

**Université de Picardie Jules Verne
Faculté de médecine d'Amiens**

Année 2016

N°2016-125

**Évaluation de la prise en charge du phimosis de l'enfant
par les médecins généralistes de Picardie**

**Thèse pour le Diplôme d'État de docteur en médecine
Spécialité : Médecine générale**

Présentée et soutenue publiquement le 29 septembre 2016

par

José David Patrao

JURY

Président du jury : Monsieur le Professeur Bernard Boudailliez

Membres du jury : Monsieur le Professeur Michel Andréjak
Monsieur le Professeur Denis Chatelain
Madame le Docteur Emilie Bourel
Madame le Docteur Elodie Haraux

Directeur de thèse : Madame le Docteur Sophie Garnier



REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Pédiatrie)

Pôle "Femme - Couple - Enfant"

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'être le président de mon jury. Vous êtes un modèle de dévouement envers vos étudiants, j'espère faire un usage du savoir que vous m'avez transmis à la hauteur de votre enseignement.

Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier consultant
(Pharmacologie fondamentale clinique)

Ancien Directeur du Centre Régional de Pharmacovigilance d'AMIENS

Ancien Responsable du service de pharmacologie clinique

Pôle Biologie, Pharmacie et Santé des populations

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de mon jury, et vous suis reconnaissant pour l'enseignement que vous m'avez délivré au cours de mes études.

Monsieur le Professeur Denis CHATELAIN

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Anatomie et cytologie pathologique)

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse.

Mon passage dans votre service en tant qu'externe reste un de mes meilleurs souvenirs d'externat, en grande partie grâce à votre disponibilité et vos enseignements durant ce stage.

Madame le Docteur Emilie BOUREL-PONCHEL

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

Exploration fonctionnelle du système nerveux

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

Vous me faites l'honneur de juger mon travail.

Soyez assurée de mon plus profond respect.

Madame le Docteur Elodie HARAUX

Praticien Hospitalier Universitaire

Chirurgie de l'enfant.

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail.

J'ai eu la chance de vous côtoyer en tant qu'externe dans le service de chirurgie pédiatrique.

Vous m'avez transmis une part de vos connaissances et contribué à rendre ce stage intéressant.

Soyez assurée de mon plus profond respect.

Madame le Docteur Sophie GARNIER

Pédiatre

Je vous remercie d'avoir accepté de me guider dans ce travail.

Votre disponibilité et vos conseils m'auront grandement aidé. Soyez assurée de mon plus profond respect.

A ma femme, qui m'aime et me supporte depuis bientôt 10 ans. Je te remercie de partager au jour le jour mes tracas, mes joies et te suis reconnaissants pour toute l'aide que tu m'as apportée dans la réalisation de ce travail.

Les mots ne peuvent traduire l'immense amour, respect et admiration que j'ai pour toi.

A ma fille, véritable rayon de soleil de mes jours ! Puisses-tu être un jour aussi fier de moi que je le suis lorsque je pense à toi.

A mes parents, vous êtes en grande partie responsable de qui je suis. Je suis fier de vous, et j'espère que vous l'êtes tout autant de moi.

A mes beaux parents, pour votre gentillesse envers moi depuis ma rencontre avec votre fille, et toute l'aide que vous m'avez apporté ces derniers mois pendant la réalisation de ce travail.

A Emilie, grâce à toi les statistiques n'ont plus de secrets pour moi, mais merci surtout pour ton amitié.

A mes amis, qui ont pour la plupart partagé ces longues années d'études, et grâce à qui elles m'ont paru moins longues.

A ma famille, pour tout le bonheur et les encouragements que vous m'avez donné depuis ma naissance.

Au docteur Roques, vous avez fait naître en moi la vocation qui m'a conduit à devenir médecin. J'espère que dans de longues années nous nous retrouverons là-haut pour discuter de ce beau métier.

Table des matières

Table des matières	5
1 INTRODUCTION	7
2 GÉNÉRALITÉS	8
2.1 Définitions	8
2.1.1 Embryologie et développement du prépuce	8
2.1.2 Le phimosis physiologique	8
2.1.3 Phimosis secondaire ou pathologique	9
2.2 Complications du phimosis	9
2.2.1 Les balanoposthites	9
2.2.2 Dysurie	9
2.2.3 Paraphimosis	10
2.3 Traitement du phimosis	10
2.3.1 Abstention thérapeutique	10
2.3.2 Médical	10
2.3.3 Chirurgical	10
3 MÉTHODOLOGIE	11
3.1 Matériel	11
3.2 Méthodes	11
4 RÉSULTATS	12
4.1 Données démographiques	12
4.1.1 Sexe des médecins interrogés	12
4.1.2 Milieu d'exercice	12
4.1.3 Âge des médecins	13
4.2 Contexte de recherche d'un phimosis	14
4.3 La prescription des dermocorticoïdes par les médecins généralistes	14
4.3.1 Selon le sexe	15
4.3.2 Selon le milieu d'exercice	16
4.3.3 Selon l'âge	17
4.4 Durée de prescription des dermocorticoïdes	17
4.4.1 Influence du sexe des médecins dans la durée de traitement	19
4.4.2 Influence du milieu d'exercice dans la durée de traitement	20
4.4.3 Influence de l'âge des médecins dans la durée de traitement	21
4.5 Le renouvellement des dermocorticoïdes en cas d'échec	22
4.6 Utilisation d'autres topiques par les médecins généralistes	22
4.7 Les conseils sur les manœuvres de décalottage aux parents	23
4.7.1 Influence du sexe du médecin sur les conseils de décalottage	24
4.7.2 Influence du milieu d'exercice sur les conseils de décalottage	25
4.7.3 Influence de l'âge sur les conseils de décalottage	26
4.8 Réalisation de manœuvres de décalottage en consultation	27
4.8.1 Influence du sexe du médecin sur la réalisation de manœuvres de décalottage en consultation	28
4.8.2 Influence du milieu d'exercice sur la réalisation de manœuvres de décalottage en consultation	29
4.8.3 Influence de l'âge du médecin dans la réalisation de manœuvres de décalottage au cabinet	30
4.9 Le recours au spécialiste	31

4.10	Situation d'orientation vers le spécialiste.....	31
4.11	Âge de recours à la chirurgie	32
4.12	Connaissance d'une recommandation de bonne pratique sur le sujet.....	33
4.13	Les médecins se sentent-ils suffisamment informés sur le sujet ?.....	33
4.14	Sources d'information médicale	34
5	DISCUSSION.....	34
6	CONCLUSION.....	38
7	BIBLIOGRAPHIE	39
8	ANNEXES	41
	ANNEXE 1	41
	Questionnaire adressé aux médecins généralistes	41
	ANNEXE 2	43
	Khi deux : Sexe du médecin et prescription de dermocorticoïdes dans la prise en charge du phimosis de l'enfant.....	43
	ANNEXE 3	44
	Khi deux : Milieu d'exercice du médecin et prescription de dermocorticoïdes dans la prise en charge du phimosis de l'enfant.....	44
	ANNEXE 4	45
	Khi deux : Âge du médecin et prescription de dermocorticoïdes dans la prise en charge du phimosis de l'enfant.....	45
	ANNEXE 5	46
	Khi deux : Sexe et durée de traitement par dermocorticoïdes	46
	ANNEXE 6	47
	Khi deux : Milieu d'exercice du médecin et durée de prescription de dermocorticoïdes dans la prise en charge du phimosis de l'enfant.	47
	ANNEXE 7	48
	Khi deux : Âge du médecin et durée de prescription de dermocorticoïdes dans la prise en charge du phimosis de l'enfant	48
	ANNEXE 8	49
	Khi deux : Sexe du médecin et conseils de décalottage dans la prise en charge du phimosis de l'enfant.....	49
	ANNEXE 9	50
	Khi deux : Milieu d'exercice du médecin et conseils de décalottage aux parents	50
	ANNEXE 10	51
	Khi deux : Âge du médecin et conseils de décalottages aux parents	51
	ANNEXE 11	52
	Khi deux : Sexe du médecin et conseils de décalottage dans la prise en charge du phimosis de l'enfant.....	52
	ANNEXE 12	53
	Khi deux : Sexe du médecin et réalisation de manœuvres de décalottage dans la prise en charge du phimosis de l'enfant	53
	ANNEXE 13	54
	Khi deux : Milieu d'exercice du médecin et réalisation de manœuvres de décalottage au cabinet.....	54
	ANNEXE 14.....	55
	Khi deux : Âge du médecin et réalisation de décalottage au cabinet.....	55
	ANNEXE 15	56
	Arbre décisionnel face à un phimosis de l'enfant	56

1 INTRODUCTION

La prise en charge de la santé de l'enfant est une des missions essentielles du médecin généraliste. En consultation, la question du soin du prépuce est un sujet fréquemment abordé par les parents. Le médecin généraliste est ainsi souvent le premier intervenant dans la prise en charge du phimosis de l'enfant. Son rôle est donc primordial pour effectuer un diagnostic et proposer un traitement adapté.

La prise en charge du phimosis de l'enfant a évolué depuis 30 ans, et l'absence de recommandation par les autorités de santé sur le sujet laisse la possibilité de thérapies variées. Pourtant dans la littérature médicale, il semblerait que les manœuvres libératoires préputiales laissent la place à l'utilisation des dermocorticoïdes, plus efficace, et moins à risque de complication [1; 2; 3].

Pour un futur praticien, qui se questionne sur l'attitude pratique appropriée face à ce thème récurrent, l'évaluation des habitudes des médecins généralistes de la région semblait intéressante. Nous nous sommes également questionnés sur les moyens à mettre en œuvre afin d'améliorer la prise en charge du phimosis de l'enfant en médecine générale.

2 GÉNÉRALITÉS

2.1 Définitions

2.1.1 Embryologie et développement du prépuce

Le terme de prépuce désigne la partie du fourreau cutané du pénis qui recouvre le gland. Chez l'adulte, le prépuce doit être facilement rétractable pour permettre des mictions faciles et des rapports sexuels non douloureux. Cette rétractibilité du prépuce est une propriété qui s'acquiert au fil des années durant l'enfance, le décalottage étant physiologiquement impossible chez 96% des nouveaux-nés mâles [4]. Cela est dû à la persistance d'adhérences balano-préputiales présentes au moment de la naissance, pouvant être à l'origine d'un phimosis.

Ces adhérences balano-préputiales trouvent leur origine dans le développement embryologique du pénis [5;6]. Ce développement débute à 8 semaines de grossesse, par un repli qui croît tout autour du bourgeon génital, plus rapidement à la face dorsale. À la douzième semaine, alors que l'urètre est encore ouvert à sa face ventrale, le gland interrompt sa croissance. Deux excroissances se développent alors de part et d'autre de la base du sillon urétral pour se rejoindre et former la dernière partie de l'urètre. Ces deux excroissances emportent avec elle le prépuce, qui finira sa formation à la face ventrale du gland, formant ainsi le frein [6].

À la seizième semaine, l'épiderme du gland et celui du prépuce sont accolés [4]. Leur séparation ne se fera qu'ultérieurement, selon un processus plus ou moins long, avec l'existence d'adhérences à la naissance.

Avec le temps et sous l'effet de différents facteurs hormonaux, des érections, des actions mécaniques de l'enfant sur son prépuce, ces adhérences disparaîtront progressivement et permettront le décalottage complet [6;7;8].

2.1.2 Le phimosis physiologique

Le phimosis se définit par une sténose de l'orifice préputial empêchant le décalottage. Une majorité de nouveaux-nés mâles ont un phimosis à la naissance, le clivage du prépuce n'étant généralement pas complet avec l'existence quasi constante d'adhérences préputiales au gland. Il disparaît progressivement dans les premières années de la vie, sous l'effet de la croissance et des premières érections [9].

À la fin de la première année de vie, une moitié seulement des nourrissons ont un prépuce rétractable jusqu'au sillon balano-préputial, à 3 ans 89 %, 8% à 6 ans et 1 % pour les 16-18 ans [10].

Le phimosis peut donc être considéré comme physiologique chez l'enfant jusqu'à l'âge de 4 ans, et hors complication, on ne s'en inquiète que vers l'âge de 6 ans.

2.1.3 Phimosis secondaire ou pathologique

Contrairement au phimosis physiologique, le phimosis secondaire ne résulte pas uniquement de la persistance d'adhérences du prépuce au gland, mais va aussi entraîner des manifestations cliniques.

Les principales étiologies décrites dans la littérature sont :

- La **dermite inflammatoire chronique**, qui correspond à une inflammation chronique du prépuce secondaire le plus souvent à des balanoposthites chroniques ou répétées, des rétractions forcées, ou à un manque d'hygiène [11].
- Le **lichen scléro-atrophique**, maladie de peau qui se manifeste par un placard épidermique indurée se dépigmentant secondairement, avec une hyperkératinisation rendant le prépuce scléreux [12]. L'évolution de la lésion s'étend vers la muqueuse du gland puis du méat, prenant alors un aspect blanchâtre associé à des télangiectasies. Le lichen scléro-atrophique peut finalement atteindre l'épithélium urétrale et provoquer une sténose par rétraction fibreuse.

2.2 Complications du phimosis

2.2.1 Les balanoposthites

Elles se traduisent par une inflammation de la peau du prépuce et du gland, associée à des brûlures urinaires et parfois un écoulement purulent.

2.2.2 Dysurie

Lorsque l'orifice cutané est très étroit ou décalé par rapport au méat urétral, donnant un aspect de prépuce recouvrant, on peut observer une rétention d'urines avec ballonnisation préputiale. Cette rétention d'urines peut être une source d'infections urinaires.

2.2.3 Paraphimosis

Il correspond à un étranglement du gland par un anneau préputial rétréci. C'est une urgence thérapeutique pouvant conduire à une nécrose du fourreau de la verge.

2.3 Traitement du phimosis

Le traitement du phimosis est médical en première intention, le traitement chirurgical n'intervenant qu'en cas de complication, d'échec du traitement médical, ou de phimosis secondaire [13;14].

2.3.1 Abstention thérapeutique

Il semble essentiel de bien informer et de rassurer les parents sur le caractère physiologique du phimosis primaire d'un enfant. et de son évolution favorable dans la plupart des cas avec le temps. Le nettoyage du prépuce doit être effectué avec un savon classique à l'eau tiède. Les parents doivent être sensibilisés aux risques liés à la pratique du décalottage forcé du prépuce, notamment l'apparition d'une cicatrice fibreuse à l'origine d'un phimosis secondaire [9]. De plus, ces tentatives de décalottage peuvent entraîner un paraphimosis en cas de rétractation incomplète du prépuce.

2.3.2 Médical

Le traitement médicamenteux consiste en l'application biquotidienne de dermocorticoïdes (bétaméthasone 0,1%) pendant 4 semaines [4].

Ce traitement apporte de très bon résultats allant de 67 à 95 %, avec un taux de récurrence faible, puisqu'en enlevant le caractère inflammatoire et en diminuant les adhérences, il permet de passer un cap et d'éviter une intervention chirurgicale dans plus de 90% des cas [2;4;8;16].

L'utilisation d'autres topiques locaux, tels que les oestrogènes ou les anti-inflammatoires non stéroïdiens, a été étudiée dans quelques études. Cependant, ils entraînaient des effets secondaires non retrouvés avec les dermocorticoïdes pour une efficacité moindre [15;17;18].

2.3.3 Chirurgical

Deux types d'intervention sont classiquement proposés, en cas de phimosis secondaire ou d'échec des dermocorticoïdes en cas de phimosis physiologique après 6 ans [13].

- La **posthectomie** ou **circoncision**, qui correspond à l'ablation du prépuce.

Le gland est ainsi plus ou moins complètement découvert. Le frein de la verge peut être sectionné puis suturé pendant l'intervention. Des points sont mis en place entre la peau du fourreau de la verge et la collerette muqueuse du gland.

