathologies infectieuses qui ont été observés dans cette étude, permettent d'orienter les conseils et la prévention à destination des parents.

Cette éducation parentale est faite naturellement par les médecins généralistes. Cependant le fait d'individualiser les axes à approfondir en consultation, pourrait permettre de se procurer ou de fabriquer des supports didactiques à destination des parents ou même mieux à destination des enfants adaptés à leur âge et aux pathologies qui les concernent.

La prescription médicamenteuse, qu'elle soit en quantité ou en qualité (antibiotiques et homéopathie), suit globalement les évolutions de la population générale : elle est soumise aux campagnes de déremboursement, de sensibilisation et aux scandales sanitaires. Cette sensibilité s'exprime généralement que quelques mois pour ensuite revenir à des taux antérieurs connus.

Les évolutions dégagées ou non permettent donc ainsi d'apprécier l'efficacité des campagnes de prévention nationales ou locales d'information des patients et de leurs médecins.

Ces évolutions limitées dans le temps permettent aussi de montrer de la labilité des réactions des patients face aux campagnes de prévention ou à l'actualité, et donc elles permettent de montrer la nécessité de la répétition dans le temps des différentes campagnes.

CONCLUSION

La consultation des enfants en médecine générale ne représente que 13% des consultations d'un médecin généraliste.¹⁴

Les enfants représentent proportionnellement plus de consultations au cabinet que de visites à domicile que dans la population générale, avec une courbe qui s'est infléchi aux alentours des années 1998, 1999. Les enfants étant, auparavant, vus principalement en visite à domicile du fait du caractère imprévu majoritaire des demandes de consultation pour les enfants.

Dans l'étude réalisée dans ce travail, seuls 17 résultats de consultation représentent 83,7% du volume de consultations. Dont 11 à 13 sont représentés par des pathologies infectieuses (selon que l'ont compte ou non dans ces pathologies infectieuses les dermatoses et les plaintes abdominales).

La majorité des consultations concernent donc des problèmes aigus.

Dans notre étude, il nous a été impossible de dégager une évolution nette et significative dans la prise en charge des enfants en médecine générale.

Il est cependant possible de montrer l'impact ponctuel et limité dans le temps de certains événements.

Nous pensons qu'il pourrait être intéressant de compléter ce travail par une étude plus large chez plusieurs praticiens informatisés depuis de nombreuses années, afin

d'essayer de dégager des tendances évolutives plus franches grâce à une cohorte de patients plus importante et l'annulation du biais de sélection dû au caractère volontairement monocentrique de cette étude.

Malheureusement, la lourdeur de la réalisation d'une telle étude si elle était rétrospective l'interdit probablement.

Il est cependant à souhaiter que les études réalisées ponctuellement sur les consultations des enfants en médecine ambulatoire soient reconduites de manière récurrente, afin qu'il soit possible de dégager des évolutions éventuelles.

LISTE DES FIGURES

1 GENERALITES

1.1 Démographie et santé en Europe

Figure 1 : Pyramide des âges dans l'Union Européenne des 27 en 1990 et 2010 selon EUROSTAT

1.2 Etat des lieux de la prise en charge de la santé des enfants en France

Figure 2 : La densité médicale des médecins généralistes en Aquitaine

1.3 Les motifs de recours en médecine générale pour les enfants

2 OBJECTIFS DE CETTE ETUDE

3 MATERIELS ET METHODE

3.1 Type d'étude

3.2 Population étudiée

Figure 3 : Pyramide des âges de la Dordogne au 01/01/2007

Figure 4 : solde naturel de la commune de Javerlhac

Figure 5 : évolution de la population de Javerlhac par tranche d'âge entre 1999 et 2009

Figure 6 : zones fragiles de Dordogne définies dans le schéma régional d'organisation des soins, ARS, mai 2012

