

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2011

Thèse n°

THESE

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

présentée et soutenue publiquement
le 11 février 2011 à Poitiers
par **Mademoiselle Sophie PARENT**

**Le statut social des enfants de 0 à 5 ans
influe-t-il sur la prise en charge de leurs problèmes de santé?**
A partir d'une étude réalisée en médecine générale

COMPOSITION DU JURY

Président : Madame le Professeur Christine SILVAIN

Membres : Monsieur le Professeur Régis HANKARD
Monsieur le Professeur Guillaume LEVARD
Monsieur le Docteur Michel BERTHIER

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Olivier KANDEL

Table des matières

Introduction	9
Matériel et méthodes	15
1. Objectif.....	15
2. Question de recherche.....	15
3. Type d'étude.....	15
4. Lieu de l'étude.....	15
5. Définition de la population étudiée.....	15
5.1 Choix de la tranche d'âge.....	15
5.2 Définition du statut social.....	16
5.2.1 <i>Les enfants socialement précaires</i>	16
5.2.2 <i>Les enfants non socialement précaires</i>	16
6. Taille de l'échantillon.....	17
7. Critères d'exclusion.....	17
8. Données recueillies.....	17
8.1 Liste de l'ensemble des variables étudiées.....	17
8.2 Données relatives au suivi.....	18
8.2.1 <i>Nombre cumulé d'années de suivi</i>	18
8.2.2 <i>Nombre de consultations</i>	18
8.3 Données relatives aux prises en charge.....	18
8.3.1 <i>Descriptif de l'état de santé pris en charge, des actes de prévention et de vaccination</i>	18
8.3.2 <i>Vaccination initiale DTP</i>	19
8.3.3 <i>Antibiotiques</i>	19
8.3.4 <i>Examens complémentaires</i>	19
8.3.5 <i>Certificats médicaux</i>	19
8.3.6 <i>Recours à un autre professionnel de santé</i>	19
8.4 Prise en charge de l'état fébrile.....	20
9. Analyse statistique.....	21
10. Comparabilité des données et pondération.....	21
Résultats	23
1. Échantillon global.....	23
1.1 Taille de l'échantillon.....	23
1.2 Statut social estimé.....	23
1.3 Nombre cumulé d'années de suivi.....	23
1.4 Nombre de consultations.....	23
1.5 Descriptif de l'état de santé pris en charge, des actes de prévention et de vaccination.....	23
1.6 Vaccination initiale DTP.....	24
1.7 Antibiotiques.....	24
1.8 Examens complémentaires.....	25
1.9 Certificats médicaux.....	25
1.10 Recours à un autre professionnel de santé.....	26
2. Discrimination en deux sous-populations selon le nombre total de consultations.....	27
2.1 Taille des sous-populations.....	27
2.2 Statut social.....	27
2.3 Couverture médicale.....	27

2.4	Nombre cumulé d'années de suivi et nombre de consultations.....	28
2.5	Descriptif de l'état de santé pris en charge, des actes de prévention et de vaccination.....	28
2.6	Vaccination initiale DTP.....	30
2.7	Antibiotiques.....	30
2.8	Autres éléments de prise en charge.....	30
3.	Le groupe des enfants socialement précaires.....	31
3.1	Taille du groupe.....	31
3.2	Couverture médicale.....	31
3.3	Nombre cumulé d'années de suivi.....	31
3.4	Nombre de consultations.....	31
3.5	Descriptif de l'état de santé pris en charge, des actes de prévention et de vaccination.....	31
3.6	Vaccination initiale DTP.....	32
3.7	Antibiotiques.....	32
3.8	Examens complémentaires.....	32
3.9	Certificats médicaux.....	33
3.10	Recours à un autre professionnel de santé.....	33
4.	Le groupe des enfants issus de la classe moyenne.....	34
4.1	Taille du groupe.....	34
4.2	Nombre cumulé d'années de suivi.....	34
4.3	Nombre de consultations.....	34
4.4	Descriptif de l'état de santé pris en charge, des actes de prévention et de vaccination.....	35
4.5	Vaccination initiale DTP.....	35
4.6	Antibiotiques.....	35
4.7	Examens complémentaires.....	36
4.8	Certificats médicaux.....	36
4.9	Recours à un autre professionnel de santé.....	36
5.	Le groupe d'enfants issus de milieux favorisés.....	37
5.1	Taille du groupe.....	37
5.2	Nombre cumulé d'années de suivi.....	37
5.3	Nombre de consultations.....	37
5.4	Descriptif de l'état de santé pris en charge, des actes de prévention et de vaccination.....	38
5.5	Vaccination initiale DTP.....	38
5.6	Antibiotiques.....	38
5.7	Examens complémentaires.....	39
5.8	Certificats médicaux.....	39
5.9	Recours à un autre professionnel de santé.....	39
6.	Comparaison selon les trois classes sociales.....	40
6.1	Taille des groupes.....	40
6.2	Nombre de consultations.....	41
6.3	Descriptif de l'état de santé pris en charge, des actes de prévention et de vaccination.....	41
6.4	Vaccination initiale DTP.....	43
6.5	Antibiotiques.....	43
6.6	Examens complémentaires.....	43
6.7	Certificats médicaux.....	44
6.8	Recours à un autre professionnel de santé.....	44