- La **préputioplastie** ou **plastie du prépuce**, qui consiste en une section longitudinale de l'anneau préputial sur sa face dorsale et en sa suture transversale. L'anneau préputial est ainsi élargi et autorise un décalottage sans difficulté, tout en respectant le prépuce.

3 MÉTHODOLOGIE

3.1 Matériel

L'objectif principal de cette thèse était de décrire l'attitude des médecins généralistes dans la prise en charge du phimosis chez l'enfant. Dans un second temps, nous avons cherché à étudier l'influence du sexe de l'âge et du milieu d'exercice des médecins picards. Enfin nous nous sommes renseigné sur leurs modes d'informations. Nous avons ainsi sollicité les médecins généralistes exerçant une activité libérale en Picardie, via un questionnaire réalisé sous Google Forms.

Le questionnaire comportait 17 questions au total. Une première partie était centrée sur les données démographiques des médecins interrogés (âge, sexe, milieu d'exercice), une deuxième partie correspondait à la pratique clinique des participants face au phimosis, enfin une troisième partie s'intéressait à leurs sources d'informations médicales et leurs demandes sur ce sujet. Les réponses pouvaient être de nature ouverte ou fermée, à choix unique ou multiple selon les questions. (Annexe 1)

Il n'avait pas été fait de distinction entre phimosis physiologique et pathologique dans notre questionnaire.

3.2 Méthodes

Il s'agissait d'une étude descriptive, rétrospective, réalisée à partir d'un questionnaire envoyé par courrier électronique, à un échantillon de 754 médecins généralistes exerçant en Picardie. Les médecins ont subi une relance un mois après l'envoi initial.

Les résultats ont ensuite été saisis dans des tableaux Excel. Ce logiciel a permis d'extraire des données statistiques. Nous avons secondairement étudié l'influence de l'âge, du sexe, du milieu d'exercice dans les différences de prise en charge, à l'aide de tests statistiques de khi-deux, assisté d'une démographie.

4 RÉSULTATS

Au total, sur les 754 questionnaires envoyés, nous avons recueilli 158 réponses dans un délai d'un mois et après une relance, soit un taux de réponse de 20,9 %.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins recense 1460 médecins généralistes installés en Picardie, l'échantillon des praticiens participants en représente donc 10,6 %.

Pour l'interprétation de nos résultats, nous nous sommes basés sur les données régionales fournies par le Conseil National de l'Ordre des Médecins au sein de l'Atlas de Démographie Médicale 2016 [19].

4.1 Données démographiques

4.1.1 Sexe des médecins interrogés

La répartition en fonction du sexe des médecins interrogés était strictement identique (79 hommes et 79 femmes).

En Picardie, la répartition est de l'ordre de 46,2% d'hommes et 53,8% de femmes. Notre échantillon est sensiblement comparable à la répartition régionale.

4.1.2 Milieu d'exercice

Les milieux « urbain » et « rural » sont utilisés par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), qui ne définit pas de milieu semi-rural. Pourtant, ce terme est utilisé couramment par les médecins libéraux. Ainsi, nous avons choisi de tenir compte de cette catégorie, très fréquemment utilisée par les médecins pour déterminer leur milieu d'exercice, partant du principe qu'ils étaient les plus à même pour la définir.

La répartition des effectifs selon le milieu d'exercice, présentée dans le tableau 1, était plus lissée.

Lieu d'exercice	Nombre	Pourcentage
Rural	34	21,5%
Semi Rural	66	41,8%
Rural	58	36,70%

Tableau 1 : Répartition des médecins en fonction du lieu d'exercice

Comme on peut le voir dans le tableau suivant, la répartition hommes/femmes, dans chaque milieu d'exercice, était sensiblement semblable.

Lieu d'exercice	Hommes	Femmes
Rural	18	16
Semi Rural	31	35
Urbain	30	28

Tableau 2 : Répartition hommes/femmes en fonction du lieu d'exercice

4.1.3 Âge des médecins

Les tranches d'âge ont été définies par décennie.

Tranche d'âge	Nombre	Pourcentage
Moins de 30 ans	11	6,9%
Entre 30 et 39 ans	90	57,0%
Entre 40 et 49 ans	12	7,6%
Entre 50 et 59 ans	26	16,5%
Plus de 60 ans	19	12,0%

Tableau 3 : Répartition des médecins en fonction de l'âge

Une majorité des médecins interrogés (57%) avait entre 30 et 39 ans, le reste de la cohorte se répartissait de façon plutôt égale entre les autres tranches d'âge, comme présenté dans le tableau 3.

Cette répartition n'était pas représentative de la démographie médicale régionale.

De plus, il existait une différence liée au sexe des médecins, comme représenté dans le tableau suivant.

Tranche d'âge	Hommes	Femmes
Moins de 30 ans	2	9
Entre 30 et 39 ans	38	52
Entre 40 et 49 ans	6	6
Entre 50 et 59 ans	18	8
Plus de 60 ans	15	4

Tableau 4 : Répartition hommes/femmes en fonction de l'âge

L'âge des femmes était donc inférieur à celui des hommes, il conviendra d'en tenir compte lors de la discussion.

4.2 Contexte de recherche d'un phimosis

Les situations de recherche de phimosis ont été détaillées dans le tableau suivant.

Contexte	Valeur absolue	Pourcentage*
Lorsqu'il s'agit du motif de consultation	93	58,9%
Lors des examens obligatoires	77	48,7%
Systématiquement lors de l'examen clinique	44	27,8%
Jamais	1	<0,1%
Autres	14	8,9%

* pourcentage réalisé sur la cohorte

Tableau 5 : Contexte de recherche de phimosis de l'enfant

Un motif de consultation en rapport avec le phimosis était le principal contexte de recherche de phimosis, bien que nous nous attendions à un pourcentage plus élevé.

Presque la moitié des médecins interrogés profitaient des examens obligatoires des 8ème jour, 9ème mois et 24ème mois.

Le phimosis était systématiquement recherché lors de l'examen clinique de l'enfant par un peu moins d'un tiers des médecins interrogés.

Parmi les 14 réponses « autres », des recherches régulières (tous les 6 mois à 1 an) ont été évoquées 7 fois, l'acquisition de la propreté citée 2 fois, alors que les cas d'antécédent d'infection urinaire ou de balanite motivaient l'examen du prépuce chez 5 médecins.

4.3 La prescription des dermocorticoïdes par les médecins généralistes

À la question : « Dans la prise en charge du phimosis de l'enfant, prescrivez-vous des dermocorticoïdes ? », nous obtenions une majorité de réponses favorables.

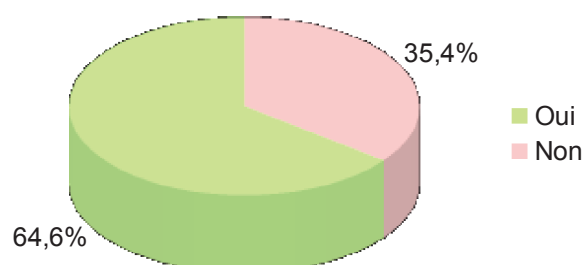


Figure 1 : Prescription de dermocorticoïdes dans le phimosis de l'enfant

4.3.1 Selon le sexe

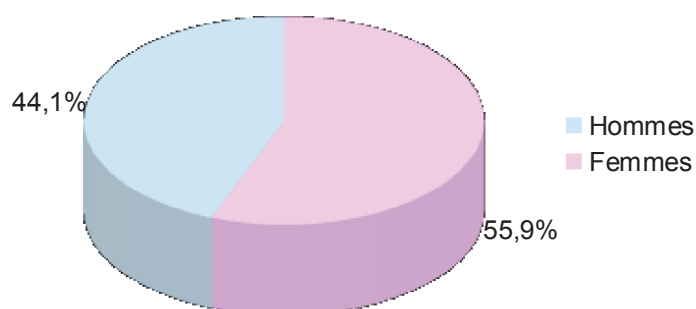


Figure 2 : Proportion d'hommes et de femmes prescrivant des dermocorticoïdes

Les dermocorticoïdes étaient ainsi plus prescrits par des médecins femmes.

Les résultats concernant l'utilisation des dermocorticoïdes pour chaque sexe sont représentés dans la figure 3.

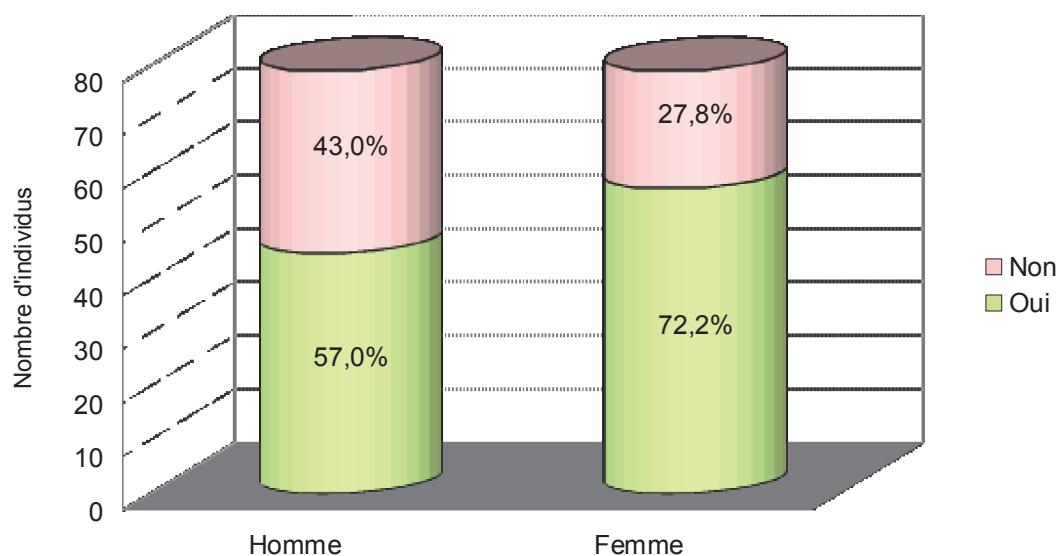


Figure 3 : Utilisation des dermocorticoïdes selon le sexe des médecins

Nous avons constaté que les femmes utilisaient significativement plus les dermocorticoïdes que les hommes ($p < 0,05$) dans la prise en charge du phimosis (annexe 2). Nous nous interrogerons sur les raisons de cette influence dans la discussion.

4.3.2 Selon le milieu d'exercice

Les dermocorticoïdes étaient majoritairement utilisés dans chacun des milieux d'exercices.

Le calcul du khi-deux rejetait ici un lien significatif ($p < 0,05$), entre milieu d'exercice et prescription de dermocorticoïdes par le médecin généraliste (annexe 3).

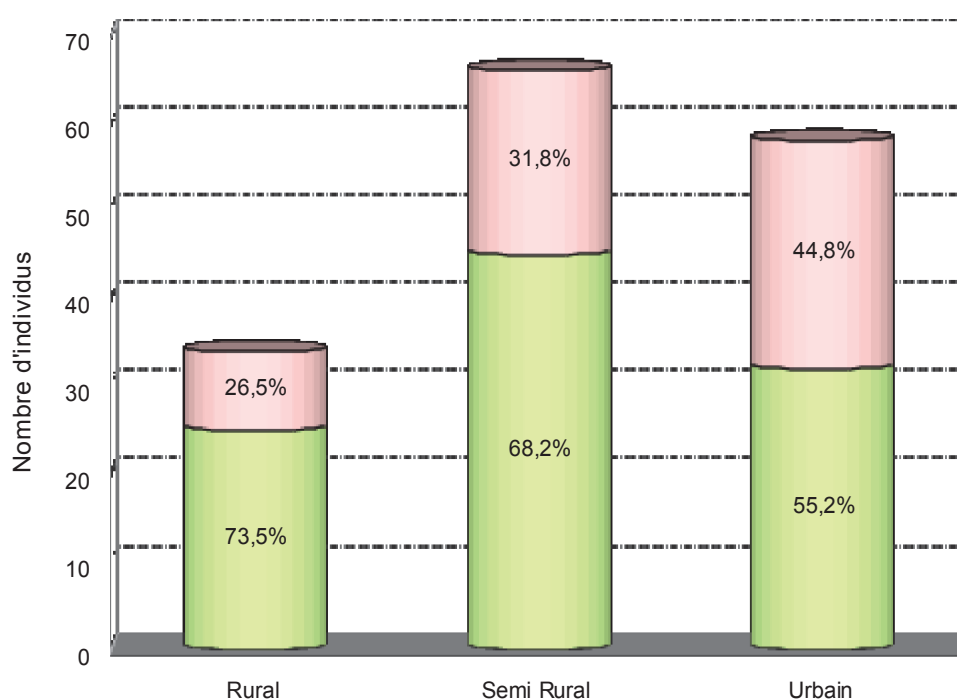


Figure 4 : Utilisation des dermocorticoïdes selon le milieu d'exercice

4.3.3 Selon l'âge

Nous avons constaté que l'utilisation des dermocorticoïdes était minoritaire chez les médecins de plus de 60 ans, contrairement aux autres tranches d'âge.

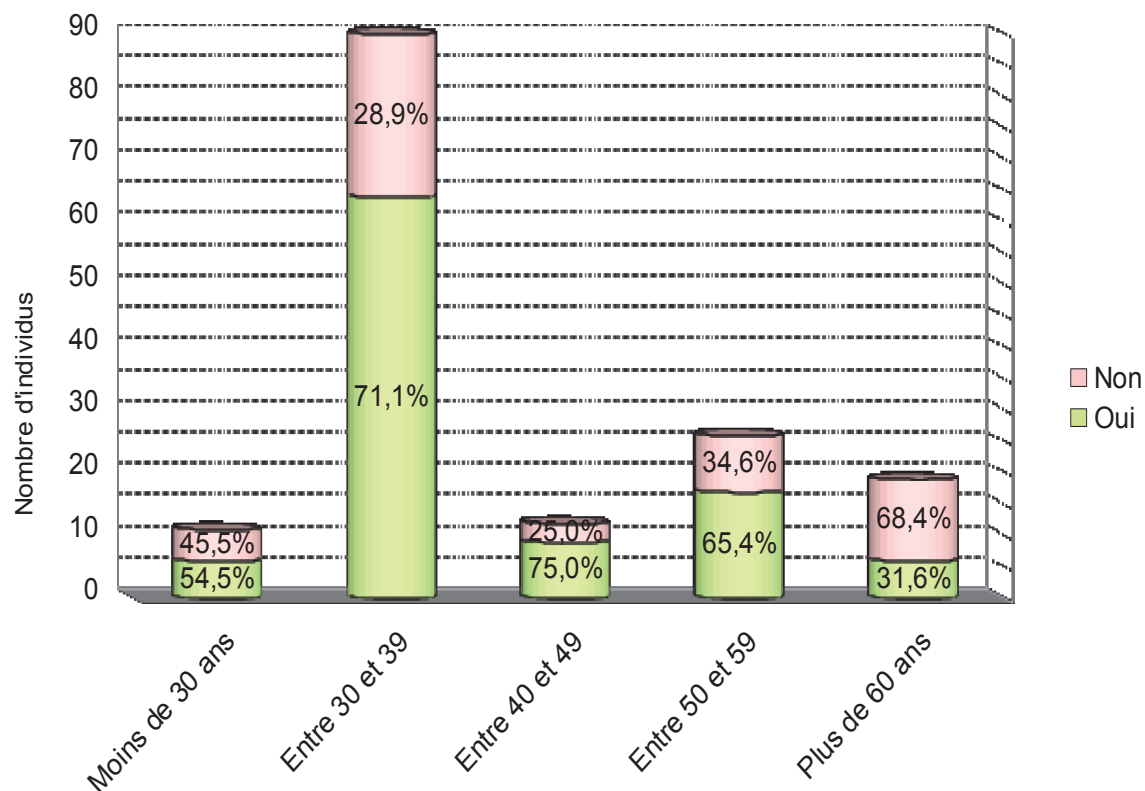


Figure 5 : Utilisation des dermocorticoïdes selon l'âge du médecin

L'analyse statistique confirmait que l'âge du médecin généraliste exerçait une influence significative ($p < 0,05$) sur la prescription des dermocorticoïdes (annexe 4).

