

**UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTES DE MEDECINE**

ANNEE 2015

2015 TOU3 1107

THESE

**POUR LE DIPLOME D’ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
MEDECINE GENERALE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

Benjamin BESSEDE

Le 10 décembre 2015

**Evaluation de la prise en charge du
phimosi s de l’enfant par les médecins
généralistes libéraux de Midi-Pyrénées**

Directeur de thèse : Dr Leila LATROUS

JURY

Monsieur le Professeur	Stéphane OUSTRIC	Président
Monsieur le Docteur	Bruno CHICOULAA	Assesseur
Madame le Docteur	Motoko DELAHAYE	Assesseur
Madame le Docteur	Leila LATROUS	Assesseur
Monsieur le Docteur	Bernard PETEL	Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2014

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. CLAUD	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. GOUZI		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU		
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER		
Professeur Honoraire	M. PASCAL		

Professeurs Émérites

Professeur LARROUY	Professeur JL. ADER
Professeur ALBAREDE	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur CONTÉ	Professeur L. LARENG
Professeur MURAT	Professeur F. JOFFRE
Professeur MANELFE	Professeur J. CORBERAND
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	<i>Cancérologie</i>
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Nutrition
M. LAUQUE D. (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU R. (C.E)	Immunologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAVALD B.	Urologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B (C.E)	Biochimie
M. PRADERE B. (C.E)	Chirurgie générale
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-entérologie

P.U. - P.H.

2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Ch	Hépatogastro-entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. GAME X.	Urologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. OLIVOT J-M	Neurologie
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. PERON J.M.	Hépatogastro-entérologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
Mme SAVAGNER F.	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie

P.U.

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
---------------	-------------------

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DELABESSE E.	Hématologie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H. (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. PLANTE P.	Urologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L (C.E).	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. COURBON	Biophysique
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELORD JP.	Cancérologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÖWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. HUYGHE E.	Urologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX B.	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

M.C.U. - P.H.

M. APOIL P. A	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Génétique
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSAING S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
Mme COURBON	Pharmacologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale
M. KIRZIN S	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES S.	Réanimation
M. SOLER V.	Ophtalmologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
M. TREINER E.	Immunologie
Mme TREMOLLIERES F.	Biologie du développement
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. CMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CHASSAING N	Génétique
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. DEDOIT F.	Médecine Légale
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
M. DESPAS F.	Pharmacologie
M. EDOUARD T	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. GASQ D.	Physiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET S.	Nutrition
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LAIREZ O.	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE B.	Biostatistique
Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme NASR N.	Neurologie
Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
M. BISMUTH S.	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale
Mme ESCOURROU B.	Médecine Générale

M.C.U.

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.
Dr CHICOULAA B.

Dr BISMUTH M
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le président du Jury :

A Monsieur le **Professeur Stéphane OUSTRIC**

Professeur des Universités – Médecine générale

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter d'être président de mon jury.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance pour m'avoir permis de réaliser ce travail.

Votre savoir-faire, votre savoir-être et votre faire-savoir vous valent mon admiration et mes plus vifs respects.

Trouvez enfin l'assurance de ma grande estime.

A Madame la directrice de thèse :

A Madame le **Docteur Leila LATROUS**

Je vous remercie pour vos conseils avisés, votre disponibilité et votre patience tout au long de cette année de travail.

Votre collaboration précieuse à ce travail de thèse ont permis de me guider du début à la fin.

Recevez ici l'expression de mon plus profond respect.

A Messieurs les membres du jury :

A Monsieur le **Docteur Bruno CHICOULAA**

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

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Soyez assuré de mon plus profond respect.

A Madame le **Docteur Motoko DELAHAYE**

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez manifesté pour ce travail.

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

Recevez ici l'expression de mon plus profond respect

A Monsieur le **Docteur Bernard PETEL**

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

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Soyez assuré de mon plus profond respect.

A mes maîtres de stage :

A l'équipe des Urgences du CHU Rangueil

Je vous remercie pour m'avoir encadré lors de mes premiers pas en tant qu'interne.

Au Docteur Philippe VANTAUX

Je te remercie de ton accueil lors de ce stage à Lavaur. Ton encadrement pédagogique et tes compétences médicales m'ont permis de progresser dans mon approche clinique. Je garde également en mémoire nos débats engagés avec Mathias dans le bureau des internes.

Au Docteur Baptiste DU REAU

Je te témoigne toute mon amitié pour l'aide précieuse que tu m'as apporté de lit en lit, de point en point tout au long de ce stage. Ton engagement et ton empathie pour tes patients restent un modèle à suivre.

Au Docteur Florence RIGAL

Je te remercie pour les connaissances que tu m'as transmises lors de ce séjour vauréen.

Au Docteur Sophie BOUSQUEL

Un grand merci pour ton enseignement en diabétologie.

Au Docteur Patrick FABRE

Je vous remercie pour votre accueil lors de ce premier stage de médecine générale. Je garde en exemple votre sérieux et votre humanité envers vos patients.

Au Docteur Luc CHEROT

Je vous remercie pour votre bonne humeur et votre sens de l'humour qui ont animé ce stage puis les remplacements à Graulhet.

Au Docteur Christian CAYLA

Je vous remercie pour votre enseignement ainsi que pour les visites rurales dans le pays tarnais.

Au Docteur Stéphane RUDZINSKI

Je te remercie de ton accueil chaleureux et de ton encadrement irréprochable de ce stage cadurcien. Je garde un très bon souvenir du travail effectué chez toi.

Au Docteur Florence LAVAYSSIERE

Je vous remercie de la confiance que vous m'avez témoigné et de votre présence à mes cotés lors de ce stage de PMI.

Au Docteur Franck LEONARD

Je vous remercie de votre enseignement précieux en gynécologie.

Au Docteur Stéphane SMAIL

Je te remercie pour tout ce que tu m'as appris lors de ce premier stage de SASPAS. Tu as toujours été juste dans ton jugement médical. Ton énergie à entreprendre reste pour moi un exemple à suivre.

Au Docteur Alfredo GUIJARRO

Je te remercie de ton enseignement durant ce stage à Lavit. Ton investissement pour tes patients et ton calme sont des qualités dont tout interne devrait s'inspirer. Zer ikusi, hura ikasi .

Au Docteur André MELNIK

Je vous remercie pour votre accueil en Barousse. Je garde un bon souvenir de votre enseignement et de nos footings dans la vallée.

Au Docteur Sylvie ALIBERT

Votre sérieux et vos qualités de médecin sont indéniables.

Au Docteur Pierre CANTALOU

Je vous remercie de votre accueil à Loures et de la sympathie que vous m'avez communiquée avec votre épouse Michèle.

A ma Famille :

A mes parents

Pour tout l'amour que vous m'avez apporté. Je vous dois tout. Je vous dédie cette thèse.

A mon frère Rémi

Je te souhaite de réussir dans tes futurs projets. Nos chemins restent liés pour toujours.

A ma sœur Anouk

Je te souhaite de t'épanouir et de trouver ta voie. Tu pourras compter sur moi pour t'aider dans tes projets.

A ma grand-mère Michèle

Je n'ai pas assez de mots pour te remercier. Tu es venue tous les mercredis de ma première année m'apporter vivres et réconfort. Tu as toujours été présente pour chacun de nous. Tu as une grande place dans mon cœur. Je continuerai à venir voir les matchs du stade chez toi même si tu ne comprends plus rien à l'arbitrage (des rucks notamment), c'est promis.

A mon grand-père Henri

J'aurais aimé que tu sois présent pour ce jour important. Tu étais le médecin que j'aimerais devenir. Je ne t'oublie pas.

A ma grand-mère Geneviève

Tu ne seras sûrement pas là mais j'aurai une pensée pour toi Ginou.

A mon grand père Robert

Tu aurais probablement corrigé quelques fautes de syntaxe. Je te remercie de m'avoir transmis ton savoir et la curiosité d'apprendre. Je vais essayer de mettre la petite « patate ».

A mon oncle Pierre

Je te remercie d'avoir été présent et bienveillant à mon égard durant toutes ces années toulousaines. Tu as su guider mon parcours par tes conseils. Je continuerai de ce fait à te laisser gagner au tennis.

A ma tante Ariane

Je te remercie de la douceur et de la gentillesse que tu nous apportes depuis toutes ces années.

A ma tante Marie

Je te remercie comme Pierre d'avoir été présente durant tout ce temps. Il va falloir que tu apprennes à faire les mojitos désormais. Qui regarde à l'extérieur rêve, qui regarde à l'intérieur s'éveille (C. Jung).

A ma marraine Pascale

Je pense à toi très souvent. Je te souhaite le meilleur à venir.

A mes cousins Harry, Adrien, Nicolas, Emma, Inès.

Quelques informations en vrac :

-la résistance physique des glaçons est nettement supérieure à celle de la surface cutanée frontale humaine.

-Jean Jacques Rousseau n'est pas un joueur de rugby sud-africain.

-Le père Noël ne passe pas en Avril.

-Les chats ne sont pas doués d'une intelligence surhumaine.

-Le grand requin blanc n'a jamais été aperçu dans le bassin d'Arcachon.

A la famille Bessede

Je garde un très bon souvenir de vous tous et des séjours à la Devèze.

A mes amis

A Arnaud, Sophie et Gaspou.

