

LES CONSULTATIONS D'ENFANTS EN MEDECINE GENERALE.

CONSOMMATION MEDICALE , AFFECTIONS PEDIATRIQUES EN SOINS PRIMAIRES

Auteur : Elisabeth GRIOT **

Qu'observent les généralistes lorsqu'ils reçoivent les enfants en consultation ou lors des visites à domicile ? Ce travail présente un état des lieux de la rencontre entre les enfants et leurs généralistes dans le cadre d'un réseau de médecins généralistes. Quels problèmes les enfants leur ont-ils posés ? Les généralistes rencontraient-ils souvent les enfants pour ces problèmes ? Y avait-il des éléments spécifiques dans cette rencontre ? Les médecins ont peu écrit sur ce sujet. Les économistes¹ et les démographes² se sont intéressés à ce thème, c'est aux données des études du CREDES² et de l'INSEE¹ que nous comparons celles de ce réseau de généralistes.

MATERIEL ET METHODES

Nous avons utilisé les données du réseau de médecins généralistes de la Société Française de Médecine Générale (SFMG)*. Ces généralistes relevaient en temps réel, lors de leurs consultations ou visites les états rencontrés auprès de leurs patients. Ils utilisaient un outil commun de description fiable et adapté à la médecine générale : le dictionnaire des résultats de consultation de médecine générale (DRC MG).

Il est apparu qu'en médecine générale peu de situations permettaient de faire un diagnostic de maladie. Nous sommes confrontés dans 70 % des cas à un symptôme ou à un syndrome³ qui sont des états morbides non définis de façon consensuelle par la communauté médicale. Le dictionnaire des résultats de consultation de médecine générale de la SFMG décrit ces états observés. Il permet un langage commun. Ce dictionnaire s'appuie sur le concept de « Résultat de Consultation », à la suite des travaux du médecin autrichien, le Dr R.N. BRAUN⁴.

Le « Résultat de Consultation » est le résultat de l'analyse sémiologique en fin de consultation ou de visite. Pour la période d'observation choisie (01/09/1994 au 31/08/1995), le dictionnaire comprenait la définition de 273 résultats de consultation d'états morbides ou de situations de prévention, de conseils, de problèmes administratifs. Mais seulement 200 définitions couvraient 95 à 96 % de l'activité des médecins généralistes du réseau.

Chaque tableau d'état morbide comportait un titre ou dénomination, des critères d'inclusion et d'exclusion pour rendre ces définitions le plus discriminantes possible les unes des autres. Ce tableau comportait également des critères facultatifs pour rendre compte de la richesse

** Cabinet médical 53940 Le Genest.

Société Française de Médecine Générale.

* Société scientifique créée en 1973, un de ses buts est de « favoriser la recherche et l'action dans les domaines scientifiques en médecine générale » (article 2 des statuts)

sémiologique rencontrée. Il s'accompagnait d'un double code qui permet de savoir s'il s'agissait d'un cas nouveau ou persistant pour le patient, et de qualifier le degré d'association sémiologique.

Dans ce dictionnaire, ont été introduits des résultats de consultation correspondants à des situations non pathologiques. Notamment, tous les actes de prévention pouvaient être relevés par le résultat de consultation correspondant à la classification de l'ICHPPC⁵

L'observation a porté sur la période du 01/09/1994 au 31/08/1995 (un an). Nous avons utilisé les données du relevé du réseau de médecins généralistes. L'outil informatique a été utilisé pour le recueil des données. Les médecins du réseau utilisaient le logiciel MGDATA[®]. Les données ont été traitées avec la base de donnée acces[®]. Ont été éliminés de l'exploitation les dossiers où manquaient : le sexe, ou la date de naissance des patients ou le code suivi (cas nouveau ou cas persistant). Ces éléments supprimés représentaient 5 % de l'ensemble des données.

RESULTATS

LES PATIENTS

La population des patients correspondait à 54 clientèles de 71 médecins (les médecins exerçant en groupe étaient considérés comme une seule clientèle). Les médecins se répartissaient dans toute la France. En comparant la clientèle du réseau avec celle du recensement de l'INSEE de 1990 et celle de l'échantillon de l'enquête du CREDES² de 1992 nous voyons quelle est plus proche de l'INSEE que du CREDES. (*Figure N° 1*), la population du CREDES étant sur représentée chez les enfants de 0 à 4 ans et sous représentés de 5 à 15 ans, par rapport à l'INSEE et au réseau.