3.3 Période de recueil

3.4 Moyens d'inclusion

3.5 Variables étudiées

3.6 Analyse des données

4 RESULTATS

4.1 Population étudiée

4.2 Les résultats des consultations

Figure 7 : les motifs de consultation en fonction de l'âge de l'enfant

Figure 8 : la bronchite aiguë en fonction de l'âge de l'enfant

Figure 9 : la rhinopharyngite aiguë en fonction de l'âge de l'enfant

Figure 10 : la toux en fonction de l'âge de l'enfant

Figure 11 : l'angine en fonction de l'âge de l'enfant

Figure 12 : l'otite en fonction de l'âge de l'enfant

Figure 13 : la vaccination en fonction de l'âge de l'enfant

Figure 14 : les troubles du comportement en fonction de l'âge de l'enfant

Figure 15 : la conjonctivite en fonction de l'âge de l'enfant

Figure 16 : la constipation en fonction de l'âge de l'enfant

Figure 17 : les dermatoses en fonction de l'âge de l'enfant

Figure 18 : les diarrhée, nausée et vomissement en fonction de l'âge de l'enfant

Figure 19 : les états fébriles en fonction de l'âge de l'enfant

Figure 20 : les examens systématiques et prévention en fonction de l'âge de l'enfant

Figure 21 : les plaintes abdominales en fonction de l'âge de l'enfant

Figure 22 : les piqûres d'insecte en fonction de l'âge de l'enfant

Figure 23 : la varicelle en fonction de l'âge de l'enfant

Figure 24 : les mycoses en fonction de l'âge de l'enfant

Figure 25 : les motifs de consultation en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Figure 26 : la bronchite aiguë en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Figure 27 : la rhinopharyngite aiguë en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Figure 28 : la toux en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Figure 29 : l'angine en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Figure 30 : les otites en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Figure 31 : la vaccination en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Figure 32 : les troubles du comportement en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Figure 33 : la conjonctivite en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Figure 34 : la constipation en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Figure 35 : les dermatoses en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Figure 36 : les diarrhée, nausée et vomissement en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Figure 37 : l'état fébrile en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Figure 38 : les examens systématiques et la prévention en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Figure 39 : la plainte abdominale en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Figure 40 : les piqûres d'insectes en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Figure 41 : la varicelle en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Figure 42 : les mycoses en fonction de l'année de naissance de l'enfant

4.3 Les consultations en fonction de l'âge et de l'année de naissance de l'enfant

Figure 43 : les consultations en fonction de l'âge et de l'année de naissance de l'enfant

4.4 Le pourcentage de consultations se terminant par la rédaction d'une prescription médicamenteuse en fonction de l'âge et l'année de naissance de l'enfant

Figure 44 : pourcentage de consultations se terminant par la rédaction d'une prescription médicamenteuse en fonction de l'âge et l'année de naissance de l'enfant

4.5 Le nombre moyen de molécules prescrites par ordonnance en fonction de l'âge et de l'année de naissance de l'enfant

Figure 45 : nombre moyen de molécules prescrites par ordonnance en fonction de l'âge et de l'année de naissance de l'enfant

4.6 Le pourcentage de prescription d'antibiotique lors des consultations en fonction de l'âge et de l'année de naissance de l'enfant

Figure 46 : pourcentage de prescription d'antibiotique lors de consultations en fonction de l'âge et de l'année de naissance de l'enfant

4.7 Le pourcentage de prescription d'homéopathie lors de la consultation en fonction de l'âge et de l'année de naissance de l'enfant

Figure 47 : pourcentage de prescription d'homéopathie lors de la consultation en fonction de l'âge et de l'année de naissance de l'enfant

LISTE DES TABLEAUX

1 GENERALITES

1.1 Démographie et santé en Europe

1.2 Etat des lieux de la prise en charge de la santé des enfants en France

Tableau 1 les enfants âgés de 2 à 5 ans inclus, dans la population française (source INSEE)

1.3 Les motifs de recours en médecine générale

Tableau 2 : Consommation de soins et de biens médicaux en 2011 en milliards d'euro, source INSEE

Tableau 3 : les cinquante produits les plus vendus en officines en 2006 (ANSM)

2 OBJECTIFS DE CETTE ETUDE

3 MATERIELS ET METHODE

3.1 Type d'étude

3.2 Population étudiée

3.3 Période de recueil

3.4 Moyens d'inclusion

3.5 Variables étudiées

3.6 Analyse des données

4 RESULTATS

4.1 Population étudiée

Tableau 4 : patients inclus dans l'étude

4.2 Les résultats des consultations

Tableau 5 : les 17 résultats de consultations présents 20 fois ou plus

Tableau 6 : les 12 résultats de consultations présents entre 10 et 19 fois inclus

Tableau 7 : les motifs de consultation en fonction de l'âge de l'enfant

Tableau 8 : les motifs de consultation en fonction de l'âge de l'enfant (pourcentage)