Des cours de P1 de Sophie, des années rugby avec Arnaud aux premiers pas de Gaspard , pas mal de temps s'est écoulé. J'espère que notre amitié perdurera longtemps.

A Chachou.

Continue comme ça. J'espère que tu arriveras à choisir ton sujet parmi tous ceux dont tu m'as parlés.

A Constant dit Jacquot ou Le Doc.

Je te souhaite beaucoup de bonheur et de réussite à venir.2084 est encore loin alors fonce garçon et CALL tout !

A Franklin.

Je garde un très bon souvenir de nos années d'étudiant et de la découverte du tuphos en sous colle. A bientôt mon ami.

A Alex dit Gryngo.

Tu dois être sous un cocotier à l'heure qu'il est. Méfie toi des dangers cachés de Tahiti et reviens nous en forme. Je suis content de ne pas avoir vu ta satanée moustache en Novembre néanmoins.

A Guigui et Cathy.

Merci guillaume pour cette pêche au Kraken. On s'en souviendra. Attend moi pour le vélib la prochaine fois.

A Jerem.

Je n'ai toujours pas compris le sens des aiguilles d'une montre dans un TDM. Je laisse tomber. Beaucoup de bons souvenirs à tes côtés. Je te souhaite toute la réussite que tu mérites.

A Julio dit La Seb.

Je vais essayer de faire court et de ne pas trop en dévoiler en ce qui te concerne. On a fait les 400 coups ensemble, pas mal de psychanalyse mutuelle parfois allongés dans une voiture. Le temps est passé très vite mais je me souviendrai de ta pêche au saumon, de tes Kaméhaméhas et de notre rencontre avec les L5 parmi les meilleurs moments de mon externat. Je te souhaite beaucoup de bonheur dans ta nouvelle vie paloise.

A Pey.

On a passé un paquet d'heures sur l'ECN ensemble à s'échanger les fiches et les moyens mémos. Je vais essayer de prendre un peu de calme pour aujourd'hui. TY monsieur Piccirillo !

A Pépé.

Il va falloir qu'on joue serré cet hiver. Je continuerai sûrement à te suivre jusque tard le soir avec tes potes Jean Claude. Continue de nous apporter ta joie et ta bonne humeur.

A Jona et Justine.

Je souhaite que notre amitié perdure. On se voit à Tel Aviv !

A Julien dit La Beck.

Les 2 pieds, un bon jeu de tête et un capitaine exemplaire. On regardera la 1^{ère} LDC du PSG ensemble, j'en suis sûr.

A Rami Vogli.

Occupe toi bien de Yopo à Nouméa. Il risque d'être perdu sans nous. Rentrez vite, vous nous manquez.

A mes amis du Rugby : Nicolas A, Mickael R et Alex C, Chico.

De très bon souvenirs à vos côtés .Continuons à nous faire des passes et des redoublées.

A Samy et Julie.

Ne venez pas avec les confettis .J'espère vous voir bientôt, à la fête de la pastèque par exemple.

A Seb.

Je suis heureux de te compter parmi mes amis et de te revoir désormais sur Toulouse après toutes ces années du TCU à l'USB.

A Sidney.

Pas mal de temps s'est écoulé depuis le jour où t'es pointé avec ton pull Cyrillus et tes chaussures vernies pour être mon voisin de table de la 5èmeB. Je suis heureux de te compter parmi mes amis après toutes ces années. Je te souhaite de continuer dans ta passion avec succès.

A Tom Astug.

Tu as été mon binôme de P1. Il a fallu que je déchiffre ton écriture microscopique ; j'ai perdu 2 dixièmes sur chaque œil. Je suis fier de ton compter parmi mes amis.

A Tom dit La Huese.

Je pourrai dire plus tard : « J'ai connu Thomas Hueso ». On a parcouru un bon bout de chemin ensemble. On s'est beaucoup amusé ; on a également beaucoup travaillé. Je te souhaite beaucoup de courage et de réussite dans la voie de la recherche à laquelle tu te destines. On a eu peur à un moment que tu partes au Portugal pour dessaler des morues. Tu t'es bien rattrapé. Tu manies les statistiques comme Pearson. Un grand merci pour ton aide précieuse.

A Xavier.

On a passé les bons moments de la P1 ensemble. Je te souhaite beaucoup de réussite pour la suite.

A Yopo.

Tu m'as lâchement abandonné pour 6 mois. C'était donc ta dernière soirée. Tu ne risques pas de trouver un partenaire de salle aussi prévoyant là-bas. Dépêche toi de revenir mon pote, je fais chauffer les Jags.

Aux 2P : Nico et Laure.

Beaucoup de bons souvenirs à vos côtés à Mendichka. Je suis sûr que notre amitié perdurera encore longtemps.

Au Dr Yannick Delbosc.

Je te remercie de ton aide au cours des remplacements et pour tes conseils dans la mise en place de notre association. Je suis très heureux de travailler avec toi et je suis sûr que nous allons faire du bon travail ensemble.

Au Dr Giner.

Je vous remercie de l'accueil que vous m'avez fait .J'essaierai de vous succéder avec autant de qualité que celle avec laquelle vous avez exercé durant votre carrière à St Orens. Soyez assuré de mon plus profond respect pour la chance que vous m'offrez de vous succéder.

A Annick.

Je te remercie de ton aide précieuse tout au long du stage puis des remplacements par la suite. J'ai eu beaucoup de plaisir à travailler avec toi. Tu gères un cabinet comme personne et les patients se tiennent à carreau quand tu es là. Je te souhaite le meilleur pour toi et les tiens.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	4
1.1. Généralités	4
1.1.1. Définitions et épidémiologie.....	4
1.1.1.1. Phimosis primaire physiologique.....	4
1.1.1.2. Phimosis secondaire pathologique.....	4
1.1.2. Complications du phimosis.....	4
1.2. Examen clinique du phimosis	5
1.3. Prise en charge du phimosis	5
1.3.1. Traitement médical du phimosis.....	5
1.3.1.1. Règles hygiéno-diététiques.....	5
1.3.1.2. Traitement par dermocorticoïdes.....	5
1.3.1.3. Traitement par oestrogènes locaux.....	7
1.3.1.4. Traitement par anti-inflammatoires non stéroïdiens locaux.....	7
1.3.1.5. Libérations des adhérences préputiales par manœuvres externes sous anesthésie locale par crème EMLA.....	7
1.3.2. Traitement chirurgical du phimosis.....	8
1.3.2.1. Indications chirurgicales du phimosis.....	8
1.3.2.2. Techniques chirurgicales classiques.....	8
1.3.2.2.1. Circoncision ou posthectomie.....	8
1.3.2.2.2. Préputioplastie.....	8
1.3.3. Traitement instrumental par dilatation au ballonnet.....	8
1.3.4. Autres techniques non évaluées.....	9
2. CONTEXTE ET MOTIFS DE RECHERCHE	9
2.1. Contexte de recherche.....	9
2.2. Motifs de recherche.....	9

3. MATERIEL ET METHODES	10
3.1. Objectifs de l'étude.....	10
3.1.1. Objectif principal.....	10
3.1.2. Objectifs secondaires.....	10
3.2. Type de l'étude.....	10
3.3. Recueil de l'information.....	10
3.4. Sélection des médecins généralistes.....	11
3.4.1. Echantillonnage selon le département d'exercice.....	11
3.4.2. Echantillonnage selon le sexe des médecins.....	11
3.5. Critères d'analyse.....	11
3.5.1. Critères intrinsèques des médecins interrogés.....	11
3.5.2. Critères en rapport avec l'examen clinique du phimosis de l'enfant.....	11
3.5.3. Critères en rapport avec la prise en charge du phimosis de l'enfant.....	12
3.5.4. Critères en rapport avec l'information des médecins sur le sujet du phimosis de l'enfant.....	12
3.6. Analyse statistique.....	12
4. RESULTATS	13
4.1. Taux de réponse au questionnaire.....	13
4.2. Caractéristiques de la population médicale interrogée.....	13
4.3. Prise en charge du phimosis.....	13
4.4. Consultation spécialisée.....	13
4.5. Examen clinique du phimosis.....	14
4.6. Traitement du phimosis de l'enfant.....	14
4.6.1. Conseils de décalottage lors des toilettes.....	14
4.6.2. Traitement du phimosis primaire par dermocorticoïdes.....	15
4.6.2.1. Utilisation des dermocorticoïdes.....	15
4.6.2.2. Modalités d'utilisation des dermocorticoïdes.....	15

4.6.3. Traitement du phimosis primaire par d'autres traitements topiques.....	16
4.6.4. Traitement du phimosis primaire par manœuvres de décalottage forcé.....	16
4.6.5. Age de recours à la chirurgie en cas de phimosis primaire non compliqué.....	17
4.7. Information des médecins sur le phimosis de l'enfant.....	17
5. DISCUSSION ET COMMENTAIRES.....	18
5.1. Représentativité de l'échantillon.....	18
5.2. Prise en charge du phimosis de l'enfant.....	19
5.3. Utilisation des dermocorticoïdes.....	20
5.4. Décalottage et manœuvres de libération des adhérences préputiales.....	22
5.5. Information des médecins.....	23
6. CONCLUSION.....	24
7. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	25
8. ANNEXES.....	27
8.1. Fiche explicative associée au questionnaire de thèse.....	27
8.2. Questionnaire de thèse.....	27

1. INTRODUCTION.

1.1. Généralités.

1.1.1. Définitions et épidémiologie.

Le phimosis est un rétrécissement relatif de l'extrémité du prépuce qui interdit le décalottage c'est-à-dire la rétraction facile et complète du prépuce en arrière du gland.