Nous nous sommes intéressés aux enfants de 0 à 15 ans, Douze mille neuf cent soixante-neuf (12969) enfants ont été concernés sur un total de 55013 patients, soit 23,57% de l'ensemble des patients. Les filles étaient un peu moins nombreuses que les garçons (respectivement 6392 et 6577). Nous avons distingué 3 classes d'âge : les nourrissons de 0 à 2 ans (2231), les jeunes enfants de 2 à 10 ans (6846) et les adolescents de 10 à 15 ans (3892). L'âge pris en compte a été celui à la fin de la période d'étude. Dans la classe des nourrissons de 0 à 2 ans ont été exclus les nourrissons ayant eu leur 24^{ème} mois avant la fin de la période d'étude. Ceux-ci appartenaient alors à la classe d'âge suivante. De même, dans les classes d'âge de 2 à 10 ans et de 10 à 15 ans ont été exclus respectivement les enfants ayant atteint leurs 10 ans et leurs 15 ans pendant la période d'observation.

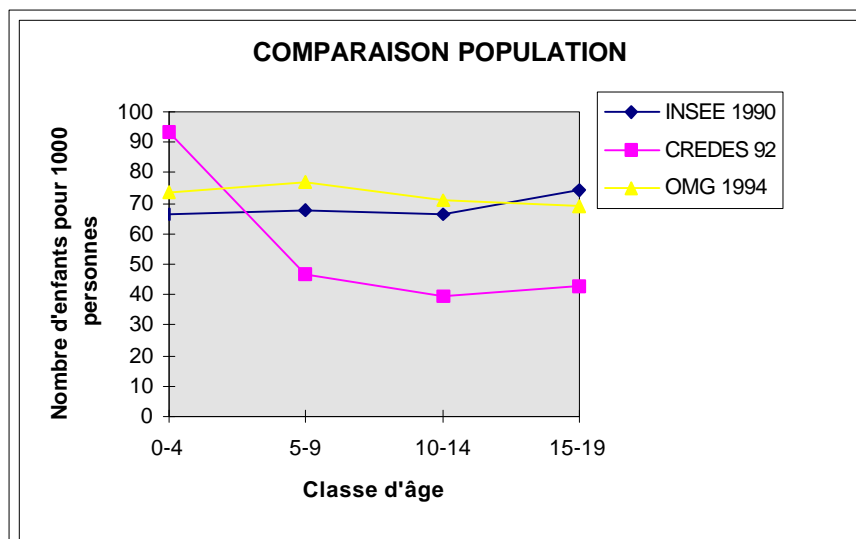


Figure 1

ASPECTS QUANTITATIFS DE LA RENCONTRE ENFANT GENERALISTE

NOMBRES DE SEANCES CONSACREES AUX ENFANTS

Nous entendons par séances toutes les rencontres entre le médecin et le patient: les visites et les consultations.

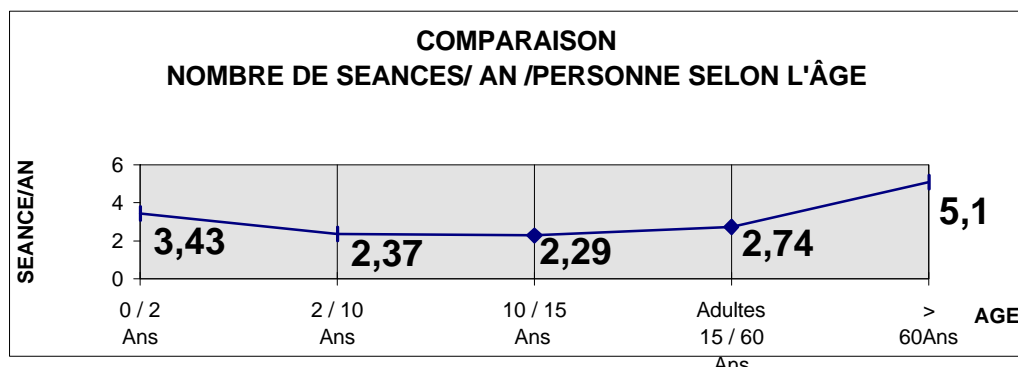


Figure 2

Les enfants, dans leur ensemble, ont eu recours un peu moins au médecin généraliste que les adultes, et 2 fois moins que les personnes âgées. Cependant, les nourrissons se démarquaient par rapport aux autres enfants. Ils ont rencontré le généraliste plus souvent que les autres classes d'âge pédiatriques envisagées, mais aussi que les adultes jusqu'à 60 ans. Cependant leur consommation restait loin derrière celles des personnes âgées (Figure 2)

NOMBRE DE PROBLEMES A RESOUDRE AUPRES DE LA POPULATION ENFANT

Nous entendons par problèmes tous les résultats de consultation relevés au cours des consultations ou visites par les médecins du réseau qu'il s'agisse d'états morbides ou de situations de prévention, de problèmes administratifs.