7. Prise en charge de l'état fébrile.....	44
7.1 Nombre d'états fébriles.....	44
7.2 Traitement de l'état fébrile.....	45
7.3 Traitement selon le caractère nouveau ou persistant de l'épisode.....	45
7.4 Traitement selon le nombre total de consultations.....	46
7.5 Traitement selon les classes sociales.....	47
Discussion.....	49
1. Limites et biais de notre étude.....	49
1.1 Type d'étude.....	49
1.2 Lieu de l'étude.....	49
1.3 Définition du statut social.....	49
1.4 Critères d'inclusion.....	50
1.5 Données recueillies.....	50
1.6 Étude par enfant-année.....	50
2. Résultats.....	50
2.1 Description de l'échantillon.....	50
2.1.1 <i>Statut social</i>	51
2.1.2 <i>Nombre de consultations</i>	52
2.1.3 <i>Descriptif de l'état de santé pris en charge, des actes de prévention et de vaccination</i>	53
2.1.4 <i>Vaccination initiale DTP</i>	54
2.1.5 <i>Antibiotiques</i>	54
2.1.6 <i>Autres éléments de prise en charge</i>	55
2.1.7 <i>Synthèse</i>	55
2.2 Discrimination selon le nombre total de consultations.....	55
2.2.1 <i>Nombre cumulé d'années de suivi et nombre de consultations</i>	56
2.2.2 <i>Descriptif de l'état de santé pris en charge, des actes de prévention et de vaccination</i>	56
2.2.3 <i>Synthèse</i>	56
2.3 Comparaison selon les trois classes sociales.....	57
2.3.1 <i>Nombre de consultations</i>	57
2.3.2 <i>Descriptif de l'état de santé pris en charge, des actes de prévention et de vaccination</i>	58
2.3.3 <i>Vaccination initiale DTP</i>	58
2.3.4 <i>Antibiotiques</i>	58
2.3.5 <i>Examens complémentaires</i>	59
2.3.6 <i>Certificats médicaux</i>	59
2.3.7 <i>Recours à un autre professionnel de santé</i>	59
2.3.8 <i>Synthèse</i>	60
2.4 Prise en charge médicamenteuse de l'état fébrile.....	60
2.4.1 <i>Traitement selon le caractère nouveau ou persistant de l'épisode</i>	60
2.4.2 <i>Traitement selon le nombre de consultations</i>	61
2.4.3 <i>Traitement selon les classes sociales</i>	61
2.4.4 <i>Synthèse</i>	61
Conclusion.....	62
Bibliographie.....	64
Annexes.....	69
<i>Annexe 1 – Dictionnaire des RC</i>	69

<i>Annexe 2</i> – Présentation de certains résultats de l'échantillon par tranche d'âge.....	70
<i>Annexe 3</i> – Les 10 RC les plus fréquents, pour les enfants âgés de 0 à 2 ans, exprimés en pourcentage par rapport au nombre total d'actes.....	71
<i>Annexe 4</i> – Test statistique pour la comparaison des deux sous-populations discriminées selon le nombre de consultations.....	72
<i>Annexe 5</i> – Tests statistiques pour la comparaison entre les trois classes sociales.	73
<i>Annexe 6</i> – Tests statistiques relatifs à la prise en charge de l'état fébrile.....	75
<i>Annexe 7</i> – Score Epices.....	76
<i>Annexe 8</i> – Pourcentage des patients bénéficiaires de la CMUc dans le cabinet étudié.....	77
<i>Annexe 9</i> – Plafonds de ressources pour l'obtention de la CMUc.....	78
Résumé	79