Le prépuce est un repli de peau qui enveloppe le gland. A la naissance, il est normalement long, épais peu souple, avec un orifice étroit permettant un décalottage complet chez seulement 4% des nouveau-nés, 50% ne peuvent se décalotter à l'âge de 3ans et 1% à l'adolescence[1,2].

1.1.1.1. Phimosis primaire physiologique.

Dans la première enfance, des adhérences entre le gland et le prépuce empêchent le décalottage du gland. Sous l'effet de la croissance de la verge et des érections physiologiques du nourrisson et de l'enfant, l'assouplissement naturel du prépuce autorisera un décalottage complet de la verge chez l'enfant de 6-7 ans [3]. Ceci constitue un phimosis physiologique ou phimosis primaire.

Par conséquent, le prépuce doit être laissé intact en attendant ce processus d'assouplissement. Il faut éviter un décalottage intempestif qui serait néfaste et favoriserait une cicatrice surajoutée. Il diminuerait le processus d'amélioration spontanée grâce à la croissance et aux érections [3].

1.1.1.2. Phimosis secondaire pathologique.

Le phimosis peut être congénital mais il est le plus souvent secondaire à des infections locales ou à des tentatives de décalottage qui ont laissé une cicatrice blanche et fibreuse [3].

Les tentatives répétées de décalottage d'un phimosis primaire créent des plaies, des saignements. Elles favorisent des infections locales susceptibles de former une cicatrice fibreuse et un phimosis secondaire [4].

Des balanites ou balanoposthites récurrentes, infections bactériennes dermatologiques du gland et du prépuce peuvent être à l'origine d'un phimosis secondaire [4].

Par ailleurs, un phimosis peut être secondaire à une pathologie dermatologique comme un lichen scléreux du gland, un granulome pyogénique ou une balanite xérotique oblitérante [4].

1.1.2. Complications du phimosis.

Les complications d'un phimosis peuvent être une balanite chronique, le développement de tumeur (carcinome verruqueux), ou alors de façon aiguë un paraphimosis, impossibilité de repositionnement du prépuce entraînant un anneau de constriction oedémateux du gland, pouvant entraîner, en l'absence de prise en charge adaptée et rapide, une nécrose partielle ou totale du gland et de la partie distale du fourreau de la verge[3].

Le phimosis à l'âge adulte peut être très handicapant responsable soit de douleurs à l'érection soit d'un phimosis fonctionnel où la rétraction du prépuce n'est possible qu'en flaccidité [3].

1.2. Examen clinique du phimosis.

Le diagnostic de phimosis est clinique et ne nécessite aucun examen complémentaire[5].

L'examen doit être attentif à plusieurs éléments anatomiques importants.

Il faut examiner le prépuce et ses capacités de rétractation au niveau du sillon balano-préputial. Il faut rechercher un anneau de constriction qui témoigne d'une discordance entre le diamètre du gland et celui du prépuce. Il faut rechercher des adhérences balano-préputiales, un frein court, un hypospadias et faire le diagnostic différentiel de verge enfouie [3].

Ces différents points de l'examen permettent d'orienter la suite de la prise en charge. Les adhérences préputiales ou la brièveté du frein ont un traitement différent quand elles ne sont pas associées à un phimosis vrai. Il est nécessaire de préserver le prépuce qui pourra servir à des techniques de reconstruction en cas d'hypospadias associé ou de verge enfouie [3].

La découverte d'anomalie dermatologique comme un lichen scléreux ou une balanite xérotique oblitérante est importante car elle orientera vers une prise en charge spécialisée et un traitement chirurgical [4,6].

Une fois le diagnostic fait, la conduite à tenir dépend de l'âge et du caractère primaire ou secondaire du phimosis [3].

1.3. Prise en charge du phimosis.

La prise en charge du phimosis de l'enfant doit privilégier un traitement médical [3].

1.3.1. Traitement médical du phimosis.

1.3.1.1. Règles hygiéno-diététiques.

Il apparaît essentiel de bien informer et de rassurer les parents du caractère physiologique du phimosis primaire de leur 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 [7].

Les parents doivent être sensibilisés à ne pas réaliser de décalottage forcé du prépuce qui expose à un risque de création d'une cicatrice fibreuse à l'origine d'un phimosis secondaire [4,7].

De plus, ces tentatives de décalottage peuvent entraîner un paraphimosis en cas de rétractation incomplète du prépuce.

1.3.1.2. Traitement par dermocorticoïdes.

Plusieurs études ont démontré l'efficacité d'un traitement conservateur d'un phimosis primaire en appliquant un dermocorticoïde de classe 2 ou 3 (bétaméthasone 0,05%,

propionate de clobétasol 0,05%) sur le prépuce avec un taux de succès de 67 à 95% [6,8,9,10,11,12] (Tableau 1).

Tableau 1. Les différents dermocorticoïdes utilisés dans le traitement médical du phimosis et leurs résultats respectifs selon les études effectuées.

AUTEURS	NOMBRE DE CAS	PRODUITS	SUCCES NOMBRE	POURCENTAGE
ORSOLA [10]	137	BETAMETHASONE	124	91%
CHU [9]	276	BETAMETHASONE	263	95%
LINDHAGEN [11]	27	CLOBETASOL	24	89%
MEULEN [12]	94	CLOBETASOL	67	73,6%
IKEN [6]	92	CLOBETASOL	88	92%

La durée du traitement, le nombre d'application par jour ainsi que le délai entre le début du traitement et le début de la rétractation du prépuce sont variables en fonction des études et ne semblent pas influencer les résultats [6].

Chez l'enfant avec un phimosis primaire avéré, on peut proposer un premier traitement par bétaméthasone 0,05% à raison de 2 applications par jour pendant 4 semaines [3].

En cas d'échec ou d'efficacité partielle, la majorité des études préconisent le recours à une deuxième voire une troisième cure identique à la première avant d'envisager la circoncision [6, 12, 13, 14].

Ces cures supplémentaires permettent d'améliorer le taux de succès global [1,15].

La prolongation du traitement par ces crèmes à base de corticoïdes est d'autant plus justifiée qu'il n'a pas été décrit d'effets secondaires liées à l'utilisation de ces produits ni sur le plan local ni sur le plan général [6].

Le succès de ce traitement dépend du mode d'application de la crème sur le prépuce et de l'adhésion des parents au schéma thérapeutique proposé.

De ce fait, la participation des parents au bon déroulement du traitement est nécessaire pour obtenir le maximum de bons résultats [6].

L'utilisation de cette thérapeutique nécessite une surveillance à long terme avec un bilan à un an et deux ans car des récurrences se produisent et des adhérences préputiales nécessitent parfois des libérations complémentaires [6].

Cette option thérapeutique peut être couplée avec des exercices d'étirement léger du prépuce après une semaine de traitement afin d'améliorer les chances de succès [16].

Le traitement par dermocorticoïdes a un coût est moindre que celui du traitement chirurgical [17].

Les données de la littérature confirment l'efficacité et l'innocuité de la corticothérapie locale dans le traitement du phimosis de l'enfant.

Toutefois, comme le prépuce se rétracte souvent spontanément avec l'âge, il est préférable de ne proposer ce traitement qu'après l'âge de deux ans une fois la propreté acquise [6].

1.3.1.3. Traitement par oestrogènes locaux.

L'application d'oestrogènes sous forme de crème est un traitement local efficace du phimosis de l'enfant avec un taux de succès compris entre 87 et 93% [14,18].

Cependant, l'utilisation prolongée d'oestrogènes expose au risque d'apparition d'une gynécomastie et d'une atrophie testiculaire [14,18].

Pour cette raison, de nombreux spécialistes ne recommandent pas cette utilisation dans le traitement du phimosis de l'enfant [6].

1.3.1.4. Traitement par anti-inflammatoires non stéroïdiens locaux.

L'application de crèmes topiques d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (diclofénac) a démontré son efficacité dans le traitement du phimosis de l'enfant dans une étude contrôlée avec un taux de réussite de 75% après 4 semaines de traitement de 3 applications par jour.

L'étude n'a pas relevé d'effets indésirables de ce traitement [13].

Ce traitement peut être une alternative à l'application de dermocorticoïdes. Son taux de réussite dans le traitement du phimosis est toutefois inférieur à celui du traitement par dermocorticoïdes (75% versus 67 à 95%) [8, 9, 13].

1.3.1.5. Libération des adhérences préputiales par manœuvres externes sous anesthésie locale par crème EMLA.

Plusieurs études ont tenté d'évaluer l'efficacité et les risques d'une libération par manœuvres externes sous crème anesthésiante EMLA (Lidocaïne, Prilocaine).

Dans une première étude de 1988 effectuée sur 39 garçons, cette méthode s'est avérée indolore dans 82% des cas et sans toxicité notable.

Cette méthode s'est montrée efficace dans 92,5% des cas (36/39 enfants).

Cependant, des complications de cette méthode ont été rapportées avec un cas de paraphimosis (2,5%) après cette méthode, un cas de cicatrisation fibreuse ayant créé un phimosis secondaire nécessitant un traitement chirurgical (2,5%), et un cas d'échec (2,5%) [19].

Une seconde étude de 1994 effectuée auprès de 36 garçons montre des résultats moins flatteurs que dans la première étude de 1988.