Tableau 9 : la bronchite aiguë en fonction de l'âge de l'enfant

Tableau 10 : la bronchite aiguë en fonction de l'âge de l'enfant (p1000)

Tableau 11 : la rhinopharyngite aiguë en fonction de l'âge de l'enfant

Tableau 12 : la rhinopharyngite aiguë en fonction de l'âge de l'enfant (p1000)

Tableau 13 : la toux en fonction de l'âge de l'enfant

Tableau 14 : la toux en fonction de l'âge de l'enfant (p1000)

Tableau 15 : l'angine en fonction de l'âge de l'enfant

Tableau 16 : l'angine en fonction de l'âge de l'enfant (p1000)

Tableau 17 : l'otite en fonction de l'âge de l'enfant

Tableau 18 : l'otite en fonction de l'âge de l'enfant (p1000)

Tableau 19 : la vaccination en fonction de l'âge de l'enfant

Tableau 20 : la vaccination en fonction de l'âge de l'enfant (p1000)

Tableau 21 : les troubles du comportement en fonction de l'âge de l'enfant

Tableau 22 : les troubles du comportement en fonction de l'âge de l'enfant (p1000)

Tableau 23 : la conjonctivite en fonction de l'âge de l'enfant

Tableau 24 : la conjonctivite en fonction de l'âge de l'enfant (p1000)

Tableau 25 : la constipation en fonction de l'âge de l'enfant

Tableau 26 : la constipation en fonction de l'âge de l'enfant (p1000)

Tableau 27 : les dermatoses en fonction de l'âge de l'enfant

Tableau 28 : les dermatoses en fonction de l'âge de l'enfant (p1000)

Tableau 29 : les diarrhée, nausée et vomissement en fonction de l'âge de l'enfant

Tableau 30 : les diarrhée, nausée et vomissement en fonction de l'âge de l'enfant (p1000)

Tableau 31: les états fébriles en fonction de l'âge de l'enfant

Tableau 32 : les états fébriles en fonction de l'âge de l'enfant (p1000)

Tableau 33 : les examens systématiques et prévention en fonction de l'âge de l'enfant

Tableau 34 : les examens systématiques et prévention en fonction de l'âge de l'enfant (p1000)

Tableau 35 : les plaintes abdominales en fonction de l'âge de l'enfant

Tableau 36 : les plaintes abdominales en fonction de l'âge de l'enfant (p1000)

Tableau 37 : les piqûres d'insecte en fonction de l'âge de l'enfant

Tableau 38 : les piqûres d'insecte en fonction de l'âge de l'enfant (p1000)

Tableau 39 : la varicelle en fonction de l'âge de l'enfant

Tableau 40 : la varicelle en fonction de l'âge de l'enfant (p1000)

Tableau 41 : les mycoses en fonction de l'âge de l'enfant

Tableau 42 : les mycoses en fonction de l'âge de l'enfant (p1000)

Tableau 43 : les motifs de consultation en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Tableau 44 : La bronchite aigue en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Tableau 45 : La bronchite aigue en fonction de l'année de naissance de l'enfant (p1000)

Tableau 46 : La rhinopharyngite aigue en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Tableau 47 : La rhinopharyngite aigue en fonction de l'année de naissance de l'enfant (p1000)

Tableau 48 : La toux en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Tableau 49 : La toux en fonction de l'année de naissance de l'enfant (p1000)

Tableau 50 : l'angine en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Tableau 51 : l'angine en fonction de l'année de naissance de l'enfant (p1000)

Tableau 52 : les otites en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Tableau 53 : les otites en fonction de l'année de naissance de l'enfant (p1000)

Tableau 54 : La vaccination en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Tableau 55 : La vaccination en fonction de l'année de naissance de l'enfant (p1000)

Tableau 56 : les troubles du comportement en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Tableau 57 : Les troubles du comportement en fonction de l'année de naissance de l'enfant (p1000)

Tableau 58 : La conjonctivite en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Tableau 59 : La conjonctivite en fonction de l'année de naissance de l'enfant (p1000)

Tableau 60 : La constipation en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Tableau 61 : La constipation en fonction de l'année de naissance de l'enfant (p1000)

Tableau 62 : les dermatoses en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Tableau 63 : Les dermatoses en fonction de l'année de naissance de l'enfant (p1000)