4.4 Durée de prescription des dermocorticoïdes

Nous l'avons vu plus haut, 64,5% des personnes interrogées avaient recours à la prescription de dermocorticoïdes dans la prise en charge d'un phimosis chez l'enfant.

La durée du traitement était cependant variable d'un praticien à l'autre, comme détaillé dans le tableau 6.

Durée de traitement par dermocorticoïdes		
Durée	Nombre	Pourcentage*
5 jours	7	6,9%
1 semaine	13	12,7%
10 jours	5	4,9%
15 jours	17	16,7%
3 semaines	11	10,8%
Un mois	36	35,3%
2 mois	4	3,9%
3 mois	7	6,9%
Plus de 3mois	2	1,9%

*pourcentage par rapport au nombre de médecins prescrivant des dermocorticoïdes

Tableau 6 : Durée de traitement par dermocorticoïdes dans la prise en charge du phimosis de l'enfant par les médecins généralistes picards

Il y avait 9 réponses différentes à cette question ouverte. Malgré tout, un traitement d'un mois était le plus fréquent, ce qui correspond à la moyenne de durée de traitement proposée dans diverses études [5;12].

Nous avons regroupé les données en 3 catégories pour faciliter leur étude.

Durée de traitement par dermocorticoïdes		
	Nombre	Pourcentage
Moins d'un mois	53	52%
Un mois	36	35,3%
Plus d'un mois	13	12,7%

Tableau 7 : Durée de traitement par dermocorticoïdes répartie en 3 groupes

Majoritairement, les médecins concernés prescrivait les dermocorticoïdes pour une durée inférieure à un mois (52%). Plus d'un tiers traitaient les patients au moins un mois, les prescriptions de plus d'un mois ne représentaient que 12,7 %.

4.4.1 Influence du sexe des médecins dans la durée de traitement

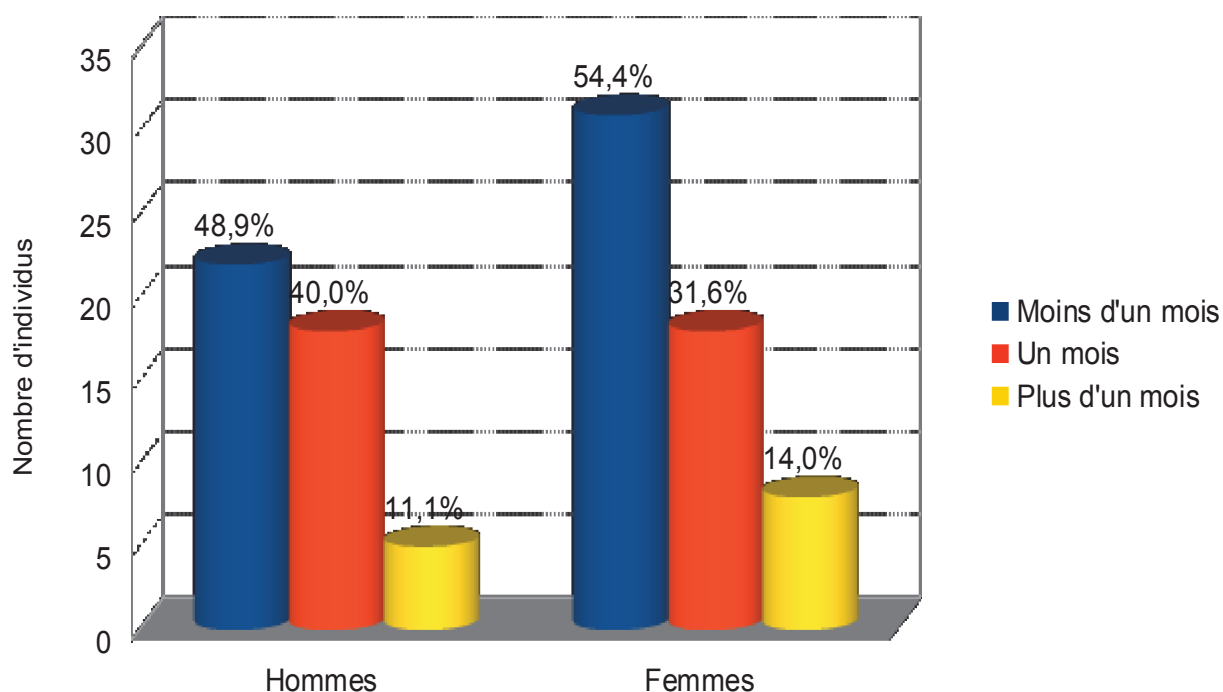


Figure 6 : Durée de prescription des dermocorticoïdes en fonction du sexe des médecins

En interprétant les résultats, nous avons ici observé que la répartition de durée de traitement au sein de chaque sexe était plutôt semblable. Ceci était confirmé par le calcul du khi-deux, qui ne retrouvait pas de lien significatif ($p < 0,05$) entre le sexe du praticien et la durée de traitement par dermocorticoïdes (annexe 5).

4.4.2 Influence du milieu d'exercice dans la durée de traitement

Le diagramme 7 permet de montrer que ruraux et urbains traitaient préférentiellement leurs patients par dermocorticoïdes pendant moins d'un mois.

En revanche, les semi-ruraux avaient tendance à traiter autant pendant un mois que moins d'un mois.

Le traitement de plus d'un mois était minoritaire dans tous les milieux d'exercice.

Il n'y avait aucune influence significative ($p < 0,05$) du milieu d'exercice sur la durée de traitement par dermocorticoïdes (annexe 6).

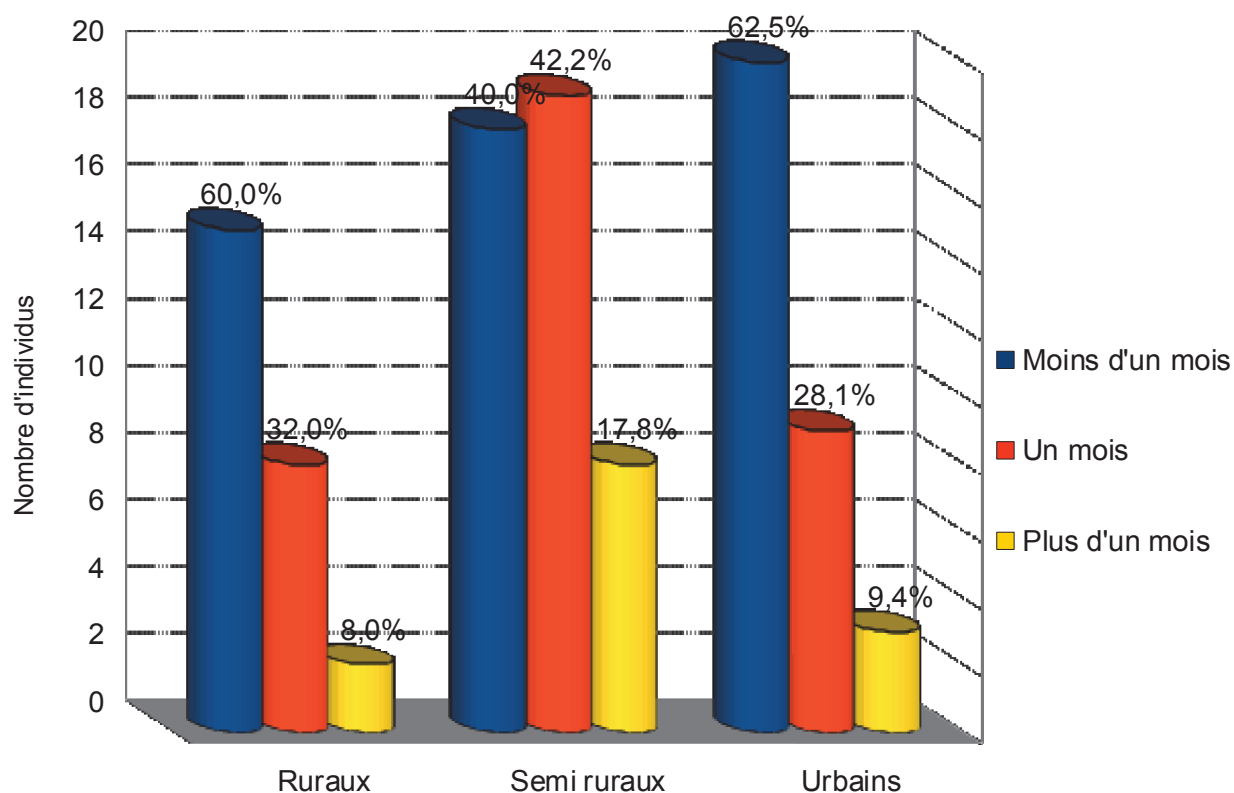


Figure 7 : Durée de traitement par dermocorticoïdes selon le milieu d'exercice

4.4.3 Influence de l'âge des médecins dans la durée de traitement

Le diagramme suivant représente les durées de traitement des médecins selon leur âge.

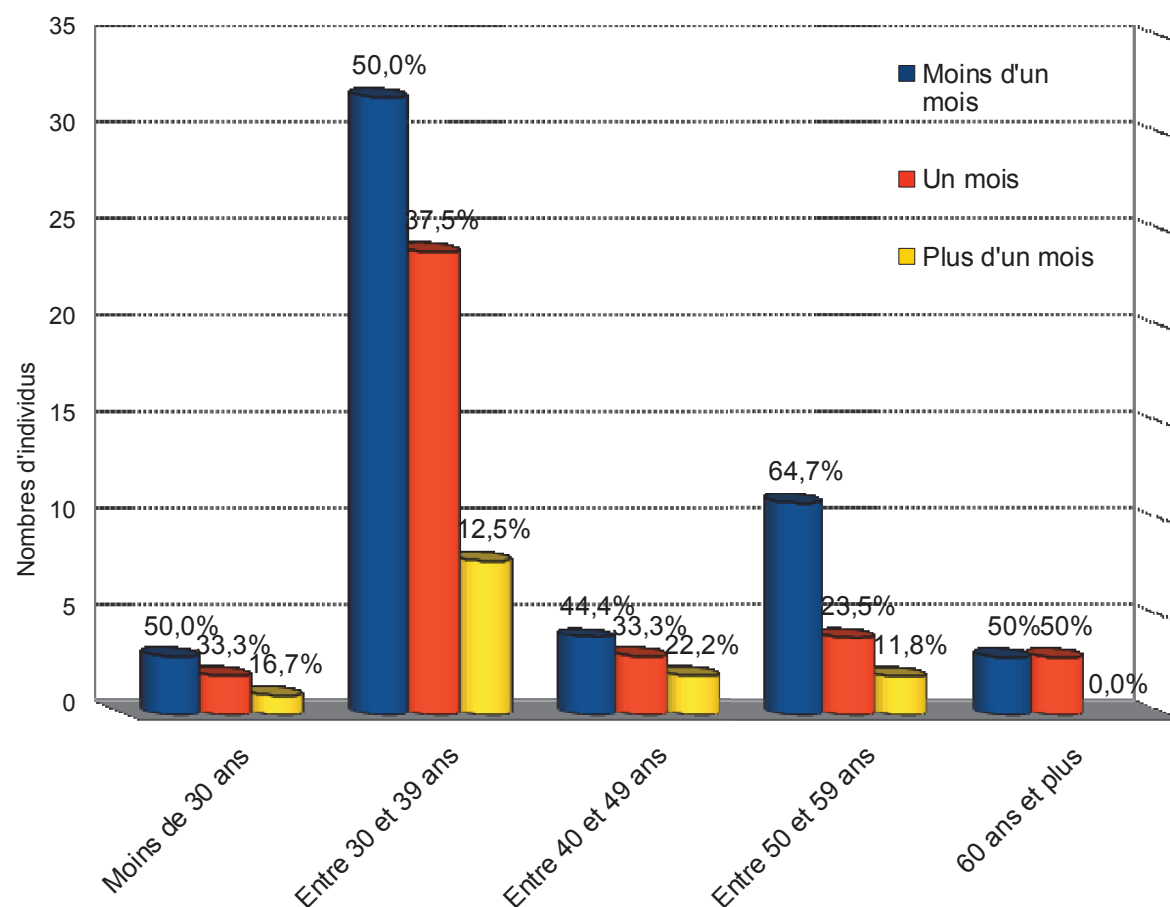


Figure 8 : Durée de traitement par dermocorticoïdes selon l'âge

Le profil de durée de prescription des dermocorticoïdes était sensiblement identique dans toutes les tranches d'âge. Par ailleurs, le calcul du khi-deux permettait d'affirmer l'absence de lien significatif ($p < 0,05$) entre l'âge du prescripteur et la durée de traitement par dermocorticoïdes (annexe 7).

4.5 Le renouvellement des dermocorticoïdes en cas d'échec

La majorité des médecins (64,7%) ne renouvelait pas leur traitement par dermocorticoïdes en cas d'échec de la première prescription, comme présenté en figure 9.

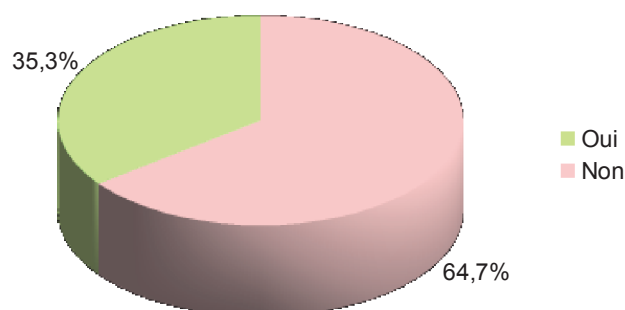


Figure 9 : Renouvellement des dermocorticoïdes après échec

4.6 Utilisation d'autres topiques par les médecins généralistes

Comme présenté ci-dessous, la majorité des médecins interrogés n'utilisait pas d'autres topiques dans la prise en charge du phimosis.

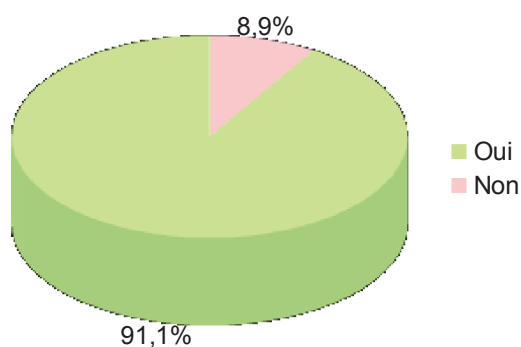


Figure 10 : Utilisation d'autres topiques

Le tableau qui suit présente les différents topiques cités par les 8,9% de médecins concernés.

Topiques cités	Nombre de médecins les ayant cités
Vaseline	4
Antibiotique	3
Emollient	2
Antiseptique	2
Sérum physiologique	1
Crème cicatrisante	1
Sans réponse	1

Tableau 8 : Autres topiques utilisés pour le traitement du phimosis de l'enfant

La vaseline était le topique le plus fréquemment cité, bien que n'ayant pas fait la preuve de son efficacité.

4.7 Les conseils sur les manœuvres de décalottage aux parents

Comme présenté dans le diagramme suivant, une modeste majorité de médecins conseillait aux parents de réaliser des manœuvres de décalottage sur leur enfant en cas de phimosis.