Le succès de cette technique est évalué à 75%(27/36) et un taux d'échec de 25%(9/36).

De plus, parmi les garçons chez lesquels cette technique s'est avérée un succès, 18,5% (5/27) ont présenté des récurrences d'adhérences préputiales et 40,7% d'entre eux (11/27) ont finalement bénéficié d'un traitement chirurgical deux semaines après la libération sous EMLA.

Au final, cette méthode a été définitivement efficace que chez 30,5%(11/36) des garçons de cette cohorte [20].

1.3.2. Traitement chirurgical du phimosis.

1.3.2.1. Indications chirurgicales du phimosis.

Il est conseillé d'attendre l'âge de 5 à 6 ans pour effectuer le traitement chirurgical d'un phimosis selon la Société Française de Chirurgie Pédiatrique [21].

Les indications chirurgicales sont les suivantes [3,21] :

- Phimosis primaire de l'enfant après échec du traitement médical.
- Phimosis secondaire de l'enfant quelle que soit sa cause.
- Survenue de balanoposthites récidivantes.
- Survenue d'infections urinaires récidivantes chez un enfant un enfant porteur de malformations urinaires et génitales.
- Prévention d'un paraphimosis ou traitement secondaire d'un paraphimosis.

1.3.2.2. Techniques chirurgicales classiques.

Les techniques dites rituelles (Clamps Gomco, Mogeon, Plastibell device...) ne sont pas présentées ici même si elles peuvent être pratiquées en milieu médical dans beaucoup de pays notamment du proche et moyen orient et dans certains pays africains [22].

1.3.2.2.1. Circoncision ou posthectomie.

La posthectomie est la technique de référence.

Cette intervention consiste en 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 [21].

1.3.2.2.2. Préputioplastie.

Cette intervention 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 [21].

1.3.3. Traitement instrumental par dilatation au ballonnet.

Une étude chinoise menée sur 512 garçons a montré une efficacité à 100% d'une libération d'adhérences préputiales par dilatation grâce à un cathéter spécial à ballonnet sous anesthésie locale. Cette technique s'est montrée simple, sûre, moins douloureuse et traumatisante que la circoncision conventionnelle dans le traitement du phimosis primaire [23].

1.3.4. Autres techniques non évaluées.

Les cures d'antibiotiques prolongées, les injections intra-lésionnelles de stéroïdes, les thérapies au laser de dioxyde de carbone ont été décrites comme traitement du phimosis mais aucune de ces techniques n'a bénéficié d'études cliniques contrôlées et randomisées susceptibles d'évaluer leurs efficacités et leurs résultats à long terme [4].

2. CONTEXTE ET MOTIFS DE RECHERCHE.

2.1. Contexte de recherche.

La prise en charge du phimosis primaire a évolué depuis 30 ans au fur et à mesure des études en rapport avec ce thème.

Les manœuvres libératoires des adhérences préputiales semblent laisser la place à l'utilisation des dermocorticoïdes plus efficace et moins risquée [8, 9, 19, 20].

Le médecin généraliste est amené à consulter de jeune garçon porteur d'adhérences préputiales ou d'un phimosis pathologique au cours de sa carrière.

Il est souvent le premier intervenant dans la prise en charge de cette affection.

Son rôle est primordial à ce niveau pour effectuer le diagnostic et le traitement adapté.

2.2. Motifs de recherche.

Evaluer les habitudes de prise en charge du phimosis par les médecins généralistes libéraux paraissait intéressant sur de nombreux points.

La différenciation entre un phimosis primaire et un phimosis pathologique ainsi que l'existence de malformations associées conditionnent la prise en charge ultérieure. Ces notions doivent être claires pour tout médecin qui prennent en charge un phimosis lors de la première consultation.

Il paraissait intéressant d'évaluer si les médecins généralistes utilisent les dermocorticoïdes et de quelle manière dans la prise en charge des adhérences préputiales de l'enfant par une étude appropriée.

De même, les manœuvres de libération des adhérences préputiales sont-elles des pratiques toujours réalisées actuellement et dans quelle proportion?

Existe-t-il des différences de prise en charge en fonction du profil du médecin à savoir son âge, son lieu d'exercice ou son sexe ?

Il semblait intéressant de savoir si les médecins généralistes se sentent suffisamment informés sur la prise en charge du phimosis et de connaître leurs références médicales sur ce sujet.

3. MATERIEL ET METHODES.

3.1. Objectifs de l'étude.

3.1.1. Objectif principal.

Evaluer la prise en charge du phimosis de l'enfant par les médecins généralistes libéraux de Midi-Pyrénées.

3.1.2. Objectifs secondaires.

Les objectifs secondaires de cette étude sont :

-Evaluer des différences de prise en charge du phimosis de l'enfant par les médecins généralistes en fonction de leur âge, de leur lieu d'exercice et de leur sexe.

-Evaluer les références médicales des médecins généralistes libéraux de Midi-Pyrénées à propos de la prise en charge du phimosis de l'enfant.

-Evaluer l'existence d'un besoin de formation de la part des médecins généralistes libéraux de Midi-Pyrénées sur le sujet du phimosis de l'enfant et le mode de support d'information souhaité pour s'informer de ce sujet.

3.2. Type de l'étude.

Il s'agit d'une étude descriptive et rétrospective qui utilise les données collectées dans le cadre de la prise en charge du phimosis de l'enfant effectuée par un échantillon de médecins généralistes libéraux de Midi-Pyrénées.

3.3. Recueil de l'information.

Le recueil des informations a été réalisé par un questionnaire standardisé en version papier comportant dix neuf questions.

300 questionnaires ont été envoyés par courrier postal à un échantillon de médecins généralistes libéraux de Midi-Pyrénées.

Une note d'information était associée à chaque questionnaire.

Le questionnaire et sa note d'information sont précisés à l'annexe 1.

Les réponses ont été comptabilisées à partir d'un mois de la date d'envoi des questionnaires par voie postale.

3.4. Sélection des médecins généralistes.

3.4.1. Echantillonnage selon le département d'exercice.

La distribution des questionnaires a été pondérée pour chacun des 8 départements de Midi-Pyrénées : Haute-Garonne, Tarn, Tarn et Garonne, Ariège, Aveyron, Lot, Gers, Hautes-Pyrénées.

Cette pondération dans la distribution des questionnaires s'est basée sur les chiffres d'estimation pour 2015 de la démographie médicale publiés par le Conseil National de l'Ordre des Médecins en 2013 département par département [24].

132 questionnaires (44% des questionnaires) ont été envoyés en Haute-Garonne, 36 (12%) dans le Tarn, 27 (9%) en Aveyron, 18 (6%) en Ariège, 21 (7%) vers le Tarn et Garonne, 18 (6%) vers le Lot, 18 (6%) vers le Gers et 30 (10%) en Hautes-Pyrénées .

3.4.2. Echantillonnage selon le sexe des médecins.

La distribution des questionnaires a été pondérée en fonction du sexe des médecins selon les chiffres d'estimation pour 2015 de la démographie médicale publiés par le Conseil National de l'Ordre des Médecins en 2013[24].

198 questionnaires (66% des questionnaires) ont été distribués à des médecins masculins et 102 questionnaires (34% des questionnaires) ont été distribués à des médecins féminins.

3.5. Critères d'analyse.

3.5.1. Critères intrinsèques des médecins interrogés.

Les critères suivants ont été analysés :

- Age des médecins par tranche d'âge de 10ans.
- Sexe des médecins.
- Secteur d'activité : Urbain, Semi-rural ou Rural.
- Département d'exercice en Midi-Pyrénées.

3.5.2. Critères en rapport avec l'examen clinique du phimosis de l'enfant.

Les critères suivants ont été analysés :

- Différenciation entre un phimosis primaire et secondaire chez l'enfant.
- Recherche de malformations uro-génitales associées lors de l'examen clinique d'un phimosis de l'enfant.

3.5.3. Critères en rapport avec la prise en charge du phimosis de l'enfant.

Les critères suivants ont été analysés :

- Prise en charge personnelle du phimosis de l'enfant par le médecin généraliste.
- Recours systématique à une consultation spécialisée.
- Conseil par le médecin de décalottage du phimosis primaire de l'enfant par les parents.
- Utilisation des dermocorticoïdes dans la prise en charge du phimosis primaire de l'enfant.
- Age de l'enfant lors de l'initiation du traitement par dermocorticoïdes dans la prise en charge du phimosis primaire.
- Durée de traitement par dermocorticoïdes d'un phimosis primaire de l'enfant.
- Récidive de traitement par dermocorticoïdes suite à l'échec d'une première cure dans la prise en charge du phimosis primaire de l'enfant.
- Utilisation de traitement topique autre que les dermocorticoïdes dans la prise en charge du phimosis primaire de l'enfant.
- Réalisation de manœuvres libératoires d'adhérences préputiales au cabinet du médecin généraliste.
- Age estimé de prise en charge chirurgicale du phimosis primaire non compliqué.

3.5.4. Critères en rapport avec l'information des médecins sur le sujet du phimosis de l'enfant.

Les critères suivants ont été analysés :

- Sentiment d'information à propos de la prise en charge du phimosis par les médecins.
- Références médicales des médecins sur le sujet du phimosis de l'enfant.
- Type de support d'information souhaité par les médecins.