Tableau 64 : les diarrhée, nausée et vomissement en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Tableau 65 : les diarrhée, nausée et vomissement en fonction de l'année de naissance de l'enfant (p1000)

Tableau 66 : l'état fébrile en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Tableau 67 : l'état fébrile en fonction de l'année de naissance de l'enfant (p1000)

Tableau 68 : les examens systématiques et la prévention en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Tableau 69 : les examens systématiques et la prévention en fonction de l'année de naissance de l'enfant (p1000)

Tableau 70 : La plainte abdominale en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Tableau 71 : La plainte abdominale en fonction de l'année de naissance de l'enfant (p1000)

Tableau 72: les piqûres d'insecte en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Tableau 73 : les piqûres d'insecte en fonction de l'année de naissance de l'enfant (p1000)

Tableau 74 : La varicelle en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Tableau 75 : La varicelle en fonction de l'année de naissance de l'enfant (p1000)

Tableau 76: les mycoses en fonction de l'année de naissance de l'enfant

Tableau 77 : les mycoses en fonction de l'année de naissance de l'enfant (p1000)

4.3 Les consultations en fonctions de l'âge et de l'année de naissance de l'enfant

4.4 Le pourcentage de consultation se terminant par la rédaction d'une prescription médicamenteuse en fonction de l'âge et l'année de naissance de l'enfant

4.5 Le nombre moyen de molécules prescrites par ordonnance en fonction de l'âge et de l'année de naissance de l'enfant

4.6 Le pourcentage de prescription d'antibiotique lors des consultations en fonction de l'âge et de l'année de naissance de l'enfant

4.7 Le pourcentage de prescription d'homéopathie lors de la consultation en fonction de l'âge et de l'année de naissance de l'enfant

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

(1) Franc C., Le Vaillant M., Rosman S., Pelletier-Fleury N. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. Aout 2007; 588 : [8 pages].

(2) Décision du 27 avril 2006 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie portant sur la création de l'article 14-4-3 au A de l'article III-4 de la liste des actes et prestations. Publication au Journal Officiel du 16 mai 2006

(3) Statistiques sanitaires mondiales, un cliché instantané de la santé dans le monde. Rapport. Organisation Mondiale de la Santé. 2012

(4) La situation des enfants dans le monde, les enfants dans un monde urbain. Rapport. United Nations international Children's Emergency Fund. 2012

(5) Améliorer la nutrition de l'enfant : un objectif impératif et réalisable pour le progrès mondial. Rapport. United Nations international Children's Emergency Fund. 2013

(6) EUROSTAT. [page d'accueil sur internet]. Eurostat regional yearbook 2012. General and regional statistics. Statistical books. European Union. 2012

(7) IRED. [page d'accueil sur internet]. taux de natalité, de mortalité, (pour 1000 habitants), taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances). Institut national d'études démographiques. 2012. [en ligne] Ressource internet disponible sur : http://www.ined.fr/fr/pop_chiffres/pays_developpes/natalite_mortalite_infantile/

(8) INSEE. [page d'accueil sur internet]. La population française. Dossier population. Janvier 2013. [en ligne]

Ressource internet disponible sur :

http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/default.asp?page=dossiers_web/population/population_francaise.htm

(9) Boisguérin B., Raynaud D., les trajectoires de soins en 2003. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. Février 2006; 463 : [12 pages].

(10) Rapport de la conférence internationale sur les soins de sante primaires : les soins de santé primaires. Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978 [en ligne]

Ressource internet disponible sur :

<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800001.pdf>

(11) WONCA Europe [page d'accueil sur internet]. Définition Général

Practitioners/Family Doctors.[2002]:[2pages]. Disponible sur :

<http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>

(12) Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2011. Conseil national de l'ordre des médecins. Rapport.

(13) Compte-rendu de l'audition des pédiatres du 4 novembre 2009. Observatoire National de la Démographie des Professions de santé. 1978 [en ligne]

Ressource internet disponible sur :

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte_rendu_de_l_audition_des_Pediatres_du_4_novembre_2009.pdf

(14) Franc C, Leveillant M, Rosman S, Pelletier-Fleury N. La prise en charge des enfants de moins de seize ans en médecine générale. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. Septembre 2007 ; 69 ; [7 pages]

(15) INSEE. [page d'accueil sur internet]. Consommation de soins et de biens médicaux en 2011. [en ligne]