NOMBRE DE RESULTATS DE CONSULTATION PAR SEANCE

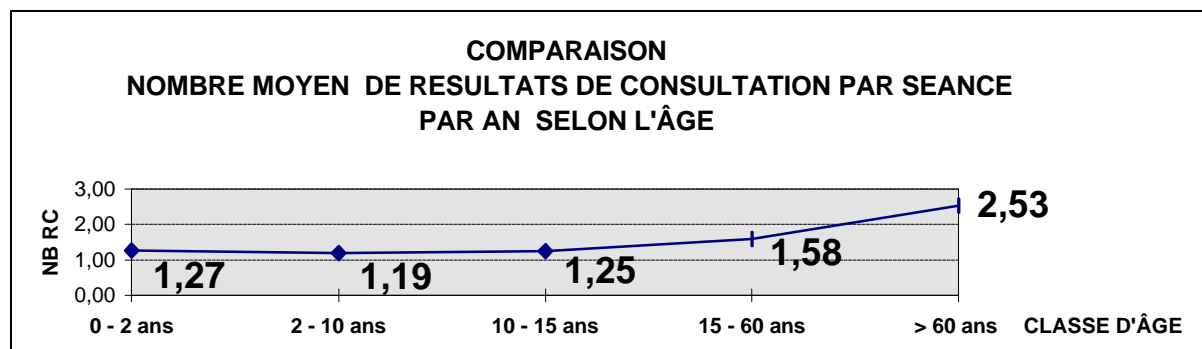


Figure 3

Au cours des séances, le nombre de problèmes à résoudre était moins important (1,23 Résultat de consultation par séance en moyenne) que chez les adultes et les personnes âgées. (Figure N°3)

NOMBRE DE RESULTATS DE CONSULTATION DIFFERENTS RENCONTRES AU MOINS 1 FOIS SUR UNE ANNEE

Nous avons regardé le nombre de Résultats de Consultation différents qui ont été rencontrés au moins une fois dans l'année, par au moins un des médecins du réseau.

NOMBRE DE RESULTATS DE CONSULTATION DIFFERENTS RENCONTRES AU MOINS UNE FOIS SUR L ANNEE SELON L AGE

AGE	NOMBRE DE RC RENCONTRES
0 / 2 Ans	151
2/10 Ans	203
10 / 15 Ans	196
15 / 60 Ans	259
> 60 Ans	262

χ^2 calculé = 721; χ^2 lu ($\alpha = 0,05$; ddl = 4) = 9,48

Tableau I

Les problèmes différents auxquels étaient confrontés les généralistes étaient moins nombreux chez les enfants que chez les adultes. (Tableau N°I)

L'ACTIVITE QUOTIDIENNE DES MEDECINS DU RESEAU

Nous avons voulu nous intéresser aux problèmes les plus fréquemment rencontrés par les généralistes. Nous entendons par fréquence d'un résultat de consultation : le nombre de fois que ce résultat de consultation était relevé sur le nombre total de l'ensemble des résultats de consultation relevés, sur une année, par classe d'âge et rapporté à 100. Nous avons comptabilisé les nouveaux cas et les cas persistants.

Nous avons choisi arbitrairement de limiter notre observation aux résultats de consultation ayant une fréquence supérieure ou égale à 1%, dans la classe d'âge observée.

Cette fréquence donne à chaque médecin 1,3 chance de rencontrer ce résultat de consultation chez les nourrissons, 2,7 chances chez les jeunes enfants, 1,6 chance chez les adolescents sur une année.

NOMBRE DE RESULTATS DE CONSULTATION AYANT UNE FREQUENCE SUPERIEURE A 1% ET LEUR FREQUENCE CUMULEE PAR CLASSE D'AGE

AGES	Nombre de RC ayant une fréquence > 1%	fréquence cumulée
Ensemble des enfants de moins de 15 ans	31	79,7 %
adultes de 16 à 60 ans	59	75,1 %
> 60 ans	50	75,0 %

Tableau N° 2

31 résultats de consultation ont permis de couvrir près de 80% de l'activité des médecins généralistes chez les enfants. Il fallait 59 résultats de consultation chez les adultes et 50 chez les personnes âgées de plus de 60 ans pour couvrir les 3/4 de l'activité des médecins généralistes. (Tableau N°2)