3.6. Analyse statistique.

Un test du Chi-deux ou de Fisher exact lorsqu'approprié a été utilisé pour comparer les valeurs qualitatives. Une valeur de $p < 0,05$ était considéré comme significative. Les statistiques ont été réalisées à l'aide du programme IBM SPSS Statistic version 20.

4. RESULTATS.

4.1. Taux de réponse au questionnaire.

Sur les 300 questionnaires envoyés, nous avons recueilli 168 réponses au questionnaire soit un taux de réponse de 56%.

4.2. Caractéristiques de la population médicale interrogée.

La population médicale interrogée est composée à 63,7% d'hommes et à 36,3% de femmes.

28,6% d'entre eux exercent dans un secteur urbain, 44% en milieu semi-urbain et 27,4% en milieu rural.

41,7% des médecins interrogés exercent dans le département de la Haute-Garonne, 12% en Hautes-Pyrénées, 10,1% en Ariège, 9% en Aveyron, 8,3% dans le Tarn, 7,7% dans le Tarn et Garonne, 5,9% dans le Lot et 5,3% dans le Gers.

Aucun médecin de moins de trente ans n'a répondu à l'étude. 13,7% des médecins interrogés avaient entre 30 et 39 ans, 22,6% avaient entre 40 et 49ans, 40,5% avaient entre 50 et 59ans et 23,2% avaient soixante ans ou plus.

4.3. Prise en charge du phimosis.

95,3% des médecins interrogés prennent en charge des enfants porteurs d'un phimosis (contre 4,7%).

4.4. Consultation spécialisée.

79,1% des médecins interrogés n'adressent pas systématiquement tout enfant consultant pour un phimosis à un référent spécialiste.

1,2% de l'échantillon adressent systématiquement à un pédiatre et 19,6% à un chirurgien pédiatrique.

On retrouve une association statistiquement significative entre le lieu d'exercice et la sollicitation d'une consultation spécialisée ($p=0,0026$). Figure 1

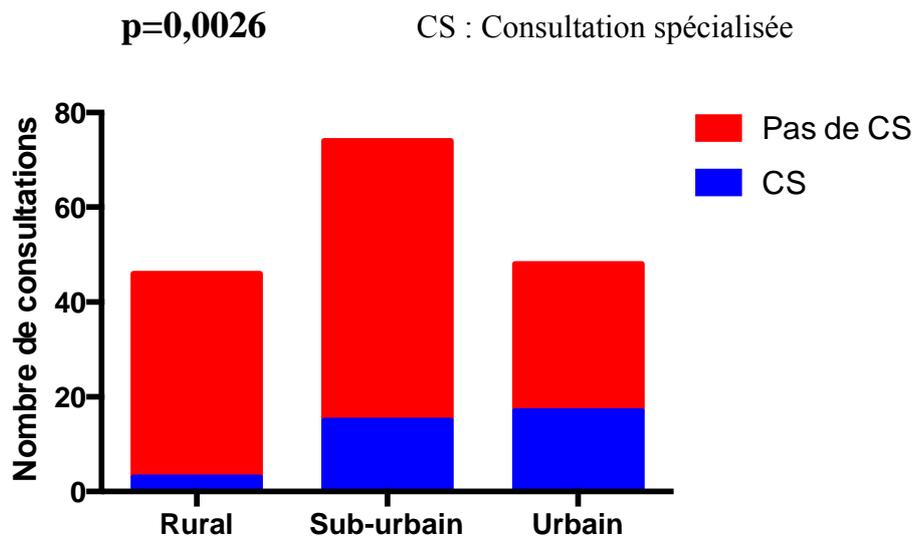


Figure 1 : Nombre de consultations spécialisées exprimées en fonction du lieu d'exercice.

4.5. Examen clinique du phimosis.

80,3% des médecins interrogés différenciaient un phimosis primaire d'un phimosis secondaire (contre 19,7%).

Il n'a pas été retrouvé d'association statistiquement significative entre la capacité des médecins à faire cette différenciation et l'âge des médecins ($p=0,196$).

De même, il n'a pas été retrouvé d'association statistiquement significative entre la capacité des médecins à cette différenciation et leur sexe ($p=0,420$).

86,3% des médecins interrogés recherchent des malformations associées lors de l'examen clinique d'un phimosis de l'enfant (contre 13,7%).

Il n'a pas été démontré d'association statistiquement significative entre la faculté des médecins à rechercher des malformations associées et leur âge ($p=0,638$) ou avec leur sexe ($p=0,645$).

4.6. Traitement du phimosis de l'enfant.

4.6.1. Conseils de décalottage lors des toilettes.

68,4% des médecins interrogés conseillent aux parents d'effectuer des manœuvres de décalottage lors des toilettes à leur enfant porteur d'un phimosis primaire (contre 31% qui le déconseillent et 0,6% qui restent sans avis exprimé).

Il n'a pas été démontré d'association statistique significative entre le conseil d'effectuer des décalottages lors des toilettes et l'âge des médecins ($p=0,783$) ou le sexe du médecin ($p=0,303$).

4.6.2. Traitement du phimosis primaire par dermocorticoïdes.

4.6.2.1. Utilisation des dermocorticoïdes.

58,7% des médecins interrogés utilisent des dermocorticoïdes dans la prise en charge du phimosis primaire de l'enfant (contre 41,3% qui ne les utilisent pas).

On retrouve une association statistiquement significative entre l'utilisation des dermocorticoïdes dans la prise en charge des adhérences préputiales de l'enfant et l'âge des médecins ($p < 0,0001$). Figure 2

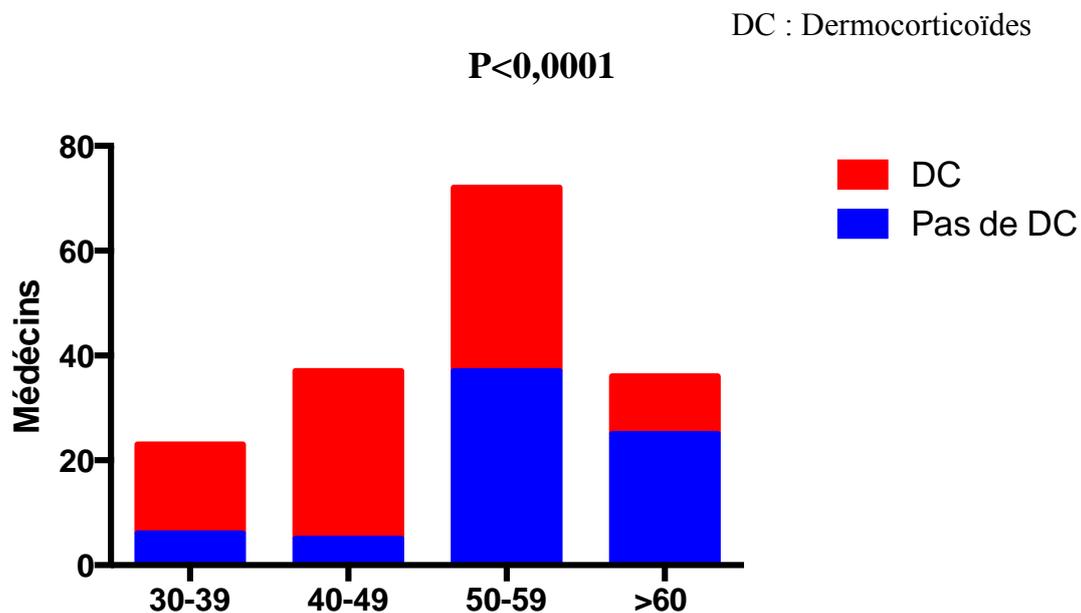


Figure 2 : Nombre de médecins utilisant ou pas les dermocorticoïdes exprimé en fonction des tranches d'âge des médecins interrogés.

Il n'a pas été mis en évidence d'association statistiquement significative entre l'utilisation des dermocorticoïdes et le lieu d'exercice des médecins ($p = 0,143$) ou avec le sentiment des médecins de savoir bien informé ($p = 0,637$).

4.6.2.2. Modalités d'utilisation des dermocorticoïdes.

La durée d'utilisations des dermocorticoïdes

- 2,1% des médecins les utilisent moins d'une semaine.
- 10,6% des médecins les utilisent une semaine.
- 22,3% des médecins les utilisent deux semaines.
- 7,4% des médecins les utilisent trois semaines.
- 46,8% des médecins les utilisent quatre semaines.
- 9,8% des médecins les utilisent plus de quatre semaines.
- 1% des médecins ne se prononcent pas.

Age de début d'utilisation.

25% des médecins interrogés les utilisent à partir de deux ans. 11,9% des médecins interrogés les utilisent avant 2 ans.

La moyenne d'âge d'initiation du traitement est de 3,2ans.

Cure supplémentaire en cas d'échec d'une première cure.

35,1% des médecins interrogés effectuent une cure de dermocorticoïdes supplémentaire similaire en cas d'échec d'une première cure (contre 64,9% qui n'effectuent pas de cure supplémentaire similaire).

4.6.3. Traitement du phimosis primaire par d'autres traitements topiques.

97% des médecins interrogés n'utilisent pas d'autre traitement topique dans la prise en charge du phimosis primaire, 1,2% utilisent d'autres traitements topiques sans les préciser, 0,6% utilisent des topiques à base d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et 1,2% d'entre eux ne se prononcent pas sur cette question.