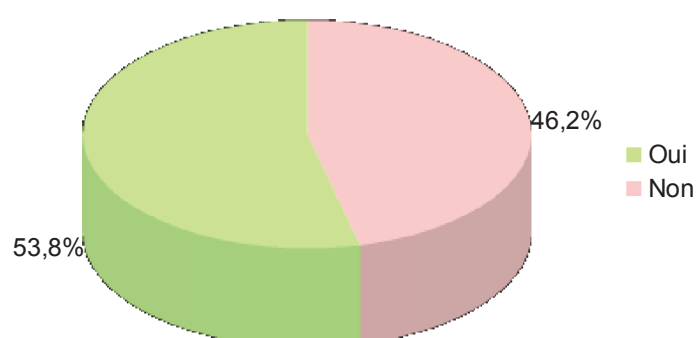


Figure 11 : Conseils sur les manœuvres de décalottage aux parents

4.7.1 Influence du sexe du médecin sur les conseils de décalottage

La répartition, en fonction du sexe, des médecins qui conseillaient des manœuvres de décalottage sur l'enfant, est représentée dans le diagramme suivant :

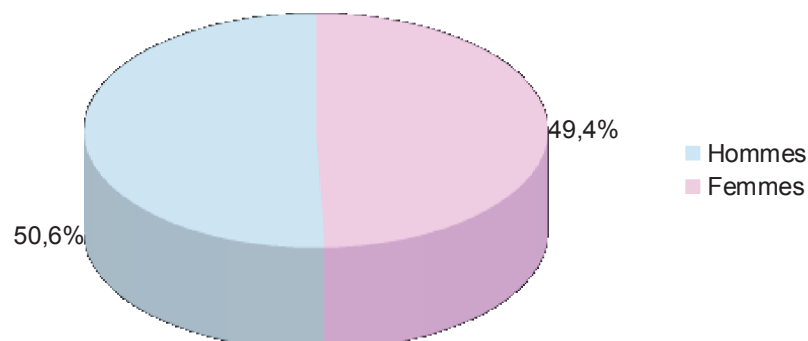


Figure 12 : Proportion hommes/femmes dans les conseils de décalottage

La figure suivante exprime les résultats pour chaque sexe.

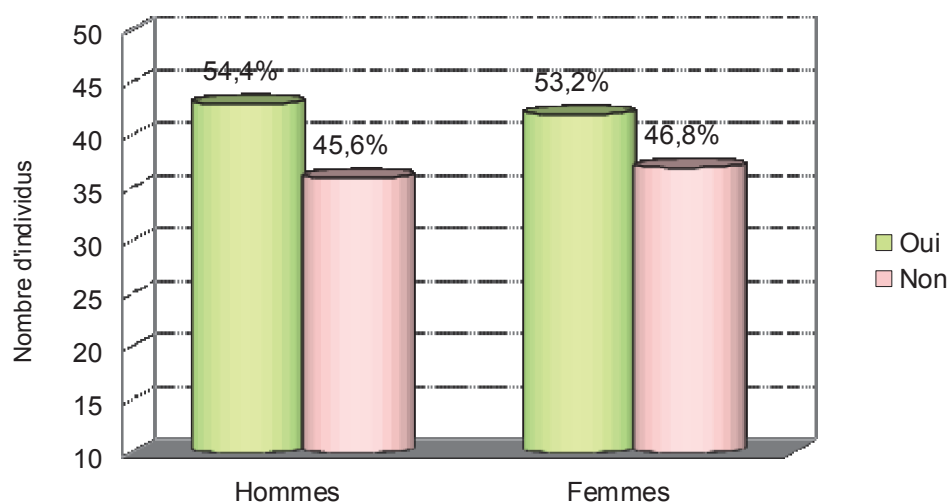


Figure 13 : Conseils de manœuvres de décalottage par sexe

La proportion d'hommes et de femmes, qui conseillaient des manœuvres de décalottage aux parents, était quasiment identique ; le calcul du khi-deux confirmait l'absence de lien significatif ($p < 0,05$) entre le sexe du médecin et les conseils de manœuvres de décalottage (annexe 8).

4.7.2 Influence du milieu d'exercice sur les conseils de décalottage

Lorsque nous regroupions les réponses par milieu d'exercice, nous obtenions les résultats suivants :

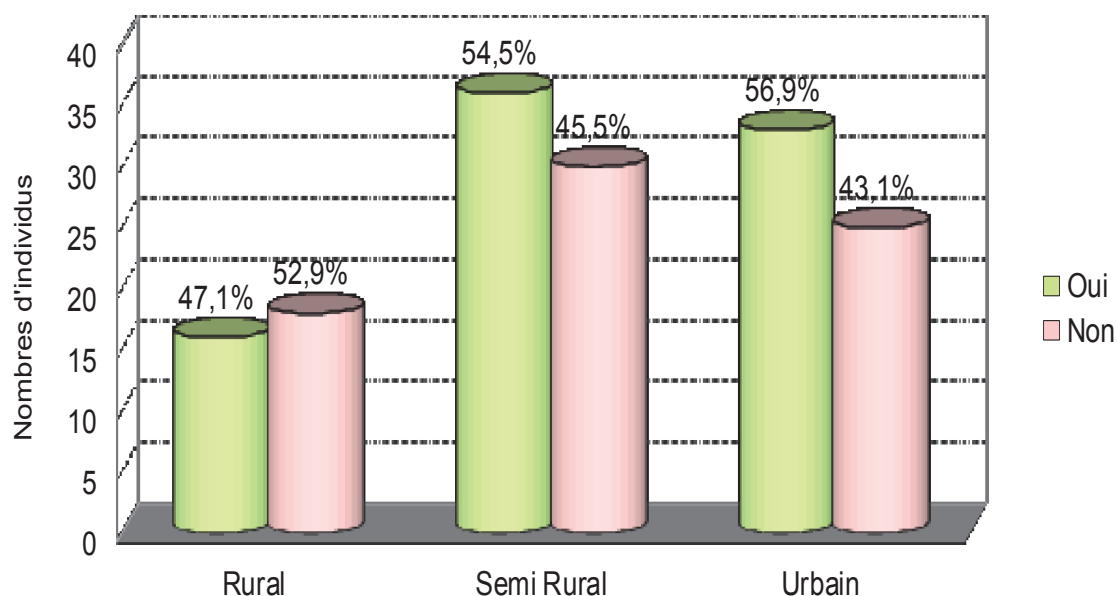


Figure 14 : Conseils de manoeuvres de décalottage selon le milieu d'exercice

Les médecins exerçant en milieux urbain et semi-rural conseillaient majoritairement de pratiquer des manoeuvres de décalottage sur les enfants porteurs de phimosis, alors que la tendance était inversée en milieu rural. Cependant, ces résultats n'étaient pas très tranchés, les pourcentages étant assez proches, le calcul du khi-deux conduisant à l'absence d'influence du milieu d'exercice sur les conseils de décalottage de façon significative ($p < 0,01$) (annexe 9).

4.7.3 Influence de l'âge sur les conseils de décalottage

Les résultats en fonction de l'âge sont présentés dans la figure 15.

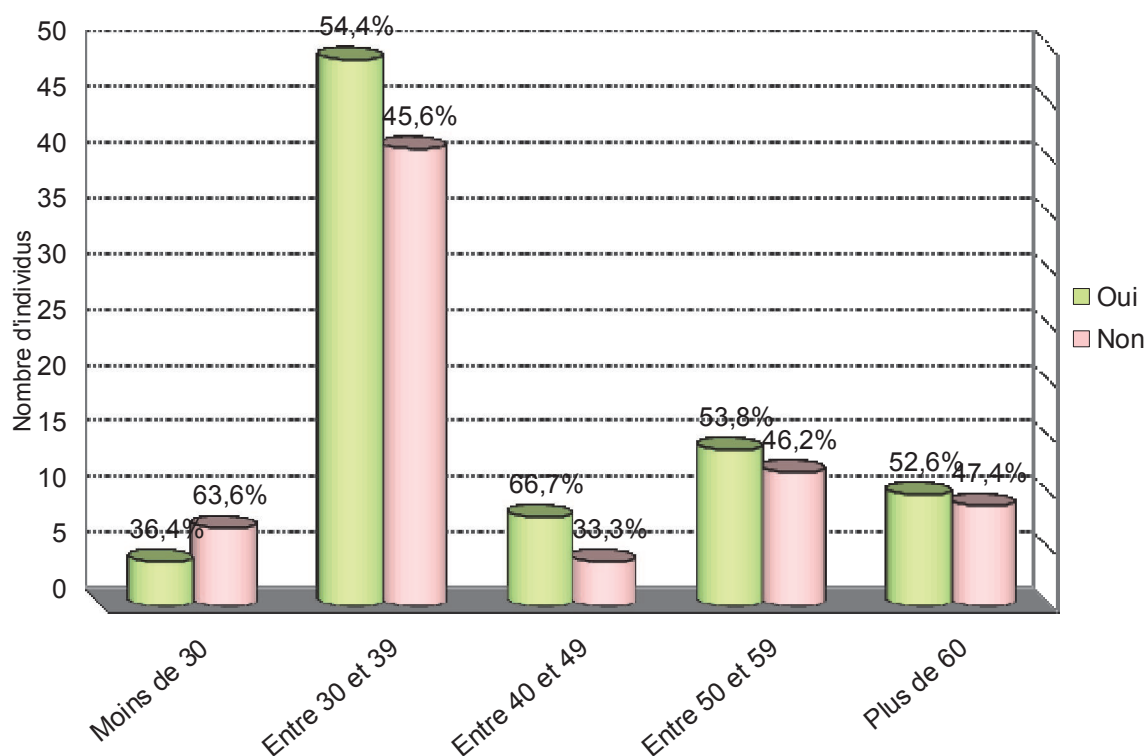


Figure 15 : Conseil de manœuvres de décalottage selon l'âge

Les médecins conseillant les décalottage prenaient de peu le dessus dans chaque tranche d'âge, excepté chez les plus jeunes. Pour autant, du fait d'un écart minime dans chaque catégorie, il n'y avait pas d'influence significative ($p < 0,05$) de l'âge sur les conseils de manœuvres de décalottage (annexe 10).

4.8 Réalisation de manœuvres de décalottage en consultation

La figure ci-dessous représente le nombre de médecins pratiquant ou non des manœuvres de décalottage en consultation.

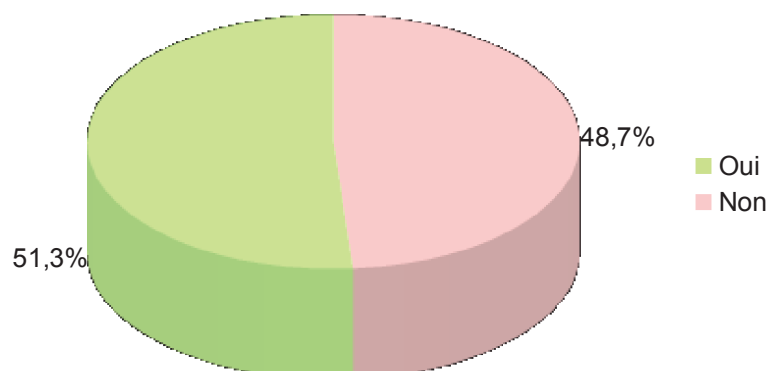


Figure 16 : Manoeuvre de décalottage par le médecin au cabinet

Il y avait quasiment autant de partisans de la pratique des manœuvres de décalottage que d'abstentionnistes. Nous pourrions nous interroger sur la fréquence encore importante actuellement de ces manœuvres au cabinet, alors que la tendance est plutôt au laisser-vivre du prépuce.

Bien évidemment, ceux qui conseillaient les manœuvres de décalottages, réalisaient plus facilement des manœuvres de décalottage, et cela de façon significative ($p < 0,05$) (annexe 11), comme figuré dans le diagramme suivant :

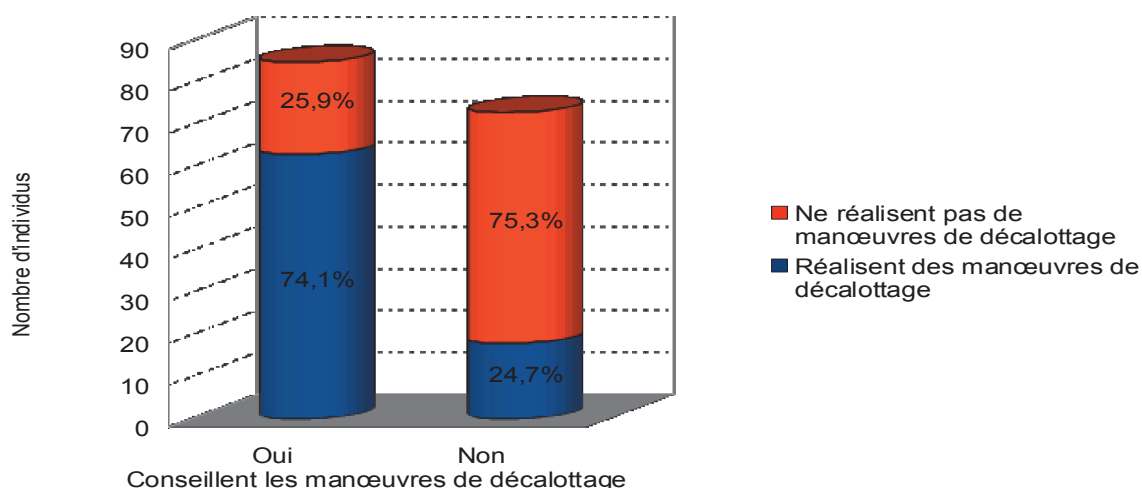


Figure 17 : Lien entre conseil et réalisation de manœuvres de décalottage

4.8.1 Influence du sexe du médecin sur la réalisation de manœuvres de décalottage en consultation

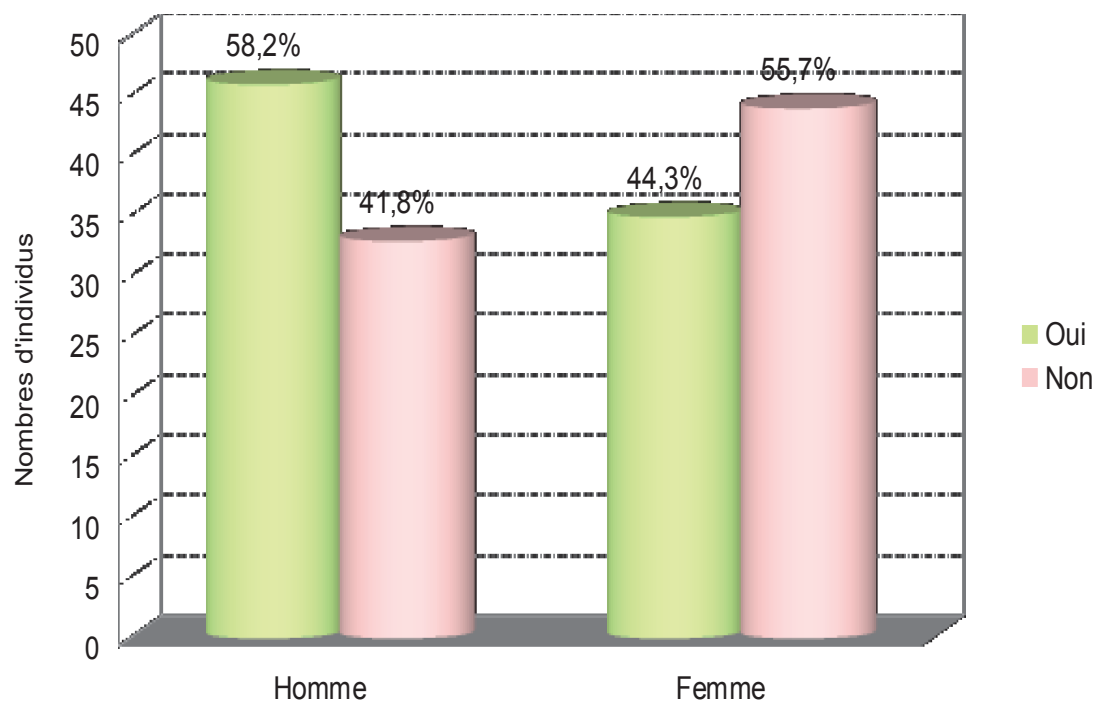


Figure 18 : Réalisation de manœuvres de décalottage selon le sexe du médecin

Nous avons constaté que les hommes avaient majoritairement déjà réalisé des manœuvres de décalottage au cabinet, à l'inverse des femmes. Cette différence n'était pourtant pas significative ($p < 0,05$) d'après le calcul du khi-deux (annexe 12)

4.8.2 Influence du milieu d'exercice sur la réalisation de manœuvres de décalottage en consultation

Le graphique 19 représente l'attitude du médecin face aux manœuvres de décalottage selon son milieu d'exercice.