NOMBRE DE RESULTATS DE CONSULTATION AYANT UNE FREQUENCE SUPERIEURE A 1% ET LEUR FREQUENCE CUMULEE CHEZ LES ENFANTS PAR CLASSE D'ÂGE

AGE	Nombre de RC ayant une fréquence >1%	Fréquence cumulée
0 / 2 ans	18	86,2 %
2 / 10 Ans	21	78,8 %
10 / 15 Ans	25	75,9 %
enfants 0 /15 Ans	31	79,7 %

Tableau N°3

18 résultats de consultation ont couvert près de 90 % de l'activité des médecins généralistes chez les nourrissons. Il en fallait 25 pour couvrir 75 % de l'activité médicale quotidienne chez les adolescents. (Tableau N°3)

ASPECTS QUALITATIFS DES PROBLEMES A RESOUDRE AUPRES DES ENFANTS

Nous avons observé les problèmes rencontrés d'abord globalement puis en fonction des classes d'âge; en nous limitant toujours aux résultats de consultation ayant une fréquence égale ou supérieure à 1%. Nous nous sommes intéressés aux problèmes infectieux et aux actes de prévention en raison de leur prépondérance..

LES RESULTATS DE CONSULTATION RENCONTRES

FREQUENCE DES RESULTATS DE CONSULTATION PAR CLASSE D'ÂGE
(limite aux RC ayant une fréquence supérieure à 1% dans cette classe d'âge)

	0 - 2 ans	2 - 10 ans	10 - 15 ans
EXAMEN SYSTEMATIQUE	19,4	5,4	8,7
VACCINATION	11,5	6,4	19,2
ETAT FEBRILE	10,8	12,0	7,5
RHINOPHARYNGITE	8,6	9,3	3,7
OTITE MOYENNE	6,6	6,2	1,3
ETAT AFEBRILE	5,5	6,8	4,2
RHUME	4,1	3,2	1,9
DERMATOSE	2,8	2,3	1,5
BRONCHITE AIGUE	2,6	3,1	1,5
ANGINE	2,1	5,3	3,0
DIARRHEE	1,9	1,0	
DIARRHEE-VOMISSEMENT	1,9	2,0	1,5
CONJONCTIVITE	1,9	1,1	
TOUX	1,6	3,1	1,5
RHINITE	1,6	1,7	1,4
REACTION TUBERCULINIQUE	1,2	2,2	2,1
VOMISSEMENT	1,0	1,3	
ERYTHEME FESSIER NOURRISSON	1,0		
ASTHME		1,5	1,7
PLAINTÉ ABDOMINALE		1,4	1,6
PLAIE		1,3	1,0
VARICELLE		1,2	
PHARYNGITE		1,0	1,1
ENTORSE			2,2
ARTHROPATHIE PERIARTHROPATHIE			1,6
CONTUSION			1,5
PROCEDURE ADMINISTRATIVE			1,5
ACNE			1,4
ALGIE			1,3
SINUSITE			1,0
ANOMALIE POSTURALE			1,0

fréquence dans chaque classe d'âge = RC/RC TOTAUX exprimé en pourcentages

Les cases vides correspondent aux RC dont la fréquence pour cette classe d'âge est inférieure à 1%

Les RC ont été classé par ordre de fréquence décroissante chez les Nourrissons

Tableau N°4

LES NOURRISSONS (0 A 2 ANS).

Les problèmes ayant nécessité le recours des nourrissons étaient peu diversifiés.

10 Résultats de Consultation sur 18 concernaient des résultats de consultation dont l'étiologie était vraisemblablement infectieuse. Il s'agissait de l'état fébrile, la rhinopharyngite, l'otite moyenne, l'état afébrile, le rhume, la bronchite aiguë, l'angine, la diarrhée et le vomissement, la conjonctivite, la rhinite. Ces 10 tableaux ont représenté 45,7% de l'activité médicale auprès des nourrissons. (Tableau N°4)

Dans ces problèmes infectieux, la pathologie de la sphère ORL avec 5 résultats de consultation (rhino-pharyngite, otite moyenne, rhume, angine, rhinite) se démarquait par sa prépondérance. A elle seule, elle atteignait 23 % de l'activité médicale chez les nourrissons. Les tableaux d'état fébrile et d'état afébrile atteignaient 16,3 % de fréquence. Ainsi les problèmes « infectieux » ORL et les 2 résultats de consultation à manifestations générales (état afébrile et état fébrile) représentaient à eux seuls plus du tiers (39,3 %) de l'activité médicale chez les nourrissons. (Tableau N°4)

Après la pathologie infectieuse, le généraliste assumait essentiellement des actes de prévention auprès des nourrissons (32,1 % des résultats de consultation).

LES JEUNES ENFANTS DE 2 A 10 ANS

La morbidité infectieuse a pris toute son ampleur à cet âge (Tableau N°4). Par ordre de fréquence décroissante, il s'agissait de : l'état Fébrile, la rhinopharyngite, l'état afébrile, l'otite moyenne, l'angine, le rhume, la bronchite aiguë, la diarrhée-vomissement, la rhinite, la varicelle, la conjonctivite, et de la pharyngite. Ces douze résultats de consultation représentaient plus de la moitié (52,9 %) de l'activité des médecins.

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

Un seul résultat de consultation a disparu en dermatologie : l'érythème fessier du nourrisson. Par contre 5 nouveaux résultats de consultation sont apparus. La pharyngite, la plainte abdominale, l'asthme, enfin la varicelle et les plaies.

Cependant les affections O.R.L. infectieuses sont restées les premières en terme d'activité (26,7 %). Avec les tableaux d'état fébrile et d'état afébrile ils ont atteint une fréquence encore plus élevée que chez les nourrissons (45,5 %).

Comme chez les tout petits, l'état fébrile, la rhino-pharyngite, l'otite moyenne et l'état afébrile sont arrivés en tête mais l'angine a doublé sa fréquence (5,3 %, 5^{ème} position). (Tableau N°4)

LES 10 A 15 ANS.

Les actes de prévention ont repris toute l'importance qu'ils avaient perdue chez les jeunes enfants. Les vaccinations se classaient en 1^{er} de tous les résultats de consultation en terme d'activité et atteignaient une fréquence nettement supérieure à celle des nourrissons. Les examens systématiques se situaient en 2^{ème} position. Ainsi, les actes de prévention prenaient plus d'importance que les problèmes de morbidité infectieuse (respectivement 30 % et 28,1 %) (Tableau N°4).

Les problèmes infectieux ne sont plus aussi importants que dans les 2 autres classes d'âge. La varicelle apparue dans la classe d'âge inférieure n'était plus retrouvée. Par contre, la pharyngite s'est maintenue avec une fréquence voisine et la sinusite devenait fréquente. Mais chez les adolescents un seul résultat de consultation d'étiologie « infectieuse » se démarquait en atteignant 7% de fréquence : l'état fébrile. Tous les autres tableaux régressaient de façon marquée en terme d'activité, notamment l'otite moyenne qui n'atteignait plus que 1,3 %.

Cependant les affections ORL gardaient encore de l'importance avec 6 résultats de consultation représentant 13,4% de l'activité des généralistes (Tableau N°4).

La conjonctivite n'était plus fréquente. La baisse de la morbidité infectieuse a été « compensée » par la traumatologie et la rhumatologie avec les entorses, les contusions, les arthropathies-périarthropathies et les anomalies posturales. La diarrhée n'était plus retrouvée de façon fréquente mais l'appareil digestif restait concerné par le recours pour plainte abdominale. L'état morbide algie est apparu, et la dermatologie s'est enrichie avec le tableau de l'acné.

Le généraliste a été confronté à un nouveau problème: la procédure administrative. (Ce Résultat de Consultation correspond à la rédaction d'un certificat ou d'un formulaire ou d'une lettre, à la demande du patient, de l'entourage ou d'une administration, pour un problème médico-social, médico-légal ou personnel) Celui-ci atteignait 1,5 % de fréquence lui donnant la 13^{ème} place dans la fréquence des résultats de consultation (Tableau N°4).

LES PROBLEMES INFECTIEUX ET LA PREVENTION

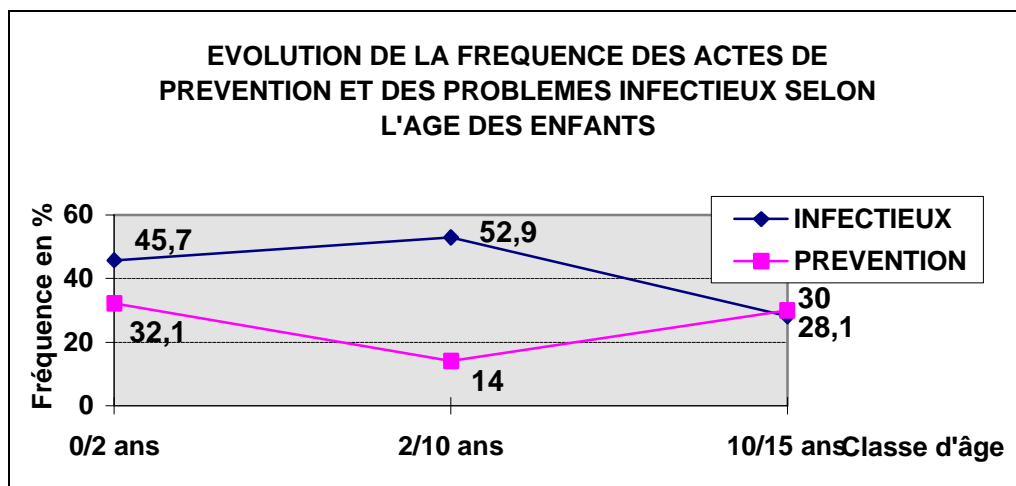


Figure 4

Les actes de prévention diminuaient en fréquence de moitié chez les jeunes enfants de 2 à 10 ans laissant la prépondérance aux problèmes infectieux (Figure N°4). Les actes de prévention et la pathologie infectieuse évoluaient de façon inverse.

Les actes de prévention et la pathologie infectieuse ont représenté l'essentiel des problèmes auxquels les généralistes ont été confrontés chez les enfants. Ils couvraient plus de la moitié de l'activité médicale chez les adolescents (58,1 %), augmentaient chez les jeunes enfants (66,9 %) et atteignait 77,8 % chez les nourrissons.

DISCUSSION

Les séances chez le médecin

Cette étude a montré que les enfants consommaient en moyenne 3,13 séances par an chez le généraliste. Le résultat des enquêtes décennales santé de l'INSEE¹ donnait un chiffre de 3,6 en 1980 et 4,4 en 1991 de recours des enfants aux généralistes. L'enquête CREDES² de 1992 donnait un chiffre de 4,4 séances par an et par personne. Ainsi, les résultats de ce réseau ont été plus proches de celle des années 80 de l'INSEE, que de celles du CREDES. En fait

l'origine des chiffres de l'INSEE et celle du réseau n'était pas la même. L'enquête INSEE se situait au niveau de l'interrogatoire des ménages sur leur consommation médicale. Notre exploitation s'est faite sur l'observation de la pratique des médecins généralistes du réseau.

La différence qui existe avec les résultats du CREDES, dont une partie de l'enquête s'est faite sur l'observation de la pratique des médecins, pourrait s'expliquer par plusieurs éléments. Un d'entre eux est la jeunesse du réseau des médecins de cette étude. En effet les 71 médecins n'étaient pas tous présents au début de la période d'étude; le recrutement du réseau s'est fait au fur et à mesure de sa connaissance par la communauté généraliste sensibilisée. De même, il est vraisemblable que toutes les visites n'ont pas été prises en compte. Ce fait a été sans doute dû à l'absence pour la majorité des médecins d'informatique portable, et pose plus généralement le problème du recueil d'informations par les médecins au domicile des patients.

L'étude du CREDES s'est faite à partir de « l'Enquête permanente sur la prescription médicale » faite par la société IMS-France⁶ Cette enquête, étendue sur une année, s'appuyait sur l'observation pendant 7 jours de chaque médecin, alors que dans le réseau que nous étudions l'observation de chaque médecin se faisait sur toute l'année.

L'évolution des séances de médecins selon l'âge était par contre tout à fait similaire dans notre enquête à celle des recours de l'I.N.S.E.E.¹ Cette enquête donnait une courbe en U avec des recours chez les nourrissons très importants, une décroissance rapide chez les jeunes enfants et un minimum de recours chez les adolescents. Les recours réaugmentaient à l'âge adulte.

Le nombre de problèmes à résoudre par le généraliste

Le nombre moyen de résultats de consultation par séance dans notre étude peut se comparer au nombre moyen de motifs par séances de l'étude du CREDES². L'évolution selon l'âge allait dans le même sens. Le nombre de motifs est minimum chez les enfants de moins de 16 ans (1,23 dans notre étude et 1,19 pour les généralistes de l'étude CREDES) un peu plus élevé chez les nourrissons que chez les jeunes enfants puis augmentait avec l'âge.

Des problèmes peu diversifiés

Un nombre très limité de problèmes (31 résultats de consultation) couvrait près de 80% de l'activité des généralistes auprès des enfants. Alors que les adultes nécessitaient près du double (59 résultats de consultation) pour couvrir 75% de l'activité des médecins. Cette étude montrait un nourrisson qui diversifiait ses résultats de consultation en devenant enfant, adolescent puis adulte.

Ce phénomène qui semble naturel va dans le sens de l'observation du CREDES² lorsqu'il étudiait les motifs de recours pour 100 séances selon l'âge. Bien qu'ils concernaient l'ensemble des médecins (spécialistes et généralistes), une diversification maximale des recours est aussi observée chez les adultes.

Les actes de prévention

La fréquence importante des actes de prévention que nous avons retrouvée dans cette étude a été conforme à l'observation que faisait l'INSEE¹ de la « médicalisation des comportements » avec un accroissement des recours préventifs de la part des familles.

Pour les nourrissons, l'activité de prévention des généralistes de ce réseau couvrait près du tiers de leur travail (32.1%). Ces chiffres confirmaient les résultats de l'enquête du CREDES². Celle-ci retrouvait 39 motifs de prévention pour 100 séances de médecins libéraux (généralistes et spécialistes confondus), Comme ces bébés ont un taux de 1.25 motif par séances, cela donnait une fréquence pour l'activité de l'ensemble de ces médecins libéraux de 31,2% d'actes de prévention.

Par contre, pour les classes d'âge de 2 à 16 ans l'activité de prévention de ces généralistes était différente de celle rapporté par les auteurs de l'enquête du CREDES².

Dans notre étude, la situation était très différente entre les jeunes enfants de 2 à 10 ans et les adolescents de 10 à 15 ans. L'étude du CREDES². Ne distinguait pas ces 2 classes d'âge.

Les problèmes infectieux devenaient encore plus prépondérants chez les jeunes enfants de 2 à 10 ans. Cette progression était en partie expliquée par le recul important des actes de prévention, qui n'avaient plus qu'une fréquence de 14% dans l'activité des généralistes. En effet, à cet âge-là, les examens systématiques de surveillance et les vaccinations s'espacent.

Au contraire, chez les adolescents l'activité des généralistes était dominée par les actes de prévention. Elle couvrait près du tiers de leur activité (30%). Deux chiffres l'expliquaient 19,7% de vaccination et 8% d'examen systématique. Il faut noter que l'année d'observation a correspondu à l'année du début de la généralisation de la vaccination contre l'hépatite B. Ceci doit expliquer en grande partie ce chiffre de 19,7%. Les examens systématiques correspondaient probablement aux examens pour la pratique des sports. Dans cette étude, les adolescents se présentaient aux généralistes comme des sportifs vaccinés, cascadeurs et déjà concernés par les tracasseries administratives !

Les auteurs de l'étude du CREDES² notaient un net recul des motifs de prévention et administratifs chez les enfants de 2 à 15 ans. Ils ne concernaient plus que 13 motifs pour 100 séances de médecins libéraux. Soit, avec un taux de motifs de 1,20 par séances, une fréquence seulement de 10,83% dans l'activité de l'ensemble des médecins (généralistes et spécialistes confondus). Plusieurs différences dans ces 2 études peuvent l'expliquer :

L'étude CREDES² concernait aussi bien les généralistes que les spécialistes, alors que le réseau que nous étudions ne concerne que des médecins généralistes. Nous pouvons nous demander si les jeunes enfants et les adolescents font plus appel aux généralistes qu'aux spécialistes pour les actes de prévention. La population de l'étude du CREDES² était sous représentée chez les enfants de 5 à 9 ans et de 10 à 14 ans par rapport à la population du réseau et de la population INSEE. L'année d'observation de l'étude du CREDES² est différente (novembre 1991 à novembre 1992) date à laquelle la campagne de vaccination contre l'hépatite B n'avait pas commencé. De plus il est vraisemblable que la différence du type d'étude, longitudinale pour le réseau et transversale pour le CREDES majore les problèmes des classes d'âge au recours plus fréquent.

Les problèmes infectieux

Les problèmes ORL dominaient les affections infectieuses relevées par les médecins de ce réseau. Les auteurs de l'étude du CREDES² observaient eux aussi une prépondérance des motifs ORL mais dans des proportions plus importantes : 39,3 motifs ORL pour 100 séances chez les nourrissons, et 41,1 chez les enfants de 2 à 15 ans. Avec un nombre de motifs par séances, respectivement de 1,25 et 1,20 cela donnait des fréquences de 31,44% et 34, 2% en terme d'activité. Les affections ORL ne couvraient que 23% de l'activité des généralistes du réseau auprès des nourrissons, 26,7% auprès des jeunes enfants et 13,4% auprès des adolescents. Ces différences pourraient s'expliquer par le fait que les chiffres de notre étude ne concernaient que des généralistes, celle du CREDES des généralistes et spécialistes, les enfants recouraient-ils plus souvent aux spécialistes qu'aux généralistes pour les affections ORL ?

L'étude CREDES observait que 80% des consultations ORL relevaient des généralistes. Nous pensons plus, qu'il s'agit d'un problème de définitions et de classifications. Dans l'étude CREDES², chaque médecin enquêté utilisait son propre langage, les enquêteurs par la suite reliaient les motifs ou diagnostics portés dans la classification CIM9. Les médecins de notre

étude utilisaient le Dictionnaire des Résultats de Consultation de Médecine Générale où chaque terme est défini. Les motifs de consultation comme « laryngite », « trachéite » n'existent pas dans le Dictionnaire des Résultats de Consultation, mais ces tableaux se retrouvent dans les Résultats de Consultation: « état fébrile », « état afebrile », qui n'ont pas été classés dans les affections ORL mais dans les affections infectieuses ou à manifestation générale. Ceci repose le problème de la définition des termes et de l'utilisation d'un langage commun pour les généralistes.

CONCLUSION

Dans leur ensemble, les enfants ont eu moins recours au médecin généraliste et lui ont posé moins de problèmes à résoudre que les adultes. Les tableaux qu'ont rencontrés les médecins chez les enfants étaient moins diversifiés que chez les adultes et moins dispersés. Trente et un RC couvraient plus de 79% de l'activité médicale alors qu'il en fallait 59 chez les adultes. Avec les enfants, le généraliste a été avant tout confronté à des affections infectieuses notamment ORL et à des actes de prévention. Plus, les enfants grandissaient plus les tableaux présentés se sont diversifiés. Les jeunes enfants se distinguaient des nourrissons et des adolescents par une moindre importance des actes de prévention. La pathologie infectieuse régressait de façon très marquée chez les adolescents, par contre les actes de prévention devenaient dominants. De nouveaux appareils ont été concernés avec le « vieillissement » de l'enfant. La pharyngite, l'asthme, la plainte abdominale, les plaies sont devenus fréquents dès l'âge de 2 ans. L'entorse, l'arthropathie-péritarthropathie, les contusions, l'acné, la sinusite, les anomalies posturales et la procédure administrative ne sont apparues qu'à l'adolescence. La varicelle n'a été fréquente que chez les jeunes enfants de 2 à 10 ans.

Il serait intéressant d'étudier plus finement ces affections infectieuses des enfants. L'existence d'un code suivi dans le Dictionnaire des Résultats de Consultation de Médecine Générale différenciant les tableaux nouveaux de ceux qui persistent, permet d'étudier l'incidence et la prévalence de ces états morbides. De même, il serait intéressant de voir les associations entre les différentes pathologies, de rechercher si des liens existent selon le milieu social, les conditions de vie, le sexe, de savoir si elles se répartissent sur l'ensemble des enfants ou si certains enfants sont plus exposés. Ce réseau de médecin, qui s'est agrandi devrait permettre dans l'avenir de continuer ces recherches.

REFERENCES :

¹ Momiche P, Deux décennies d'évolution des consommations médicales. Dans: Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992 Actes du colloque. INSEE: 20 juin 1994; 25-34

² Aguzzoli F, Le Fur Ph, Sermet C, Clientèle et motifs de recours en médecine libérale. CREDES 1994.

³ Vincent B, Rososwosky O. Les pratiques d'orientation en médecine générale. Document de recherches N° 35-36. SFMG 1990

⁴ Braun R, Pratique critique et enseignement de la médecine générale. Paris: Payot.1979

⁵ ICHPPC = International classification of health problems in primary care a été publié par la WONCA (World Organisation of Colleges, Académies, and Academics Association of General Practitioners) en 1984

⁶ IMS_France = Informations Médicales Statistiques réalisent depuis de nombreuses années une Enquête Permanente sur la Prescription Médicale

RESUME

Pour observer la rencontre des enfants et des généralistes, cette étude a utilisé les données des médecins du réseau de la Société Française de Médecine Générale. Ceux-ci se servaient du dictionnaire des résultats de consultation de Médecine Générale pour relever en temps réel ce qu'ils observaient. Les enfants consultaient moins et posaient moins de problèmes aux généralistes que les adultes. Les enfants en grandissant présentaient des affections de plus en plus diversifiées. Les problèmes infectieux, notamment ORL et les actes de prévention faisaient l'essentiel de l'activité des généralistes auprès des enfants.