4.6.4. Traitement du phimosis primaire par manœuvres de décalottage forcé.

34,35% des médecins interrogés effectuent des manœuvres de libération des adhérences préputiales à leur cabinet de consultation contre 65,65% qui n'effectuent pas de manœuvre de ce type.

On retrouve une association statistiquement significative entre le fait d'effectuer des manœuvres libératoires et l'âge des médecins ($p=0,0014$).Figure 3

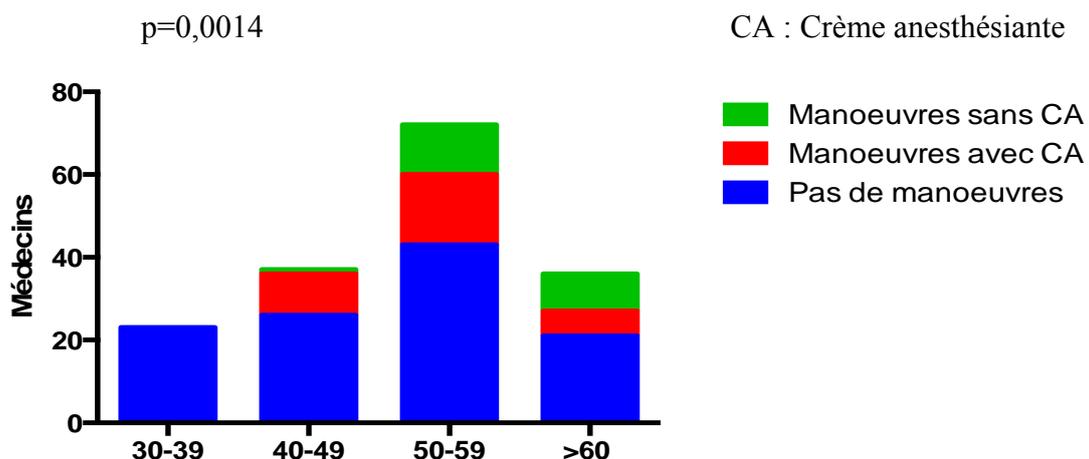


Figure 3 : Nombre de médecins qui effectuent ou non les manœuvres de libération exprimé en fonction de leurs tranches d'âge.

On retrouve également une association statistiquement significative entre le fait d'effectuer les manœuvres libératoires et le sexe des médecins ($p=0,001$). Figure 4

CA : Crème anesthésiante

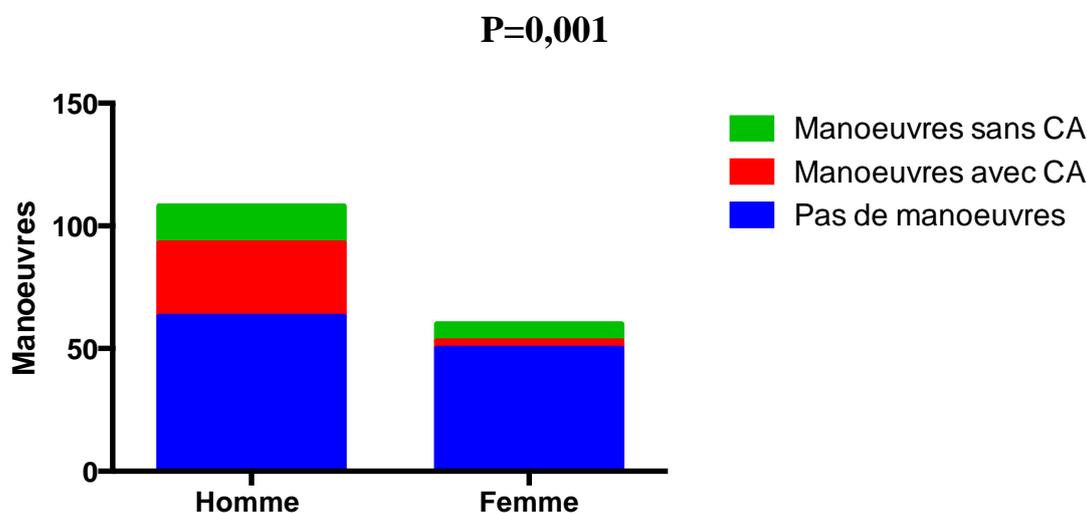


Figure 4 : Nombre de médecins qui effectuent ou non les manœuvres de libération exprimé en fonction de leur sexe.

Cependant, il n'a pas été mis en évidence d'association statistique entre le fait d'effectuer ou non les manœuvres et le lieu d'exercice des médecins ($p=0,193$) ou le sentiment de se sentir informé sur le thème du phimosis de l'enfant ($p=0,126$).

4.6.5. Age de recours à la chirurgie en cas de phimosis primaire non compliqué.

36,8% des médecins interrogés jugent la nécessité d'une prise en charge chirurgicale du phimosis primaire non compliqué à l'âge de 5 et 6 ans.

39,3% des médecins interrogés jugent la nécessité d'une prise en charge chirurgicale du phimosis primaire non compliqué avant l'âge de 5ans.

La moyenne d'âge de recours à la chirurgie du phimosis primaire non compliqué est de 4,9ans.

4.7. Information des médecins sur le phimosis de l'enfant.

Information préalable des médecins

57,7% des médecins interrogés ne se jugeaient pas suffisamment informés sur le sujet du phimosis de l'enfant contre 42,3% qui se jugeaient suffisamment informé.

Il n'a pas été démontré d'association statistiquement significativement entre le fait de se sentir bien informé et le lieu d'exercice ($p=0,140$) ou l'âge des médecins ($p=0,613$).

Références médicales

Les médecins interrogés ont exprimé pour le sujet du phimosis de l'enfant les références suivantes : Tableau 2

Tableau 2 : Les références médicales sur le sujet du phimosis de l'enfant et la proportion de médecins interrogés qui s'y réfèrent.

REFERENCES MEDICALES	Pourcentage de réponse exprimé par les médecins interrogés
Presse médicale papier	35,1%
Formation médicale continue	33,3%
Presse médicale internet	25,6%
Cours universitaires	23,2%
Recours à une formation spécialisée	5,9%
Encyclopédie médicale	2,9%
Expérience personnelle	0,6%
Urofrance	0,6%

Support informatif souhaité

Les médecins ont répondu qu'ils souhaitaient pour support d'information sur le phimosis :

- Une recommandation par la Haute Autorité de Santé pour 53,3% des médecins interrogés.
- Une formation dans le cadre de la Formation Médicale Continue pour 38,6% des médecins interrogés.
- Un article dans une revue médicale pour 22% des médecins interrogés.

5. Discussion et commentaires.

5.1. Représentativité de l'échantillon.

Nous pouvons considérer que l'échantillon des 168 médecins qui ont répondu à ce questionnaire est représentatif de la population des médecins généralistes libéraux de Midi-Pyrénées.

La répartition des médecins par département de l'échantillon est proche de la répartition des médecins par département donnée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) en 2013 [24].

Nous pouvons comparer de la même manière cette sélection avec la population de médecins généralistes de Midi-Pyrénées d'après la prévision du Conseil National de l'Ordre sur les critères du sexe et de l'âge. Tableau 3

Tableau 3 : Tableau comparatif de l'échantillon de médecins interrogés avec la population de médecins généralistes de Midi-Pyrénées estimée pour 2015 par le Conseil National de l'Ordre.

	Echantillon de médecins de l'étude	Population de médecins généralistes de Midi-Pyrénées en 2015(Estimation par le CNOM en 2013) [24]
Pourcentage de médecins femme(%)	36,3	34
Pourcentage de médecins homme(%)	63,7	66
Pourcentage de médecins de Haute-Garonne(%)	41,7	44
Pourcentage de médecins de Hautes-Pyrénées(%)	12	10
Pourcentage de médecins de l'Ariège(%)	10,1	6
Pourcentage de médecins de l'Aveyron(%)	9	9
Pourcentage de médecins du Tarn(%)	8,3	12
Pourcentage de médecins du Tarn et Garonne(%)	7,7	7
Pourcentage de médecins du Lot(%)	5,9	6
Pourcentage de médecins du Gers(%)	5,3	6
Pourcentage de médecins de moins de 40ans(%)	13,7	12,9
Pourcentage de médecins de plus de 60ans(%)	23,2	26,9

On peut regretter de n'avoir pu comparer ces deux groupes sur le critère du lieu d'exercice à savoir urbain, rural ou semi-rural.

5.2. Prise en charge du phimosis de l'enfant.

Les médecins généralistes libéraux semblent particulièrement sensibles à la prise en charge du phimosis de l'enfant.

95,3% des médecins interrogés prennent en charge les enfants porteurs d'un phimosis et 79,1% de cette population de médecins n'adresse pas systématiquement un enfant porteur d'un phimosis à un référent spécialiste.

Le médecin généraliste a donc un rôle majeur dans la prise en charge du phimosis de l'enfant.

L'association statistiquement significative ($p=0,0026$) entre le lieu d'exercice et le recours à une consultation spécialisée peut être liée à l'accès aux soins.

En effet, les médecins urbains et semi-urbains semblent avoir une tendance plus importante à adresser un enfant porteur d'un phimosis à un médecin spécialiste. Cette tendance pourrait s'expliquer par la proximité de leurs cabinets avec des centres de consultation spécialisée contrairement aux médecins ruraux plus éloignés des lieux de consultation de spécialité.

5.3. Utilisation des dermocorticoïdes.

41,3% des médecins interrogés n'utilisent pas les dermocorticoïdes dans la prise en charge des adhérences préputiales de l'enfant.