Ressource internet disponible sur :

http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NATFPS06302

(16) Société Française de Médecine Générale [page d'accueil sur internet]. Griot E. Les consultations d'enfants en médecine générale. Consommation médicale, affections pédiatriques en soins primaires. Disponible sur:

www.sfmfg.org/Publication/enfants.EG.PDF

(17) Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes, un essai de typologie. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. Juin 2004; 315 ; [12 pages]

(18) Sabuncu E., David J., Bernede-Bauduin C. et Al. Significant Reduction of Antibiotic Use in the Community after a Nationwide Campaign in France, 2002-2007. PLoS Med. 2009 Jun 2 ; 6(6)

(19) ANSEM. [page d'accueil sur internet]. Evolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2012. Juin 2013. [en ligne]

Ressource internet disponible sur :

<http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Evolution-des-consommations-d-antibiotiques-en-France-entre-2000-et-2012-nouveau-rapport-d-analyse-de-l-ANSM-Point-d-Information>

(20) ANSEM. [page d'accueil sur internet]. Les ventes de médicaments aux officines et aux hôpitaux en France. Chiffres clés 2009. 6^{ème} édition. Octobre 2010. AFSSAPS. [en ligne]

Ressource internet disponible sur :

http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/a54611edc3228d75cd b8e6c77f4c9806.pdf

(21) INSEE. [page d'accueil sur internet]. La Dordogne en bref. [en ligne]

Ressource internet disponible sur :

http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=15448

(22) INSEE. [page d'accueil sur internet]. Commune de Javerlhac-et-la-Chapelle-Saint-Robert. Evolution et structure de la population en 2010.

Ressource internet disponible sur :

http://www.insee.fr/fr/themes/donnees-locales.asp?ref_id=evo2010&nivgeo=DEP&codgeo=24

(23) INSEE. [page d'accueil sur internet]. Le département de la Dordogne. Evolution et structure de la population en 2010.

Ressource internet disponible sur :

http://www.insee.fr/fr/themes/donnees-locales.asp?ref_id=evo2010&nivgeo=COM&codgeo=24214

(24) ARS. [page d'accueil sur internet]. Schéma régional d'organisation médico-sociale. Projet régional de santé, 2012-2016. Aquitaine.

Ressource internet disponible sur :

http://www.ars.aquitaine.sante.fr/fileadmin/AQUITAINE/telecharger/05_Pol_reg_sante/501_Projet_regional_sante/05_SROMS_ARS_Aquitaine_BD.pdf

(25) Société française de médecine générale. Dictionnaire des résultats de consultation en médecine générale. Révision 2010.

(26) Devau M., Grandfils N., Sermet C., Déremboursement des mucolytiques et des expectorants : quel impact sur la prescription des généralistes. IRDES. Questions d'économies de la santé. 128. Dec. 2007. [6 pages]

RESUME ET MOTS CLES

RESUME :

Les enfants de 2 à 5 ans inclus consultent essentiellement un médecin généraliste et principalement pour des problèmes de santé aigus ou de la prévention. Ils consultent proportionnellement moins que les adultes.

Nous avons, au sein d'une population rurale centrée sur une patientèle, essayé de dégager des axes d'évolution de la prise en charge des jeunes enfants de 2 à 5 ans en médecin généraliste au cours des 14 dernières années. Ceci afin de pouvoir juger de l'impact des différentes campagnes de prévention et d'éducation des patients mais aussi d'autres événements intercurrents tels que les « scandales pharmaceutiques » de ces dernières années.

Ainsi, il apparaît que les motifs de consultation des enfants de 2 à 5 ans évolue peu au cours de la période étudiée, par contre le nombre de consultation augmente pour les enfants nés après 2007, correspondant à un changement de comportement, les enfants n'étant plus vus au domicile mais au cabinet médical.

Les prescriptions d'antibiotiques et d'homéopathie fluctuent beaucoup au cours de la période étudiée. La prescription d'antibiotiques suit l'évolution de celle de la population générale avec un impact évident des campagnes de sensibilisation menées par l'assurance maladie. On peut également identifier l'impact des remboursements des molécules à visée symptomatique des affections ORL dans le nombre de molécules prescrites par ordonnance.

MOTS CLES : Consultation – Enfants âgés de 2 à 5 ans – Médecine Générale – Evolution dans le temps – Prescriptions pharmaceutiques – Prescription antibiotique – prescription homéopathique – Motifs de consultation – Milieu rural.



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !