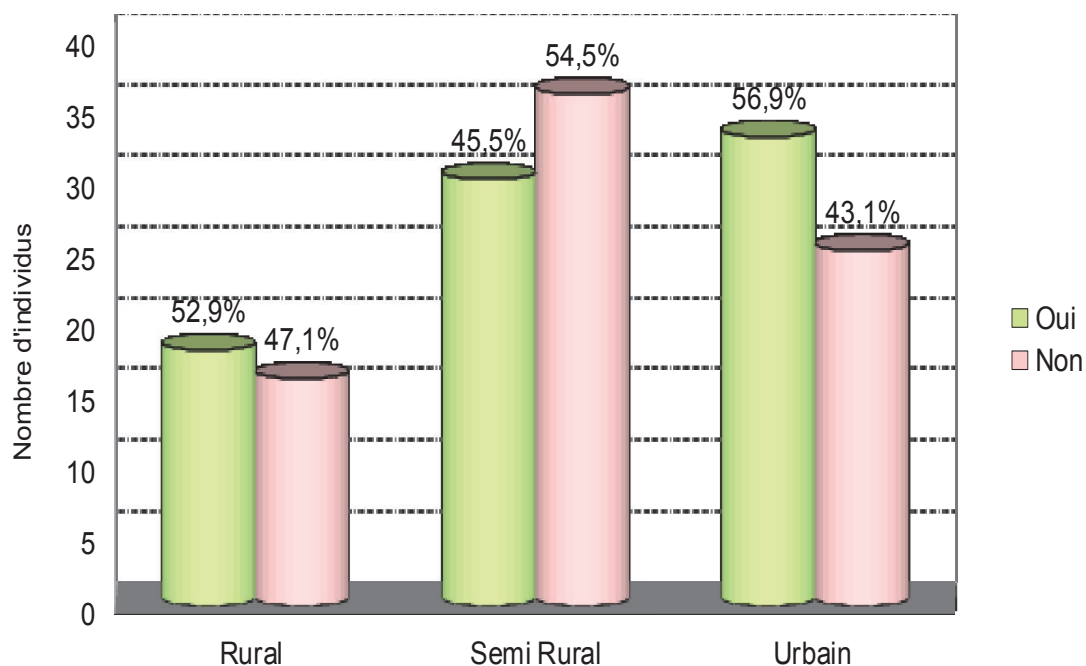


Figure 19 : Réalisation de manœuvres de décalottage selon le milieu d'exercice

Ici, urbains et ruraux avaient tendance à réaliser des manœuvres de décalottage au cabinet, contrairement aux semi-ruraux, sans significativité ($p < 0,05$) (annexe 13).

4.8.3 Influence de l'âge du médecin dans la réalisation de manœuvres de décalottage au cabinet

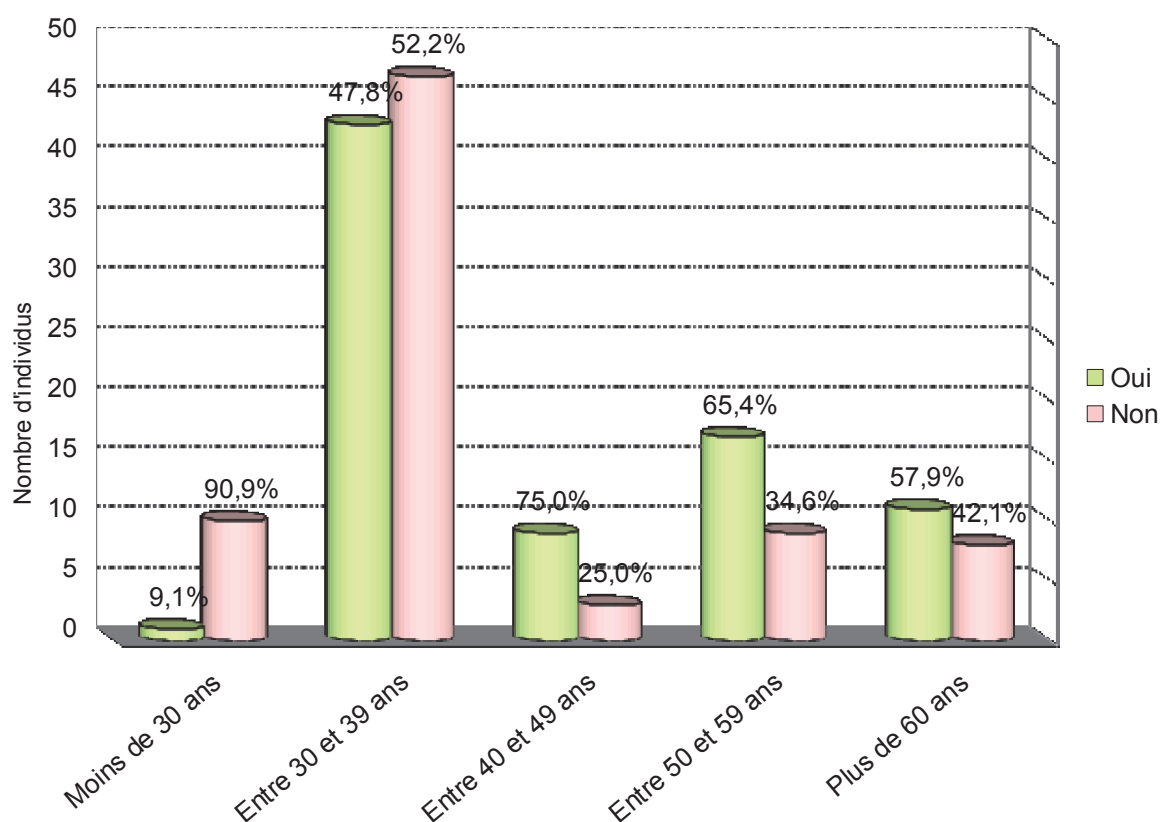


Figure 20 : Réalisation de manœuvres de décalottage selon l'âge

L'absence de manœuvres de décalottage l'emportait dans les catégories d'âge de moins de 40 ans, avec une forte disproportion chez les moins de 30 ans, alors que les plus de 40 ans pratiquaient majoritairement des manoeuvres de décalottage au cabinet médical. Le calcul du khi-deux permettait d'affirmer qu'il existait un lien significatif ($p < 0,05$) entre l'âge du médecin et la réalisation des manœuvres (annexe 14).

4.9 Le recours au spécialiste

La quasi-totalité des médecins interrogés avait eu recours, au cours de leur exercice, à un avis spécialisé devant un phimosis de l'enfant.

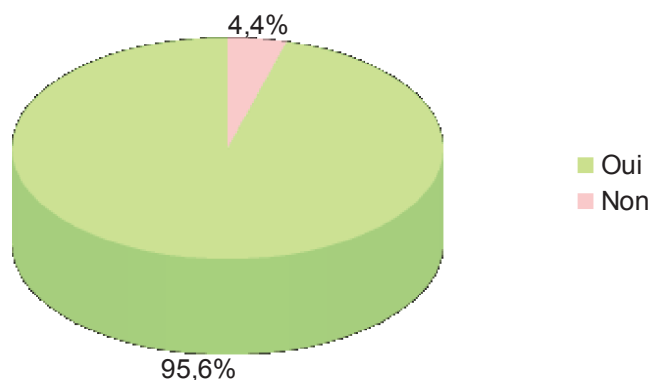


Figure 21 : Recours au spécialiste

4.10 Situation d'orientation vers le spécialiste

Motifs du recours	Nombre d'individus	Pourcentage*
En cas de complications	107	67,7%
A la demande des parents	28	17,7%
Echec du traitement par dermocorticoïdes	23	14,6%
Systématiquement	17	10,8%
Selon l'âge	14	8,9%
Si échec du décalottage	3	1,9%
Lorsque le praticiens le juge utile	1	0,6%

*pourcentage par rapport au nombre de patients ayant eu recours à un avis spécialisé

Tableau 9 : Motifs de recours au spécialiste

La survenue de complications était de loin la situation la plus fréquente de demande d'avis spécialisé.

Le recours systématique au spécialiste était plutôt peu fréquent (moins de 10%).

La demande des parents et l'échec du traitement par dermocorticoïdes se plaçaient au même niveau.

Les réponses de chaque médecin pouvaient être multiples à cette question.

4.11 Âge de recours à la chirurgie

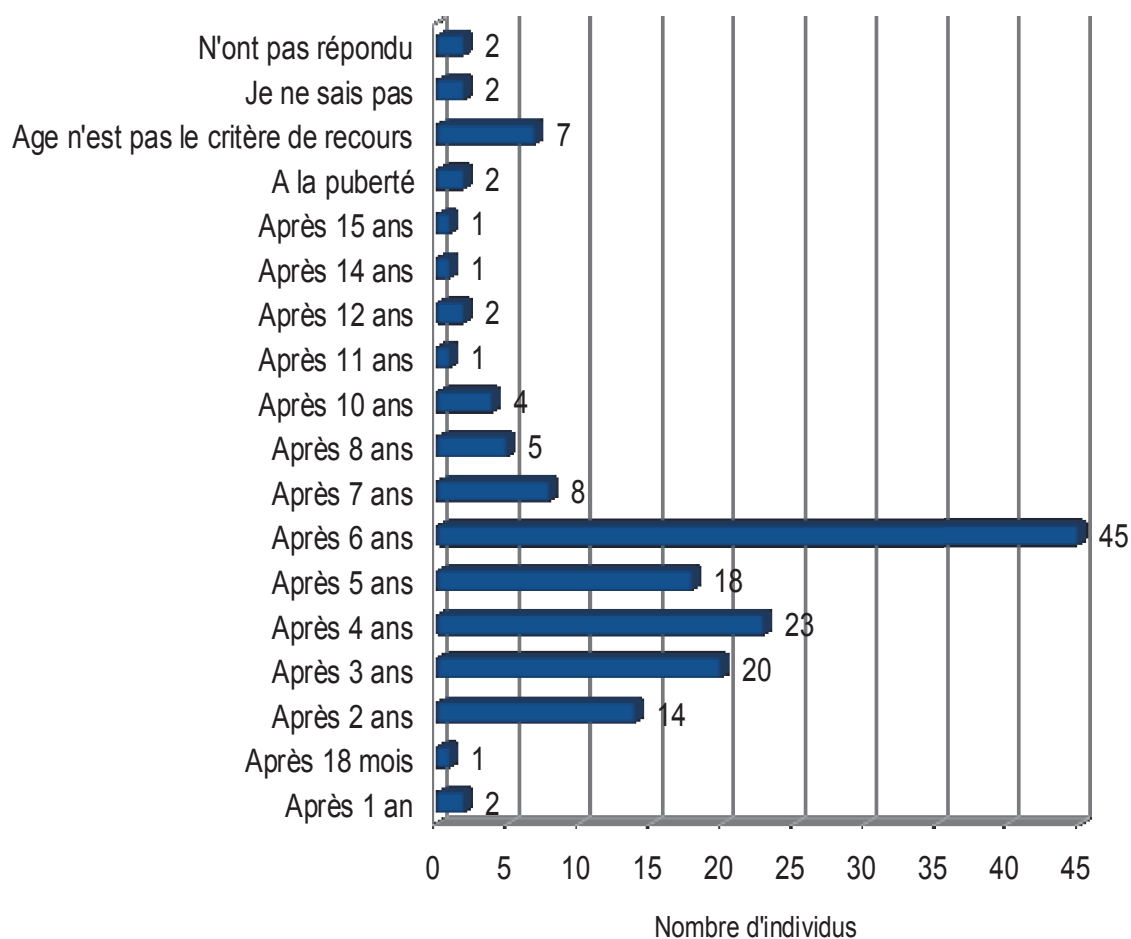


Figure 22 : Âge de recours au spécialiste

Comme on le voit sur la figure ci-dessus, il y avait une pléiade de réponses, mais la plus fréquente était le recours au traitement chirurgical après l'âge de 6 ans (28,5%).

On note qu'après regroupement des réponses, quasiment la moitié des médecins pensaient possible un recours à la chirurgie avant l'âge de 6 ans.

4.12 Connaissance d'une recommandation de bonne pratique sur le sujet

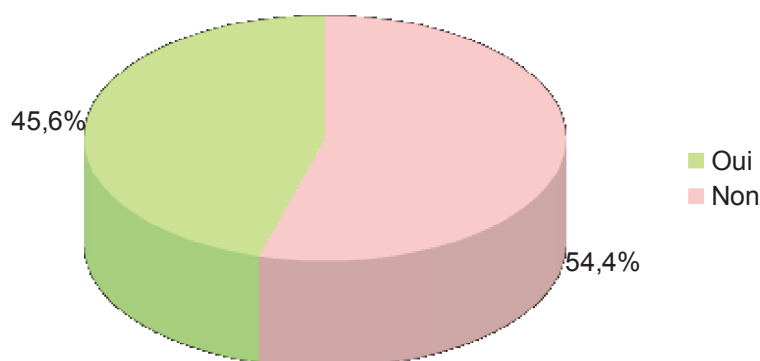


Figure 23 : Avis des médecins sur l'existence d'une recommandation

Seulement 45,6 % des médecins participants estimaient qu'il existait une recommandation concernant la prise en charge du phimosis chez l'enfant.

Ce taux est plutôt bas, et ne reflète pas non plus la connaissance du contenu de la recommandation.

4.13 Les médecins se sentent-ils suffisamment informés sur le sujet ?

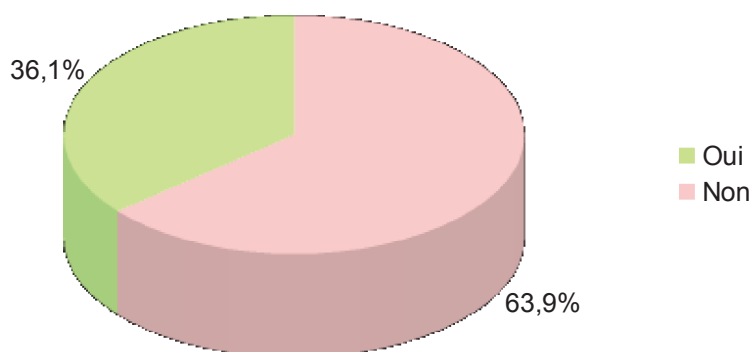


Figure 24 : Pourcentage des médecins qui se sentent ou non bien informés

Seulement un peu plus d'un tiers des médecins se sentaient suffisamment informés.

4.14 Sources d'information médicale

Sources d'informations	Nombre d'individus	Pourcentage
Presse papier	97	61,4%
Formation médicale continue	88	55,7%
Presse internet	78	49,4%
Auprès des confrères	15	9,5%
Encyclopédie	11	7,0%
Expérience personnelle	6	3,8%

Tableau 10 : Sources d'information des médecins

La presse papier, les formations médicales continues et la presse internet étaient les principales sources d'informations citées par les médecins (possibilité de réponses multiples à cette question).

Dans un degré moindre, les praticiens citaient leur apprentissage auprès des confrères.

A noter que l'expérience personnelle était citée par 6 médecins comme source d'information

5 DISCUSSION

Nous pouvons d'abord reprendre les résultats concernant le profil des médecins participants, et dégager le fait que notre cohorte n'était pas représentative de la démographie médicale régionale. Néanmoins, la parité hommes/femmes de notre échantillon nous aura permis une étude plus lisible de l'influence du sexe du médecin sur la prise en charge du phimosis de l'enfant. Nous avons également recueilli les résultats d'un échantillon plus jeune que la moyenne régionale, ce qui peut être un biais dans l'interprétation de nos résultats. Ce biais était probablement lié, au mode de diffusion du questionnaire. La diffusion par courrier électronique permettait surtout de recevoir un maximum de réponses, afin d'obtenir une significativité de nos résultats.

Nous avons vu que le phimosis chez l'enfant était recherché de façon systématique par à peine un tiers des médecins, preuve qu'il ne s'agissait pas là d'une grande source de préoccupation pour ces derniers. La recherche d'un phimosis était principalement motivée par une consultation spécifique à ce sujet, qui permet aux parents, n'ayant pas toujours reçu un discours uniformisé de la part des différents acteurs de santé, de poser leurs questions relatives au soin du prépuce. Cette consultation peut alors permettre au médecin sollicité de délivrer une information claire concernant le caractère physiologique des adhérences balano-préputiales et du phimosis chez le jeune enfant, de rappeler les règles d'hygiènes, de justifier ou non l'utilisation d'un traitement topique, et de communiquer sur les risques liés à un décalottage forcé. Il en va de même lors des examens obligatoires du nourrisson, où près de la moitié des médecins réalisaient alors l'examen du prépuce. Il s'agit d'un temps qui se prête au dialogue et à l'information avec ses patients.

Mais pour délivrer une information appropriée, encore faut-il avoir soi-même une bonne connaissance des recommandations.

La Société Française d'Urologie (SFU) et la Société Française de Chirurgie Pédiatrique (SFPC) s'accordent pour recommander l'absence de tout traitement devant un phimosis physiologique avant l'âge de 2-3 ans [4;13]. Comme nous l'avions exposé, le traitement de première intention sera alors l'application de dermocorticoïdes, notamment lors de la persistance du phimosis après 6 ans. En cas d'adhérences balano-préputiales, celles-ci peuvent éventuellement être libérées sous anesthésie locale par crème anesthésiante. Le traitement par dermocorticoïdes pourra être reconduit en cas d'échec. À partir de l'âge de 6 ans, ou si complications et en cas d'échec du traitement, la chirurgie peut alors être envisagée.

Pourtant, un tiers des médecins n'avait pas recours aux dermocorticoïdes dans leur prise en charge. Les deux tiers restants en faisaient un usage hétérogène sur la durée de traitement, bien que la moyenne tournait autour des 4 semaines, sans qu'un lien significatif avec un des facteurs démographiques étudiés n'eut été établi. De plus, le taux de reconduite des dermocorticoïdes restait faible en cas d'échec.

Nous pouvons déjà constater qu'il existe une méconnaissance de la part des médecins généralistes concernant les conditions d'usage des dermocorticoïdes dans cette indication.

Par ailleurs, âge et sexe des médecins avaient une influence significative sur l'utilisation des dermocorticoïdes, avec une part plus grande d'utilisation chez les femmes et chez les jeunes médecins. Il faut ici rappeler que les échantillons d'âge de notre cohorte étaient déséquilibrés, avec une surreprésentation des 30-39 ans, et que le profil des femmes, plus jeunes, pouvait expliquer l'influence du sexe sur cette utilisation thérapeutique.

Nous pouvons par ailleurs suspecter que la multiplication des publications concernant le phimosis, et par conséquent, l'évolution de l'enseignement théorique délivré au cours des études médicales, ont permis une modification des pratiques, expliquant ainsi l'influence de l'âge sur les prescriptions.

L'utilisation d'autre topiques restait marginal avec l'emploi le plus souvent de vaseline, dont l'utilité et l'efficacité n'ont pas été démontré, l'utilisation de crème antibiotiques également citée, pouvant être interprété comme une solution en cas de complications bactériennes.

Si l'utilisation de dermocorticoïdes concernait pratiquement deux tiers des médecins en Picardie, les conseils et la réalisation de manœuvre de décalottage étaient encore préconisés par la moitié d'entre eux. Bien que les conseils de décalottage ne subissent pas d'influence liée à l'âge, au sexe, ou au milieu d'exercice, la réalisation du décalottage était significativement plus fréquente chez les médecins plus âgés.

Cette pratique est pourtant en inadéquation avec les différentes données publiées à ce sujet, qui insistent sur l'effet potentiellement délétère du décalottage forcé [20;21]. Il est admis que les manœuvres de décalottage forcé, soient traumatiques, et entraînent des phénomènes cicatriciels et une rétraction du tissu préputial. Cette rétraction amène l'anneau cutané simple à la fibrosité et l'inextensibilité [9]. De nombreux parents sont demandeurs d'un décalottage complet chez leur enfant pour des raisons d'hygiène, appuyé par une méconnaissance de l'évolution naturelle du prépuce. On peut se poser la question d'une pression parentale amenant à la pratique du décalottage par le médecin.

Concernant l'influence de l'âge du médecin, il peut sembler difficile d'adapter ses pratiques en fin de carrière, et plus aisé de se conforter à sa propre expérience plutôt qu'à une publication médicale.

Le recours au spécialiste, quant à lui, était largement utilisé par les médecins interrogés, principalement en cas de complications, ce qui était logique. Par contre, le deuxième motif évoqué était la demande parentale. Cela pourrait-il être en rapport avec une mésinformation et les idées reçues des parents, auxquelles le médecin n'aurait pas su pallier ? De même, nous pouvons nous interroger sur la précocité du recours à la chirurgie en terme d'âge de l'enfant. Serait-ce là encore secondaire à la demande parentale ou réellement motivé par le médecin ? Ce dernier ne chercherait-il pas une aide face à un sujet qu'il maîtrise mal ?

L'information des médecins généralistes concernant la physiologie du prépuce et les bonnes pratiques face au phimosis de l'enfant apparaît donc primordiale. La majorité des médecins interrogés déclarait ne pas savoir si des recommandations à ce sujet existaient, et ne pas se sentir suffisamment informés.

L'enseignement théorique avec une insistance particulière sur l'évolution naturelle du prépuce doit être poursuivie. Une mise au point concernant le phimosis de l'enfant pourrait être réalisée auprès des médecins généralistes de la région, par le biais des formations médicales continues, ou de façon plus large dans les revues médicales, principales sources d'information des médecins interrogés. La Société Française d'Urologie Pédiatrique a réalisé une fiche d'information destinée aux parents en cas d'intervention chirurgicale pour phimosis. Cette fiche inclut notamment des rappels sur l'évolution physiologique du phimosis chez l'enfant. Elle serait probablement plus utile en amont.

D'autre part, un arbre décisionnel a été proposé par les équipes de chirurgie pédiatrique de Nice et d'urologie de Cannes en 2009 [22], ce type d'outil pourrait être utile et applicable en médecine générale (Annexe 15).

Par ailleurs, les parents, acteurs principaux de la prise en charge de la santé de l'enfant, devraient également être éduqués sur le sujet. On pourrait proposer que des explications soit délivrées à la maternité sur le caractère physiologique du phimosis dans la petite enfance, par exemple lors de l'encadrement de la toilette. Un rappel serait effectué par le pédiatre ou le médecin généraliste lors des examens obligatoires. Ce sont donc tous les professionnels de santé de la petite enfance qui devraient bénéficier d'une mise à jour des recommandations, afin d'uniformiser leur discours.

6 CONCLUSION

L'attitude pratique des médecins généralistes picards face au phimosis de l'enfant est donc très hétérogène. Si le sexe et l'âge du praticien ont une influence sur la prescription des dermocorticoïdes, ils demeurent encore trop peu utilisés et leur durée de traitement pourraient être optimisée.

De même, les manœuvres de décalottage sont encore trop souvent conseillées et pratiquées au cabinet, cette habitude tendant à s'estomper parmi les nouvelles générations de médecins.

L'amélioration de la prise en charge du phimosis de l'enfant passe donc par une meilleure communication des autorités de santé autour de ce sujet, aussi bien auprès des professionnels de santé que des parents.

7 BIBLIOGRAPHIE

- [1] Chu CC, Chen KC, Diao GY. Topical steroid treatment of phimosis in boys. J Urol. 1999 Sep ; 162 (3) : 861–3.
- [2] Martin C, Grondin MA, Gerbaud L, Vorilhon P. Efficacité des dermocorticoïdes pour le traitement du phimosis de l'enfant : une synthèse méthodique. Exercer 2009 ; 86 : 56-60.
- [3] Ali Ikan A, Ben Mouelli S, Fontaine E, Quenneville V, Thomas L, Beurton D. Traitement du phimosis par application locale de propionate de clobétasol 0,05 % – Étude prospective chez 108 enfants. Prog Urol. 2002 ; (12) : 1268-1271.
- [4] Faix A, Ferretti L, Castagnola C, et al. Phimosis : réalité clinique et prise en charge en urologie. Prog Urol, 2014, 24, 09, 11-18, suppl.3.
- [5] Cold C.J, Taylor J.R. The prepuce. BJU int. 1999;83(suppl 1):34-44
- [6] Gairdner D. The Fate of the foreskin. A study of circumcision. British Medical Journal, December 24, 1949 ; 2 : p 1433-1437
- [7] Branger B., Sable A., Lancelot E. - Adhérences préputiales chez le petit garçon. Attitude à adopter : examen du prépuce à l'âge de 3-4 ans et 9-12 ans en milieu scolaire. Revue du pédiatre. 1994 ; 7 (2) : 52-56
- [8] Mackinlay GA. Save the prepuce. Painless separation of preputial adhesions in the outpatient clinic. British Medical Journal. 1988 ; 297 (6648) : 590-591.
- [9] Weisgerber G. Faut-il décalotter les enfants ? Médecine & enfance. Avril 1995 . 15 : p 253.
- [10] Oster J. Further fate of the foreskin. Archives of Diseases in childhood. April 1968 ; 43 : 200-202.
- [11] Craig J., Huang M.D. Problems of the Foreskin and Glans Penis. Clinical Pediatric Emergency Medicine. 2009 Mar ; 10(1):56-59.
- [12] Depasquale I., Park A.J., Bracka A. The treatment of balanitis xerotica obliterans. BJU international, 2000 Sep ; 86(4) : 459-465
- [13] Section française d'Urologie Pédiatrique (SFUP). Intervention pour phimosis. Fiche d'urologie, 2014.
- [14] Tekgül S., Dogan H.S., Erdem E., Hoebeke P., Kocvara R., Nijman J.M, et al. Guidelines on Paediatric Urology. European Society of Urology. 2015, p.9.

- [15] Atilla MK, Dündaröz R, Odabaş O, Oztürk H, Akin R, Gökçay E. A nonsurgical approach to the treatment of phimosis: local nonsteroidal anti-inflammatory ointment application. *J Urol*. 1997 Jul;158(1):196–7.
- [16] Elmore J.M, Baker L.A, Snodgrass W.T. Topical steroid therapy as an alternative to circumcision for phimosis in boys younger than 3 years. *J Urol*. Oct 2002 ; 168 : 1746-7.
- [17] Yanagisawa N1, Baba K, Yamagoe M, Iwamoto T. Conservative treatment of childhood phimosis with topical conjugated equine estrogen ointment. *Int J Urol*. 2000 Jan;7(1):1-3.
- [18] Müller I, Müller H. New conservative therapy of phimosis. *Monatsschr Kinderheilkd*. 1993 Jul;141(7):607–8.
- [19] Conseil National de l'Ordre des Médecins [en ligne]. Atlas de la démographie médicale en France. 2016. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
- [20] Shahid SK. Phimosis in children. *ISRN Urol*. 2012;2012:707329.
- [21] Camille CJ, Kuo RL, Wiener JS. Caring for the uncircumcised penis: what parents (and you) need to know. *Contemporary Pediatrics*. 2002 ; 11 :p.61.
- [22] Bréaud J., Montoro J., Lecompte J.-F., Bensaïd R., Lauron J., Colomb F. Phimosis et pathologie préputiale : quelle attitude adopter en 2009 ? *MT Pédiatrie*, Janvier 2009 ; 12 (1)

8 ANNEXES

ANNEXE 1

Questionnaire adressé aux médecins généralistes

1) Quel âge avez-vous ?

- ☐ Moins de 30 ans
- ☐ Entre 30 et 39 ans
- ☐ Entre 40 et 49 ans
- ☐ Entre 50 et 59 ans
- ☐ 60 ans et plus

2) Êtes-vous

- ☐ Un homme
- ☐ Une femme

3) Dans quel milieu exercez-vous ?

- ☐ Urbain
- ☐ Semi-rural
- ☐ Rural

4) Dans quelle(s) situation(s) recherchez-vous un phimosis chez l'enfant ? (*plusieurs réponses possibles*)

- ☐ Systématiquement lors d'un examen clinique
- ☐ Lors des examens obligatoires (8^{ème} jour, 9^{ème} mois, 24^{ème} mois)
- ☐ Lorsqu'il s'agit du motif de consultation
- ☐ Jamais
- ☐ Autre :

5) Dans la prise en charge du phimosis de l'enfant, prescrivez-vous des dermocorticoïdes ?

- ☐ Oui
- ☐ Non *Passez à la question 6.*

5bis) Pour quelle durée ?

5 ter) En cas d'échec, renouvelez-vous le traitement par dermocorticoïdes ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

6) Utilisez-vous d'autres topiques locaux ?

- ☐ Oui
- ☐ Non *Passez à la question 7*

6bis) Lesquels ?

- 7) Conseillez-vous des manœuvres de décalottage aux parents ?
- ☐ Oui
 - ☐ Non
- 8) Réalisez-vous, vous-même, des manœuvres de décalottage au cabinet ?
- ☐ Oui
 - ☐ Non
- 9) Dans le cadre de la prise en charge d'un phimosis chez l'enfant, avez-vous déjà eu recours à un avis spécialisé ?
- ☐ Oui
 - ☐ Non *Passez à la question 10*
- 9Bis) Si oui, dans quel(s) cas ? *(plusieurs réponses possibles)*
- ☐ Systématiquement
 - ☐ A la demande des parents
 - ☐ En cas de complication
 - ☐ Autre :
- 10) A partir de quel âge envisagez-vous le recours à la chirurgie pour un phimosis non compliqué ?
- 11) Selon vous, existe-t-il des recommandations de bonne pratique sur le sujet ?
- ☐ Oui
 - ☐ Non
- 12) Vous sentez-vous suffisamment informés sur le sujet ?
- ☐ Oui
 - ☐ Non
- 13) Quelles sont vos sources d'information médicale ? *(plusieurs réponses possibles)*
- ☐ Presse papier
 - ☐ Encyclopédies
 - ☐ FMC
 - ☐ Presse internet
 - ☐ Autre :

ANNEXE 2

Khi deux : Sexe du médecin et prescription de dermocorticoïdes dans la prise en charge du phimosis de l'enfant.

Détails du calcul du khi deux entre les variables « sexe des médecins » et les réponses à la question 5 : « Dans la prise en charge du phimosis de l'enfant, prescrivez-vous des corticoïdes ? (Oui/Non) ».

Pour le calcul du Khi deux, nous posons deux hypothèses : l'hypothèse H0 selon laquelle il n'y aurait pas de lien entre les variables (indépendance), et l'hypothèse H1 selon laquelle il y a un lien (dépendance). Nous rejetterons H0 si le Khi deux calculé est supérieur au khi deux critique.

Tableau des effectifs observés :

	Utilisation de dermocorticoïdes		
Sexe	Oui	Non	Total
Hommes	45	34	79
Femmes	57	22	79
Total	102	56	158

Tableau des fréquences théoriques :

	Utilisation de dermocorticoïdes		
Sexe	Oui	Non	Total
Hommes	51,00	28,00	79
Femmes	51,00	28,00	79
Total	102	56	158

Tableau du Khi deux :

	Utilisation de dermocorticoïdes		
Sexe	Oui	Non	Total
Hommes	0,71	1,29	1,99
Femmes	0,71	1,29	1,99
Total	1,41	2,57	3,98

Khi deux (calculé)	3,98
Khi Carré 5% (khi deux critique)	3,84

Conclusion :

Par principe, lorsque le khi deux calculé est supérieur au khi deux 5% (khi deux critique) l'hypothèse H0 est rejetée. Ici, le khi deux calculé étant supérieur au khi deux critique, nous rejetons bien H0 pour accepter l'hypothèse H1. Ainsi, nous pouvons donc dire, avec un seuil d'erreur de 5%, qu'il y a un lien entre le sexe du médecin répondant et sa prescription de dermocorticoïdes.

ANNEXE 3

Khi deux : Milieu d'exercice du médecin et prescription de dermocorticoïdes dans la prise en charge du phimosis de l'enfant

Détails du calcul du khi deux entre les variables « milieux d'exercice des médecins » et les réponses à la question 5 : « Dans la prise en charge du phimosis de l'enfant, prescrivez-vous des corticoïdes ? (Oui/Non) ».

Pour le calcul du Khi deux, nous posons deux hypothèses : l'hypothèse H0 selon laquelle il n'y aurait pas de lien entre les variables, et l'hypothèse H1 selon laquelle il y a un lien. Nous rejetterons H0 si le Khi deux calculé est supérieur au khi deux critique.

Tableau des effectifs observés :

	Utilisation de dermocorticoïdes		
Milieu d'exercice	Oui	Non	Total
Rural	25	9	34
Semi Rural	45	21	66
Urbain	32	26	58
Total	102	56	158

Tableau des fréquences théoriques :

	Utilisation de dermocorticoïdes		
Milieu d'exercice	Oui	Non	Total
Rural	21,95	12,05	34
Semi Rural	42,61	23,39	66
Urbain	37,44	20,56	58
Total	102	56	158

Tableau du Khi deux :

	Utilisation de dermocorticoïdes		
Milieu d'exercice	Oui	Non	Total
Rural	0,42	0,77	1,2
Semi Rural	0,13	0,24	0,38
Urbain	0,79	1,44	2,23
Total	1,35	2,46	3,81

Khi deux (calculé)	3,81
Khi Carré 5% (khi deux critique)	5,99

Conclusion :

Par principe, lorsque le khi deux calculé est supérieur au khi deux 5% (khi deux critique) l'hypothèse H0 est rejetée. Ici, le khi deux calculé étant inférieur au khi deux critique, nous acceptons H0. Ainsi, nous pouvons donc dire, avec un seuil d'erreur de 5%, qu'il n'y a pas de lien entre le milieu d'exercice du médecin répondant et sa prescription de dermocorticoïdes.

ANNEXE 4

Khi deux : Âge du médecin et prescription de dermocorticoïdes dans la prise en charge du phimosis de l'enfant

Détails du calcul du khi deux entre les variables « âges des médecins » et les réponses à la question 5 : « Dans la prise en charge du phimosis de l'enfant, prescrivez-vous des corticoïdes ? (Oui/Non) ».

Pour le calcul du Khi deux, nous posons deux hypothèses : l'hypothèse H0 selon laquelle il n'y aurait pas de lien entre les variables (indépendance), et l'hypothèse H1 selon laquelle il y a un lien (dépendance). Nous rejetterons H0 si le Khi deux calculé est supérieur au khi deux critique.

Tableau des effectifs observés :

Utilisation de dermocorticoïdes						
	Moins de 30 ans	Entre 30 et 39 ans	Entre 40 et 49 ans	Entre 50 et 59 ans	Plus de 60 ans	Total
Oui	6	64	9	17	6	102
Non	5	26	3	19	13	56
Total	11	90	12	26	19	158

Tableau des fréquences théoriques :

Utilisation de dermocorticoïdes						
	Moins de 30 ans	Entre 30 et 39 ans	Entre 40 et 49 ans	Entre 50 et 59 ans	Plus de 60 ans	Total
Oui	7,1	58,1	7,75	16,78	12,27	102
Non	3,9	31,9	4,25	9,22	6,73	56
Total	11	90	12	26	19	158

Tableau du Khi deux :

Utilisation de dermocorticoïdes						
	Moins de 30 ans	Entre 30 et 39 ans	Entre 40 et 49 ans	Entre 50 et 59 ans	Plus de 60 ans	Total
Oui	0,17	0,6	0,2	0,00	3,20	4,18
Non	0,31	1,09	0,37	0,01	5,83	7,61
Total	0,48	1,69	0,57	0,01	9,03	11,78

Khi deux (calculé)	11,78
Khi Carré 5% (khi deux critique)	9,48

Conclusion :

Par principe, lorsque le khi deux calculé est supérieur au khi deux 5% (khi deux critique) l'hypothèse H0 est rejetée. Ici, le khi deux calculé étant supérieur au khi deux critique, nous rejetons bien H0. Ainsi, nous pouvons donc dire, avec un seuil d'erreur de 5%, qu'il y a un lien entre l'âge du médecin répondant et sa prescription de dermocorticoïdes.

ANNEXE 5

Khi deux : Sexe et durée de traitement par dermocorticoïdes

Détails du calcul du khi deux entre les variables « sexe des médecins » et les réponses à la question 5bis sur la durée de prescription des dermocorticoïdes.

Pour le calcul du Khi deux, nous posons deux hypothèses : l'hypothèse H0 selon laquelle il n'y aurait pas de lien entre les variables (indépendance), et l'hypothèse H1 selon laquelle il y a un lien (dépendance). Nous rejetterons H0 si le Khi deux calculé est supérieur au khi deux critique.

Tableau des effectifs observés :

	Utilisation de dermocorticoïdes		
Durée	Hommes	Femmes	Total
Moins d'un mois	22	31	53
Un mois	18	18	36
Plus d'un mois	5	8	13
Total	45	57	102

Tableau des fréquences théoriques :

	Utilisation de dermocorticoïdes		
Durée	Hommes	Femmes	Total
Moins d'un mois	23,38	29,62	53
Un mois	15,88	20,12	36
Plus d'un mois	5,74	7,26	13
Total	45	57	102

Tableau du Khi deux :

	Utilisation de dermocorticoïdes		
Durée	Hommes	Femmes	Total
Moins d'un mois	0,08	0,06	0,15
Un mois	0,28	0,22	0,51
Plus d'un mois	0,09	0,07	0,17
Total	1,43	0,36	0,82

Khi deux (calculé)	0,82
Khi Carré 5% (khi deux critique)	5,99

Conclusion :

Par principe, lorsque le khi deux calculé est supérieur au khi deux 5% (khi deux critique) l'hypothèse H0 est rejetée. Ici, le khi deux calculé étant inférieur au khi deux critique, nous acceptons H0. Ainsi, nous pouvons donc dire, avec un seuil d'erreur de 5%, qu'il n'y a pas de lien entre le sexe du médecin répondant et sa durée de prescription de dermocorticoïdes.

ANNEXE 6

Khi deux : Milieu d'exercice du médecin et durée de prescription de dermocorticoïdes dans la prise en charge du phimosis de l'enfant.

Détails du calcul du khi deux entre les variables « milieux d'exercice » et les réponses à la question 5bis sur la durée de traitement par dermocorticoïdes.

Pour le calcul du Khi deux, nous posons deux hypothèses : l'hypothèse H0 selon laquelle il n'y aurait pas de lien entre les variables (indépendance), et l'hypothèse H1 selon laquelle il y a un lien (dépendance). Nous rejetterons H0 si le Khi deux calculé est supérieur au khi deux critique.

Tableau des effectifs observés :

	Utilisation de dermocorticoïdes			
Durée	Rural	Semi Rural	Urbain	Total
Moins d'un mois	15	18	20	53
Un mois	8	19	9	36
Plus d'un mois	2	8	3	13
Total	25	45	32	102

Tableau des fréquences théoriques :

	Utilisation de dermocorticoïdes			
Durée	Rural	Semi Rural	Urbain	Total
Moins d'un mois	12,99	23,38	16,63	53
Un mois	8,82	15,88	11,29	36
Plus d'un mois	3,19	5,74	4,08	13
Total	25	45	32	158

Tableau du Khi deux :

	Utilisation de dermocorticoïdes			
Durée	Rural	Semi Rural	Urbain	Total
Moins d'un mois	0,31	1,24	0,68	2,23
Un mois	0,08	0,61	0,47	1,15
Plus d'un mois	0,44	0,89	0,29	1,62
Total	0,83	2,75	1,44	5,01

Khi deux (calculé)	5,01
Khi Carré 5% (khi deux critique)	9,49

Conclusion :

Par principe, lorsque le khi deux calculé est supérieur au khi deux 5% (khi deux critique) l'hypothèse H0 est rejetée. Ici, le khi deux calculé étant inférieur au khi deux critique, nous acceptons H0. Ainsi, nous pouvons donc dire, avec un seuil d'erreur de 5%, qu'il n'y a pas de lien entre le milieu d'exercice du médecin répondant et sa durée de prescription de dermocorticoïdes.

ANNEXE 7

Khi deux : Âge du médecin et durée de prescription de dermocorticoïdes dans la prise en charge du phimosis de l'enfant

Détails du calcul du khi deux entre les variables « âges des médecins » et les réponses à la question 5bis sur la durée de traitement par dermocorticoïdes.

Pour le calcul du Khi deux, nous posons deux hypothèses : l'hypothèse H0 selon laquelle il n'y aurait pas de lien entre les variables (indépendance), et l'hypothèse H1 selon laquelle il y a un lien (dépendance). Nous rejetterons H0 si le Khi deux calculé est supérieur au khi deux critique.

Tableau des effectifs observés :

	Utilisation de dermocorticoïdes					
Durée	Moins de 30 ans	Entre 30 et 39 ans	Entre 40 et 49 ans	Entre 50 et 59 ans	Plus de 60 ans	Total
Moins d'un mois	3	32	4	11	3	53
Un mois	2	24	3	4	3	36
Plus d'un mois	1	8	2	2	0	13
Total	6	64	9	17	6	102

Tableau des fréquences théoriques :

	Utilisation de dermocorticoïdes					
Durée	Moins de 30 ans	Entre 30 et 39 ans	Entre 40 et 49 ans	Entre 50 et 59 ans	Plus de 60 ans	Total
Moins d'un mois	3,12	33,25	4,68	8,83	3,12	53
Un mois	2,12	22,59	3,18	6,00	2,12	36
Plus d'un mois	0,76	8,16	1,15	2,17	0,76	13
Total	6	64	9	17	6	102

Tableau du Khi deux :

	Utilisation de dermocorticoïdes					
Durée	Moins de 30 ans	Entre 30 et 39 ans	Entre 40 et 49 ans	Entre 50 et 59 ans	Plus de 60 ans	Total
Moins d'un mois	0,00	0,05	0,10	0,53	0,00	0,69
Un mois	0,01	0,09	0,01	0,67	0,37	1,14
Plus d'un mois	0,07	0,00	0,63	0,01	0,76	1,49
Total	0,08	0,14	0,74	1,21	1,14	3,31

Khi deux (calculé)	3,31
Khi Carré 5% (khi deux critique)	15,51

Conclusion :

Par principe, lorsque le khi deux calculé est supérieur au khi deux 5% (khi deux critique) l'hypothèse H0 est rejetée. Ici, le khi deux calculé étant inférieur au khi deux critique, nous acceptons H0. Ainsi, nous pouvons donc dire, avec un seuil d'erreur de 5%, qu'il n'y a pas de lien entre l'âge du médecin répondant et sa durée de prescription de dermocorticoïdes.

ANNEXE 8

Khi deux : Sexe du médecin et conseils de décalottage dans la prise en charge du phimosis de l'enfant

Détails du calcul du khi deux entre les variables « sexes des médecins » et les réponses à la question 7 : « Conseillez-vous des manœuvres de décalottage aux parents ? (Oui/Non) ».

Pour le calcul du Khi deux, nous posons deux hypothèses : l'hypothèse H0 selon laquelle il n'y aurait pas de lien entre les variables (indépendance), et l'hypothèse H1 selon laquelle il y a un lien (dépendance). Nous rejetterons H0 si le Khi deux calculé est supérieur au khi deux critique.

Tableau des effectifs observés :

Sexe	Conseillez-vous des manœuvres de décalottage ?		
	Oui	Non	Total
Hommes	43	36	79
Femmes	42	37	79
Total	85	73	158

Tableau des fréquences théoriques :

Sexe	Conseillez-vous des manœuvres de décalottage ?		
	Oui	Non	Total
Hommes	42,50	36,50	79
Femmes	42,50	36,50	79
Total	85	73	158

Tableau du Khi deux :

Sexe	Conseillez-vous des manœuvres de décalottage ?		
	Oui	Non	Total
Hommes	0,01	0,01	0,01
Femmes	0,01	0,01	0,01
Total	0,01	0,01	0,03

Khi deux (calculé)	0,03
Khi Carré 5% (khi deux critique)	3,84

Conclusion :

Par principe, lorsque le khi deux calculé est supérieur au khi deux 5% (khi deux critique) l'hypothèse H0 est rejetée. Ici, le khi deux calculé étant inférieur au khi deux critique, nous acceptons bien H0. Ainsi, nous pouvons donc dire, avec un seuil d'erreur de 5%, qu'il n'y a pas de lien entre le sexe du médecin répondant et le fait qu'il conseille ou non des manœuvres de décalottage.

ANNEXE 9

Khi deux : Milieu d'exercice du médecin et conseils de décalottage aux parents

Détails du calcul du khi deux entre les variables « milieux d'exercices des médecins » et les réponses à la question 7 : « Conseillez-vous des manœuvres de décalottage aux parents ? (Oui/Non) ».

Pour le calcul du Khi deux, nous posons deux hypothèses : l'hypothèse H0 selon laquelle il n'y aurait pas de lien entre les variables (indépendance), et l'hypothèse H1 selon laquelle il y a un lien (dépendance). Nous rejetterons H0 si le Khi deux calculé est supérieur au khi deux critique.

Tableau des effectifs observés :

	Conseils de décalottage aux parents		
Milieu d'exercice	Oui	Non	Total
Rural	16	18	34
Semi Rural	36	30	66
Urbain	33	25	58
Total	85	73	158

Tableau des fréquences théoriques :

	Conseils de décalottage aux parents		
Milieu d'exercice	Oui	Non	Total
Rural	18,29	15,71	34
Semi Rural	35,51	30,49	66
Urbain	31,2	26,8	58
Total	85	73	158

Tableau du Khi deux :

	Conseils de décalottage aux parents		
Milieu d'exercice	Oui	Non	Total
Rural	0,29	0,33	0,62
Semi Rural	0,01	0,01	0,01
Urbain	0,10	0,12	0,22
Total	0,40	0,46	0,86

Khi deux (calculé)	0,86
Khi Carré 5% (khi deux critique)	5,99

Conclusion :

Par principe, lorsque le khi deux calculé est supérieur au khi deux 5% (khi deux critique) l'hypothèse H0 est rejetée. Ici, le khi deux calculé étant inférieur au khi deux critique, nous acceptons H0. Ainsi, nous pouvons donc dire, avec un seuil d'erreur de 5%, qu'il n'y a pas de lien entre le milieu d'exercice du médecin répondant et le fait qu'il conseille des manœuvres de décalottage.

ANNEXE 10

Khi deux : Âge du médecin et conseils de décalottages aux parents

Détails du calcul du khi deux entre les variables « âges des médecins » et les réponses à la question 7 : « Conseillez-vous des manœuvres de décalottage aux parents ? (Oui/Non) ».

Pour le calcul du Khi deux, nous posons deux hypothèses : l'hypothèse H0 selon laquelle il n'y aurait pas de lien entre les variables (indépendance), et l'hypothèse H1 selon laquelle il y a un lien (dépendance). Nous rejetterons H0 si le Khi deux calculé est supérieur au khi deux critique.

Tableau des effectifs observés :

Conseils de décalottage						Total
	Moins de 30 ans	Entre 30 et 39 ans	Entre 40 et 49 ans	Entre 50 et 59 ans	Plus de 60 ans	
Oui	4	49	8	14	10	85
Non	7	41	4	12	9	73
Total	11	90	12	26	19	158

Tableau des fréquences théoriques :

Conseils de décalottage						Total
	Moins de 30 ans	Entre 30 et 39 ans	Entre 40 et 49 ans	Entre 50 et 59 ans	Plus de 60 ans	
Oui	5,92	48,42	6,46	13,99	10,22	85
Non	5,08	41,58	5,54	12,01	8,78	73
Total	11	90	12	26	19	158

Tableau du Khi deux :

Conseils de décalottage						Total
	Moins de 30 ans	Entre 30 et 39 ans	Entre 40 et 49 ans	Entre 50 et 59 ans	Plus de 60 ans	
Oui	0,62	0,01	0,37	0,00	0,00	1,00
Non	0,72	0,01	0,43	0,00	0,01	1,17
Total	1,35	0,02	0,80	0,00	0,01	2,17

Khi deux (calculé)	2,17
Khi Carré 5% (khi deux critique)	9,49

Conclusion :

Par principe, lorsque le khi deux calculé est supérieur au khi deux 5% (khi deux critique) l'hypothèse H0 est rejetée. Ici, le khi deux calculé étant inférieur au khi deux critique, nous acceptons H0. Ainsi, nous pouvons donc dire, avec un seuil d'erreur de 5%, qu'il n'y a pas de lien entre l'âge du médecin répondant et le fait qu'il conseille ou non aux parents des manœuvres de décalottage.

ANNEXE 11

Khi deux : Sexe du médecin et conseils de décalottage dans la prise en charge du phimosis de l'enfant

Détails du calcul du khi deux entre les variables « conseils de manœuvre de décalottage » et les variables « réalisation de manœuvres de décalottage ».

Pour le calcul du Khi deux, nous posons deux hypothèses : l'hypothèse H0 selon laquelle il n'y aurait pas de lien entre les variables (indépendance), et l'hypothèse H1 selon laquelle il y a un lien (dépendance). Nous rejetterons H0 si le Khi deux calculé est supérieur au khi deux critique.

Tableau des effectifs observés :

Conseillent des manœuvres	Réalisent des manœuvres de décalottage		
	Oui	Non	Total
Oui	63	22	85
Non	18	55	73
Total	81	77	158

Tableau des fréquences théoriques :

Conseillent des manœuvres	Réalisent des manœuvres de décalottage		
	Oui	Non	Total
Oui	43,58	41,42	85
Non	37,42	35,58	73
Total	81	77	158

Tableau du Khi deux :

Conseillent des manœuvres	Réalisent des manœuvres de décalottage		
	Oui	Non	Total
Oui	8,66	9,11	17,77
Non	10,08	10,61	20,69
Total	18,74	19,71	38,45

Khi deux (calculé)	38,45
Khi Carré 5% (khi deux critique)	3,84

Conclusion :

Par principe, lorsque le khi deux calculé est supérieur au khi deux 5% (khi deux critique) l'hypothèse H0 est rejetée. Ici, le khi deux calculé étant supérieur au khi deux critique, nous rejetons bien H0. Ainsi, nous pouvons donc dire, avec un seuil d'erreur de 5%, qu'il y a un lien entre le fait que le médecin répondant conseille ou non des manœuvres de décalottage aux parents, et le fait qu'il réalise ou non des manœuvres de décalottage.

ANNEXE 12

Khi deux : Sexe du médecin et réalisation de manœuvres de décalottage dans la prise en charge du phimosis de l'enfant

Détails du calcul du khi deux entre les variables « sexes des médecins » et les réponses à la question 8 : « Réalisez-vous, vous-même, des manœuvres de décalottage au cabinet ?(Oui/Non) ».

Pour le calcul du Khi deux, nous posons deux hypothèses : l'hypothèse H0 selon laquelle il n'y aurait pas de lien entre les variables (indépendance), et l'hypothèse H1 selon laquelle il y a un lien (dépendance). Nous rejetterons H0 si le Khi deux calculé est supérieur au khi deux critique.

Tableau des effectifs observés :

	Réalisation de manœuvres de décalottage		
Sexe	Oui	Non	Total
Hommes	46	33	79
Femmes	35	44	79
Total	81	77	158

Tableau des fréquences théoriques :

	Réalisation de manœuvres de décalottage		
Sexe	Oui	Non	Total
Hommes	40,50	38,50	79
Femmes	40,50	38,50	79
Total	81	77	158

Tableau du Khi deux :

	Réalisation de manœuvres de décalottage		
Sexe	Oui	Non	Total
Hommes	0,75	0,79	1,53
Femmes	0,75	0,79	1,53
Total	1,49	1,57	3,07

Khi deux (calculé)	3,07
Khi Carré 5% (khi deux critique)	3,84

Conclusion :

Par principe, lorsque le khi deux calculé est supérieur au khi deux 5% (khi deux critique) l'hypothèse H0 est rejetée. Ici, le khi deux calculé étant inférieur au khi deux critique, nous acceptons bien H0. Ainsi, nous pouvons donc dire, avec un seuil d'erreur de 5%, qu'il n'y a pas de lien entre le sexe du médecin répondant et le fait qu'il réalise ou non des manœuvres de décalottage.

ANNEXE 13

Khi deux : Milieu d'exercice du médecin et réalisation de manœuvres de décalottage au cabinet

Détails du calcul du khi deux entre les variables « milieux d'exercices des médecins » et les réponses à la question 8 : « Réalisez-vous, vous-même, des manœuvres de décalottage au cabinet ?(Oui/Non) ».

Pour le calcul du Khi deux, nous posons deux hypothèses : l'hypothèse H0 selon laquelle il n'y aurait pas de lien entre les variables (indépendance), et l'hypothèse H1 selon laquelle il y a un lien (dépendance). Nous rejetterons H0 si le Khi deux calculé est supérieur au khi deux critique.

Tableau des effectifs observés :

Milieu d'exercice	Réalisation de manœuvres de décalottage		
	Oui	Non	Total
Rural	18	16	34
Semi Rural	30	36	66
Urbain	33	25	58
Total	81	77	158

Tableau des fréquences théoriques :

Milieu d'exercice	Réalisation de manœuvres de décalottage		
	Oui	Non	Total
Rural	17,43	16,57	34
Semi Rural	33,84	32,16	66
Urbain	29,73	28,27	58
Total	81	77	158

Tableau du Khi deux :

Milieu d'exercice	Réalisation de manœuvres de décalottage		
	Oui	Non	Total
Rural	0,02	0,02	0,04
Semi Rural	0,43	0,46	0,89
Urbain	0,36	0,38	0,74
Total	0,81	0,85	1,67

Khi deux (calculé)	1,67
Khi Carré 5% (khi deux critique)	5,99

Conclusion :

Par principe, lorsque le khi deux calculé est supérieur au khi deux 5% (khi deux critique) l'hypothèse H0 est rejetée. Ici, le khi deux calculé étant inférieur au khi deux critique, nous acceptons H0. Ainsi, nous pouvons donc dire, avec un seuil d'erreur de 5%, qu'il n'y a pas de lien entre le milieu d'exercice du médecin répondant et le fait qu'il conseille des manœuvres de décalottage.

ANNEXE 14

Khi deux : Âge du médecin et réalisation de décalottage au cabinet

Détails du calcul du khi deux entre les variables « âge des médecins » et les réponses à la question 8 : « Réalisez-vous, vous-même, des manœuvres de décalottage au cabinet ? (Oui/Non) ».

Pour le calcul du Khi deux, nous posons deux hypothèses : l'hypothèse H0 selon laquelle il n'y aurait pas de lien entre les variables (indépendance), et l'hypothèse H1 selon laquelle il y a un lien (dépendance). Nous rejetterons H0 si le Khi deux calculé est supérieur au khi deux critique.

Tableau des effectifs observés :

Réalisation de manœuvres de décalottage						Total
	Moins de 30 ans	Entre 30 et 39 ans	Entre 40 et 49 ans	Entre 50 et 59 ans	Plus de 60 ans	
Oui	1	43	9	17	11	81
Non	10	47	3	9	8	77
Total	11	90	12	26	19	158

Tableau des fréquences théoriques :

Réalisation de manœuvres de décalottage						Total
	Moins de 30 ans	Entre 30 et 39 ans	Entre 40 et 49 ans	Entre 50 et 59 ans	Plus de 60 ans	
Oui	5,64	46,14	6,15	13,33	9,74	81
Non	5,36	43,86	5,85	12,67	9,26	77
Total	11	90	12	26	19	158

Tableau du Khi deux :

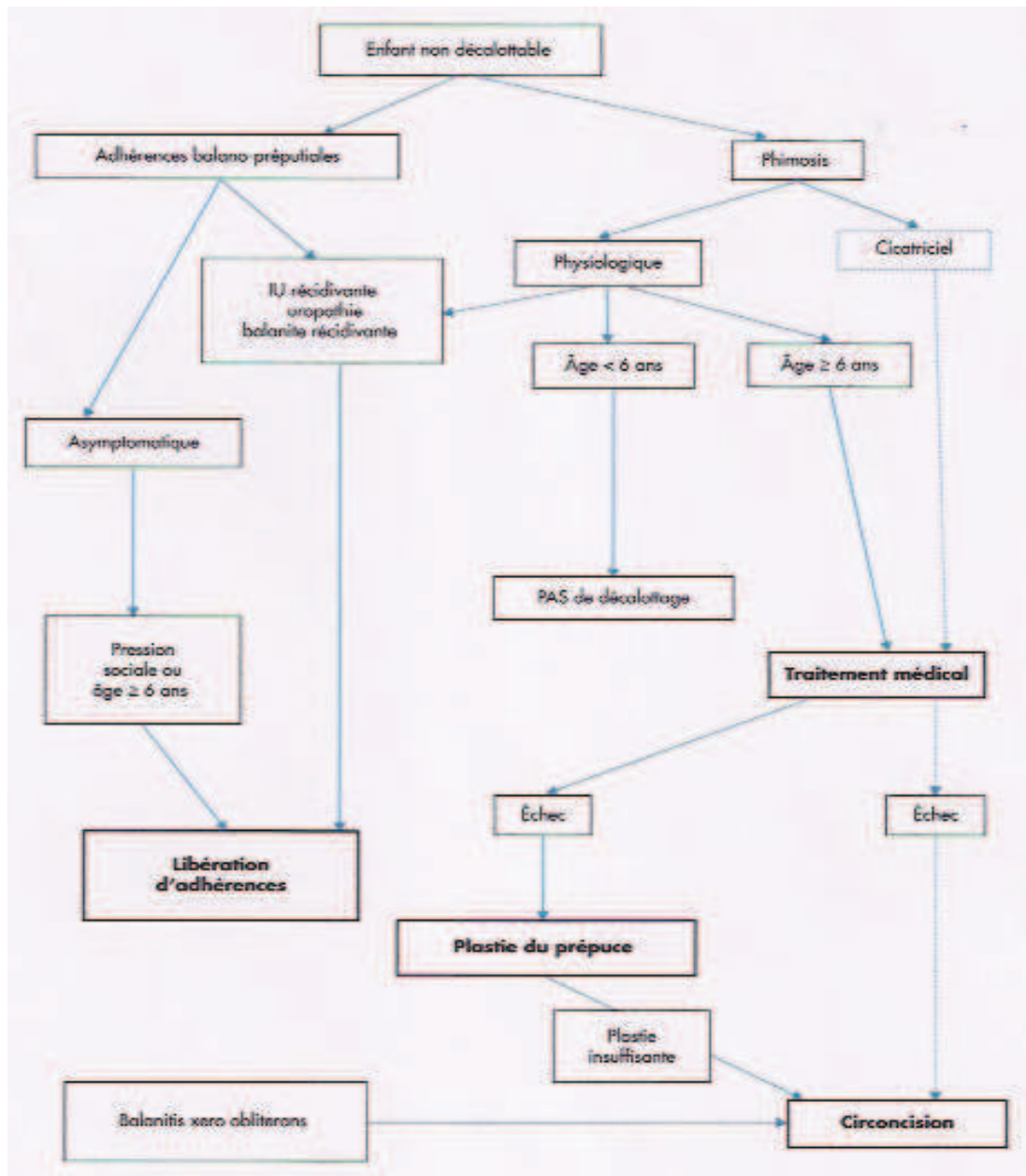
Réalisation de manœuvres de décalottage						Total
	Moins de 30 ans	Entre 30 et 39 ans	Entre 40 et 49 ans	Entre 50 et 59 ans	Plus de 60 ans	
Oui	3,82	0,21	1,32	1,01	0,16	6,52
Non	4,01	0,22	1,39	1,06	0,17	6,86
Total	7,83	0,44	2,71	2,07	0,33	13,38

Khi deux (calculé)	13,38
Khi Carré 5% (khi deux critique)	9,49

Conclusion :

Par principe, lorsque le khi deux calculé est supérieur au khi deux 5% (khi deux critique) l'hypothèse H0 est rejetée. Ici, le khi deux calculé étant supérieur au khi deux critique, nous rejetons H0. Ainsi, nous pouvons donc dire, avec un seuil d'erreur de 5%, qu'il y a un lien entre l'âge du médecin répondant et le fait qu'il réalise ou non des manœuvres de décalottage.

ANNEXE 15
Arbre décisionnel face à un phimosis de l'enfant



Source : « Phimosis et pathologie préputiale : quelle attitude adopter en 2009 ? » Bréaud J. MT Pédiatrie, Janvier 2009

RESUME

Evaluation de la prise en charge du phimosis de l'enfant par les médecins généralistes de Picardie

Introduction : Le phimosis chez l'enfant est un sujet récurrent en médecine générale. Il semblait intéressant d'étudier l'influence de l'âge, du sexe et du milieu d'exercice des médecins généralistes sur leur prise en charge.

Matériel et Méthodes : Une étude descriptive, rétrospective, a été réalisée à partir d'un questionnaire envoyé par courrier électronique à 754 médecins généralistes de Picardie.

Résultats : Un tiers des médecins interrogés n'utilisait pas de dermocorticoïdes, la moitié conseillait et pratiquait des manœuvres de décalottage pour traiter un phimosis chez l'enfant.

Après analyse statistique, l'âge et le sexe du médecin avaient une influence significative sur l'utilisation de dermocorticoïdes devant un phimosis de l'enfant. L'âge du médecin avait également une influence sur la pratique des manœuvres de décalottage au cabinet médical.

Discussion : La multiplication des publications sur le sujet ces dernières années a entraîné une modification des pratiques face au phimosis de l'enfant, malgré tout encore insuffisante.

Conclusion : La prise en charge du phimosis de l'enfant était hétérogène. Il est nécessaire d'améliorer la formation des médecins généralistes sur ce sujet, et d'informer les parents sur le caractère physiologique du phimosis en général.

Mots-clés : Phimosis, Prépuce, Médecine Générale, Dermocorticoïdes, Pédiatrie

Evaluation of the management of children's phimosis by general practitioners in Picardy

Objective : Children's phimosis is a recurring subject in general practice. It seemed interesting to study the influence of age, sex and practice location of general practitioners about their care.

Methods: A descriptive, retrospective study was carried out from a questionnaire sent by mail to 754 general practitioners in Picardy.

Results: One-third of studied doctors did not use dermocorticoids, half of them delivering advised and practiced maneuvers to treat child's phimosis.

After statistical analysis, age and sex of the doctor had a significant influence on the use of dermocorticoids to phimosis of the child. Doctor's age had also an influence on the practice of maneuvers at the medical office.

Conclusion : The increasing number of publications on the subject in recent years has led to a change of practices regarding phimosis of the child, nonetheless still insufficient. The management of the child's phimosis was heterogeneous. It is necessary to improve the training of doctors on this subject, and to inform parents about the physiological nature of phimosis in general.

Key words : Phimosis, child, general practice, foreskin, dermocorticoids