Ce résultat est peu satisfaisant et il faudrait augmenter la proportion des médecins généralistes qui utilisent les dermocorticoïdes dans la prise en charge du phimosis primaire de l'enfant.

Ce traitement a cliniquement fait les preuves de son efficacité [6,8,9,10,11,12]. Par ailleurs ce traitement n'a pas démontré d'effets indésirables majeurs sur le plan local comme sur le plan général[6].

L'association statistiquement significative ($p<0,0001$) entre l'utilisation des dermocorticoïdes et l'âge des médecins semble démontrer que les médecins dans les tranches d'âge les plus élevées (plus de 50 ans) utilisent moins les dermocorticoïdes dans la prise en charge du phimosis primaire que les médecins plus jeunes.

Ce phénomène peut s'expliquer par la chronologie des études démontrant l'efficacité des dermocorticoïdes dans cette prise en charge.

Les premières études qui attestaient de l'efficacité des dermocorticoïdes datent de 1993 [1]. D'autres études se sont succédées et ont confirmé l'efficacité de ce traitement dans cette indication [6,8,9,10,11,12,15,16,26,27].

On peut émettre l'hypothèse que les médecins dans les tranches les plus âgées de l'étude ne se sont pas informés au cours de leur exercice de cette modification de prise en charge. Au contraire, les médecins les plus jeunes ont été informés dès leur cursus universitaire de ce mode de traitement et ont tendance à plus utiliser ce traitement.

Les modules d'enseignement durant l'internat abordent notamment ce sujet et complètent la formation des jeunes médecins généralistes sur ce thème.

Ce résultat semble attester de l'importance de la formation médicale initiale sur le sujet du phimosis de l'enfant.

Il n'a pas été démontré d'association statistiquement significative entre l'utilisation des dermocorticoïdes dans la prise en charge des adhérences préputiales et le sentiment de se sentir bien informé ($p=0,126$). Ce dernier résultat semble indiquer que l'utilisation des dermocorticoïdes dans le phimosis primaire est une information qui a échappé à une proportion de médecins.

Age d'utilisation.

L'âge de début d'utilisation des dermocorticoïdes dans la prise en charge du phimosis primaire n'est pas clairement défini et varie en fonction des auteurs.

On propose généralement ce traitement après 2 ans lorsque l'enfant a acquis la propreté [6]. D'autres auteurs recommandent une abstention avant l'âge de 6 ans en absence de malformation ou d'infection génitale [25,26].

Cette notion d'âge de début de traitement semble bien connue des médecins interrogés. Seulement 11,9% d'entre eux utilisent les dermocorticoïdes avant l'âge de 2 ans.

La moyenne d'âge d'utilisation des dermocorticoïdes dans cette étude est de 3,2 ans. Ce résultat semble satisfaisant.

Durée d'utilisation.

Les auteurs s'accordent sur une durée arbitraire de traitement de quatre semaines de traitement du phimosis primaire de l'enfant par dermocorticoïdes [3, 26, 27].

Cette notion durée de traitement paraît relativement bien acquise par les médecins généralistes interrogés qui ont répondu majoritairement une durée 4 semaines (46,8% des médecins qui utilisent les dermocorticoïdes).

Nombre de cures.

Seulement 35,1% des médecins interrogés effectuent une cure de dermocorticoïdes supplémentaire similaire en cas d'échec d'une première cure.

Or la majorité des études préconisent le recours à une deuxième voire une troisième cure identique à la première [6, 12, 13, 14].

Ces cures supplémentaires permettent d'améliorer le taux de succès global [1,15].

Ce chiffre ne semble pas satisfaisant dans la prise en charge du phimosis primaire de l'enfant.

Il semble démontrer un manque d'information sur ce sujet de la part des médecins interrogés. On peut supposer que si les médecins avaient été bien au fait de l'efficacité de cures supplémentaires et du fait qu'elles améliorent le taux de succès global, la proportion de réponses en faveur de cures supplémentaires aurait été plus importante.

5.4. Décalottage et manœuvres de libération des adhérences préputiales.

Conseil de décalottage.

68,4% des médecins interrogés conseillent d'effectuer des manœuvres de décalottage lors des toilettes aux parents d'un enfant ayant un phimosis primaire.

La réalisation de ces manœuvres reste un sujet débattu sur lequel les auteurs n'émettent pas le même avis.

Certains auteurs recommandent des exercices de rétraction du prépuce de manière précautionneuse à partir de l'âge de 6ans [28].

D'autres auteurs recommandent de ne pas réaliser ces exercices de décalottage forcé qui risquent de créer une cicatrice fibreuse secondaire .Ils exposent également l'enfant à un risque de paraphimosis en cas de rétraction non complète du prépuce [4,7].

On peut supposer que ce chiffre de 68,4% de médecins qui conseillent des manœuvres de décalottage lors des toilettes et le reflet de la confiance que place le médecin généraliste dans les parents des enfants qu'il a l'habitude de côtoyer et qu'il juge responsable de ces pratiques par son expérience.

Manœuvres de libération.

34,35% des médecins interrogés effectuent des manœuvres de libération des adhérences préputiales à leur cabinet de consultation.

Ces manœuvres de libération des adhérences préputiales sont moins efficaces et plus risquées que l'utilisation des dermocorticoïdes dans cette indication [19,20].

L'association statistiquement significative ($p=0,0014$) entre la réalisation de manœuvres de libération des adhérences préputiales au cabinet et l'âge des médecins interrogés semble démontrer que les médecins les plus âgés ont une tendance plus forte à réaliser ce geste que les médecins plus jeunes.

On peut supposer que la persistance de la réalisation de ces manœuvres par une partie des médecins les plus âgés s'explique tout d'abord par la date des études qui privilégiaient ce mode de traitement à savoir 1988 et 1994 [19,20]. Une partie des médecins les plus âgés parmi les médecins interrogés se sont habitués à ces pratiques qui pouvaient leur être enseignées initialement.

L'importance de la formation initiale sur ce sujet semble encore démontrée comme pour l'utilisation des dermocorticoïdes dans la prise en charge des adhérences préputiales.

D'autre part, nous pouvons supposer un défaut de formation continue sur ce sujet de la part d'une partie des médecins les plus âgés parmi les médecins interrogés qui continuent de réaliser ces manœuvres de libération plutôt que d'utiliser un traitement par dermocorticoïdes dans cette indication.

5.5. Information des médecins.

Seulement 42,3% des médecins interrogés se sentent suffisamment informés sur le sujet du phimosis de l'enfant.

Cependant, des communications médicales ont été effectuées sur ce sujet récemment.

35,1% médecins interrogés déclaraient avoir pour référence sur le thème du phimosis de l'enfant la presse médicale papier.

La revue PRESCRIRE par exemple a communiqué un article sur ce thème en septembre 2012 [29].

25,6% des médecins interrogés déclaraient avoir pour référence la presse médicale internet.

La revue E RESPECT a également communiqué sur ce sujet en Octobre 2013 [30].

Il conviendra de renouveler les communications sur ce thème car la majorité des médecins interrogés ne se sentent pas suffisamment informés.

Idéalement, la Haute Autorité de Santé pourrait émettre des recommandations de bonnes pratiques sur le sujet du phimosis de l'enfant. Ce mode de communication reste le plus plébiscité par les médecins interrogés avec 53,3% des réponses.

Les médecins interrogés restent sensibles au programme de Formation Médicale Continue : 38,6% des médecins interrogés ont souhaité être informé sur ce sujet par ce moyen.

Les groupes de Formation Médicale Continue pourraient traiter de ce sujet afin d'améliorer la prise en charge du phimosis de l'enfant.

6. CONCLUSION.

Cette étude tente d'évaluer la prise en charge du phimosis de l'enfant par les médecins généralistes libéraux de Midi-Pyrénées.

L'utilisation des dermocorticoïdes dans la prise en charge des adhérences préputiales de l'enfant pourrait être améliorée dans sa proportion d'utilisation, sa durée de traitement et le nombre de cure à effectuer.

De même, les manœuvres de libération des adhérences préputiales sont des techniques toujours réalisées dans les cabinets de médecine générale dans une proportion relativement importante.

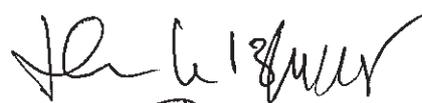
La majorité des médecins interrogés ne se sentent pas suffisamment informés sur le sujet du phimosis de l'enfant.

Il convient de répéter les informations sur ce sujet par le biais de la presse médicale ou de la formation médicale continue plébiscitée par les médecins interrogés afin d'améliorer la prise en charge du phimosis de l'enfant et d'harmoniser les pratiques professionnelles.

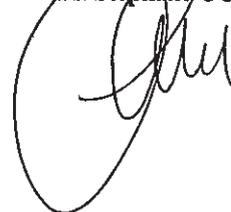
La formation initiale sur le sujet du phimosis de l'enfant notamment les modules d'enseignement au cours de l'internat est primordiale et dispense un enseignement indispensable pour la pratique future du médecin généraliste.

Toulouse, le 16 novembre 2015

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
J.P. VINEL



Vu, le Président du Jury
Pr. Stéphane OUSTRIK



7. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.

1. Jørgensen ET, Svensson A. The treatment of phimosis in boys, with a potent topical steroid (clobetasol propionate 0.05%) cream. *Acta Derm Venereol.* 1993 Feb;73(1):55–6.
2. Monsour MA, Rabinovitch HH, Dean GE. Medical management of phimosis in children: our experience with topical steroids. *J Urol.* 1999 Sep;162(3 Pt 2):1162–4.
3. 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.
4. Shahid SK. Phimosis in children. *ISRN Urol.* 2012;2012:707329.
5. Ghory HZ, Sharma R. Phimosis and paraphimosis. *Medecine.Medscape.Art 777539*
6. Iken A, Ben Mouelli S, Fontaine E, Quenneville V, Thomas L, Beurton D. [Treatment of phimosis with locally applied 0.05% clobetasol propionate. Prospective study with 108 children]. *Prog Urol.* 2002 Dec;12(6):1268–71.
7. Camille CJ, Kuo RL, Wiener JS. Caring for the uncircumcised penis: what parents (and you) need to know. *Contemporary Pediatrics.* 2002 ; 11 :p.61.
8. Casale AJ, Beck SD, Cain MP, Adams MC, Rink RC. Concealed penis in childhood: a spectrum of etiology and treatment. *J Urol.* 1999 Sep;162(3 Pt 2):1165–8.
9. Chu CC, Chen KC, Diao GY. Topical steroid treatment of phimosis in boys. *J Urol.* 1999 Sep;162(3 Pt 1):861–3.
10. Orsola A, Caffaratti J, Garat JM. Conservative treatment of phimosis in children using a topical steroid. *Urology.* 2000 Aug 1;56(2):307–10.
11. Lindhagen T. Topical clobetasol propionate compared with placebo in the treatment of unretractable foreskin. *Eur J Surg.* 1996 Dec;162(12):969–72.
12. Ter Meulen PH, Delaere KP. A conservative treatment of phimosis in boys. *Eur Urol.* 2001 Aug;40(2):196–9; discussion 200.
13. 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.
14. Yanagisawa N, 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.
15. Wright JE. The treatment of childhood phimosis with topical steroid. *Aust N Z J Surg.* 1994 May;64(5):327–8.

8. ANNEXES.

8.1. Fiche explicative associée au questionnaire de thèse.

Je vous transmets avec ce courrier un questionnaire de thèse de doctorat en médecine générale dont le titre est : « Evaluation de la prise en charge du phimosis de l'enfant par les médecins généralistes libéraux de Midi Pyrénées ».

Vos réponses permettront l'élaboration de cette thèse.

Je reviens sur quelques points avant que vous puissiez répondre à ce questionnaire.

Le phimosis primaire physiologique est formé d'adhérences entre le gland et le prépuce empêchant le décalottage du gland, ce qui est normal, dans la première enfance.

Le phimosis secondaire pathologique est constitué d'un anneau fibreux blanchâtre consécutif à un processus pathologique divers : traumatisme local, infection locale, pathologie dermatologique...

Note importante : ce questionnaire exclut volontairement la prise en charge d'un phimosis pour raison rituelle ou religieuse.

Vos réponses ne doivent pas tenir compte de cette demande.

Je vous remercie du temps que vous accorderez à ce travail.

Cordialement.

Benjamin BESSEDE
Médecin remplaçant de médecine générale

8.2. Questionnaire de thèse.

QUESTIONNAIRE : EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DU PHIMOSIS DE L'ENFANT PAR LES MEDECINS LIBERAUX DE MIDI-PYRENEES.

Q1: Quel âge avez-vous ?

Moins de 30ans 30-39ans 40-49ans 50-59ans Plus de 60ans

Q2: Etes vous? Homme Femme

Q3: Exercez vous dans un secteur? Urbain Semi-rural Rural

Q4 : Dans quel département ?

Q5 : Prenez vous en charge les enfants ayant un phimosis ? Oui Non

Q6: Adressez vous systématiquement tout enfant consultant pour un phimosis à un référent spécialiste? Oui à un pédiatre Oui à un Chirurgien Pédiatrique Non

Q7: Avant le point d'information de la page 1, différenciez vous lors de votre examen clinique un phimosis primaire formé d'adhérences préputiales physiologiques d'un phimosis secondaire pathologique caractérisé par un anneau fibreux ? Oui Non

Q8: Recherchez vous lors de votre examen clinique des malformations génitales associées ? Oui Non

Q9: Pour les enfants ayant un phimosis primaire, conseillez vous d'effectuer des manœuvres de décalottage lors des toilettes ? Oui Non

Q10: Dans la prise en charge du phimosis primaire, utilisez vous des dermocorticoïdes? Oui Non

Q11:Si vous utilisez des dermocorticoïdes, à partir de quel âge proposez vous ce traitement ?

Q12 : Si vous utilisez des dermocorticoïdes, combien de temps ordonnez-vous ce traitement ? moins d'1semaine 1 semaine 2 semaines 3 semaines 4semaines Plus de 4 semaines

Q13 : En cas d'échec d'une cure de dermocorticoïdes, proposez vous d'effectuer d'autres cures similaires ? Oui Non

Q14 : Dans la prise en charge du phimosis primaire, utilisez vous d'autres traitements topiques ? Oui des crèmes AINS Oui des crèmes oestrogènes Oui Autres : Non

Q15 : Dans votre cabinet, réalisez vous des manœuvres de libération d'adhérences préputiales par décallottage forcé ? Oui avec crème anesthésiante Oui sans crème anesthésiante Non

Q16 :A quel âge jugez vous de la nécessité d'une prise en charge chirurgicale en cas de phimosis primaire non compliqué? moins de 1 an 1an 2ans 3ans 4ans 5ans 6ans 7ans ou plus

Q17 : Vous sentez vous suffisamment informé sur ce sujet ? Oui Non

Q18 : Quelles sont vos références médicales sur ce thème ?

Presse médicale papier Presse médicale internet Formation médicale continue Cours universitaires Encyclopédie médicale Autre

Q19 : Quel type de support souhaiteriez vous recevoir pour vous informer sur ce thème ?Formation Médicale Continue Recommandations HAS Revue médicale Autre :

Evaluation de la prise en charge du phimosis de l'enfant par les médecins généralistes libéraux de Midi-Pyrénées

Objectif: Evaluer la prise en charge du phimosis de l'enfant par les médecins généralistes libéraux de Midi-Pyrénées.

Matériels et Méthodes: Etude descriptive et rétrospective des modes de prise en charge du phimosis de l'enfant par les médecins généralistes de Midi-Pyrénées. 300 questionnaires ont été distribués par voie postale. Le questionnaire standardisé comportait 19 questions en rapport avec l'examen clinique et la prise en charge du phimosis de l'enfant. Les réponses ont été analysées 1 mois après la date d'envoi.

Résultats: 168 médecins ont répondu à ce questionnaire. La sélection de médecins de cette étude paraissait représentative de la population des médecins de Midi-Pyrénées en comparaison des données du Conseil National de l'Ordre. 95,3% des médecins déclaraient prendre en charge des enfants porteurs d'un phimosis. 41,3% des médecins interrogés n'utilisaient pas les dermocorticoïdes dans la prise en charge des adhérences préputiales de l'enfant. 34,35% des médecins interrogés effectuaient des manœuvres de libération des adhérences préputiales à leur cabinet de consultation. Seulement 42,3% des médecins interrogés se sentaient suffisamment informés sur le sujet du phimosis de l'enfant.

Conclusion: L'utilisation des dermocorticoïdes dans la prise en charge des adhérences préputiales de l'enfant pourrait être améliorée dans sa proportion d'utilisation, sa durée de traitement et le nombre de cure à effectuer. Cette étude semble suggérer de la nécessité d'informer les médecins généralistes libéraux sur le sujet du phimosis de l'enfant et de continuer la formation médicale initiale sur ce thème.

Mots Clés: Phimosis-Adhérences préputiales-Enfant-Dermocorticoïdes-Libération-Information-Midi-Pyrénées-Médecine générale.

Evaluation of the care of the phimosis of the child by the liberal general practitioners of Midi-Pyrénées

Background: Estimate the care of the phimosis of the child by the liberal general practitioners of Midi-Pyrénées.

Methods: Descriptive and retrospective study of the methods of care of the phimosis of the child by the general practitioners of Midi-Pyrénées. 300 questionnaires were distributed by mail. The standardized questionnaire contained 19 questions in touch with the clinical examination and the care of the phimosis of the child. The answers were analyzed 1 month after the dispatch date.

Results: 168 doctors answered this questionnaire. Doctors' selection of this study seemed representative of the population of the doctors of Midi-Pyrénées. 95,3% of the doctors declared to set in charge of the carrier children of a phimosis. 41,3 % of the questioned doctors did not use dermocorticoids in the preputials adhesions of the child. 34,35% of the questioned doctors made operations of liberation of the preputials adhesions to their doctor's office. Only 42,3% of the questioned doctors felt enough informed about the phimosis of the child.

Conclusion: The use of dermocorticoids in the care of the preputials adhesions of the child could be improved in its proportion of use, its duration of treatment and the number of cure to be made. This study seems to suggest of the necessity to inform the liberal general practitioners about the phimosis of the child and to continue the initial medical formation on this theme.

Keywords: Phimosis-Preputial adhesions-Child-Dermocorticoids-Release-Information-Midi-Pyrénées-General medicine.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine générale.

Faculté de Médecine Rangueil-133 Route de Narbonne-31062 TOULOUSE Cedex 04-France

Directeur de thèse : Dr Leila LATROUS