Liste des abréviations

Afssaps : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

AME : Aide Médicale d'État

BEH : Bulletin épidémiologique hebdomadaire

CMUc : Couverture Médicale Universelle complémentaire

CERC : Conseil de l'Emploi, des Revenus et de la Cohésion sociale

CES : Centres d'examens de santé

CGP : Commissariat Général du Plan

CNAF : Caisse Nationale des Allocations Familiales

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DRC : Dictionnaire des Résultats de Consultation

Drees : Direction de la recherche, de l'évaluation et des statistiques

DTP : Diphtérie Tétanos Poliomyélite

EDEN : Étude des Déterminants pré et post natals précoces du développement psychomoteur de l'ENfant

ELFE : Étude longitudinale française depuis l'enfance

Epices : Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les CES

INED : Institut National des Études Démographiques

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

Irdes : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

InVS : Institut de veille sanitaire

OMG : Observatoire de la Médecine Générale

ORL : Oto-rhino-laryngologiste

PMI : Protection Maternelle Infantile

RC : Résultat de Consultation

SFMG : Société Française de Médecine Générale

Sida : Syndrome d'immunodéficience acquise

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

Liste des figures

Figure 1 : Découvertes de séropositivité pour le VIH en 2008 par nationalité, en pourcentage.....	11
Figure 2 : RC « ETAT FEBRILE ».....	20
Figure 3 : Nombre d'enfants selon le nombre cumulé d'années de suivi et le nombre total de consultations par enfant.....	28
Figure 4 : Répartition des enfants pour les trois classes sociales, en pourcentage.....	40
Figure 5 : Nombre de consultation par enfant-année pour les trois classes sociales.....	41
Figure 6 : Examens de prévention pour les trois classes sociales, en pourcentage par rapport au nombre total d'actes.....	41
Figure 7 : Pourcentage de consultations où une dermatose a été diagnostiquée, pour les trois classes sociales.....	42
Figure 8 : Nombre d'examen complémentaire par enfant-année pour les trois classes sociales.....	43
Figure 9 : Orientations vers certains professionnels de santé, pour les trois classes sociales, par enfant-année.....	44
Figure 10 : Nombre moyen de médicaments prescrits lors d'un état fébrile, selon le caractère nouveau ou persistant de l'épisode.....	46
Figure 11 : Nombre moyen de médicaments prescrits lors d'un état fébrile nouveau, pour les deux sous-groupes discriminés selon le nombre total de consultations par enfant.....	47
Figure 12 : Nombre moyen de médicaments prescrits lors d'un état fébrile nouveau, pour les trois classes sociales.....	48

Liste des tableaux

Tableau 1 : Perception et problèmes de santé des sans-domicile, en pourcentage.....	10
Tableau 2 : Prévalence des principaux problèmes de santé physiques des sans domicile, en pourcentage.....	10
Tableau 3 : Récapitulatif des variables étudiées.....	18
Tableau 4 : Les 10 RC les plus fréquents, pour la totalité de l'échantillon, en pourcentage par rapport au nombre total d'actes.....	24
Tableau 5 : Répartition des examens complémentaires pour la totalité de l'échantillon.....	25
Tableau 6 : Orientations vers un autre professionnel de santé, pour la totalité de l'échantillon, en pourcentage.....	26
Tableau 7 : Répartition de l'échantillon selon le statut social et le nombre total de consultations par enfant.....	27
Tableau 8 : Couverture médicale des enfants socialement précaires selon le nombre total de consultations par enfant.....	27
Tableau 9 : Nombre d'enfants et de consultations selon le nombre total de consultations par enfant.....	28
Tableau 10 : Les 10 RC les plus fréquents, pour la population ayant consulté moins de 5 fois, en pourcentage par rapport au nombre total d'actes.....	29
Tableau 11 : Les 10 RC les plus fréquents, pour la population ayant consulté au moins 5 fois, en pourcentage par rapport au nombre de total d'actes.....	29
Tableau 12 : Nombre d'antibiotiques prescrits par enfant-année selon le nombre total de consultations par enfant.....	30
Tableau 13 : Les 10 RC les plus fréquents, pour les enfants socialement précaires, en pourcentage par rapport au nombre total d'actes.....	32
Tableau 14 : Répartition des examens complémentaires prescrits aux enfants socialement précaires.....	33
Tableau 15 : Orientations vers un autre professionnel de santé, pour les enfants socialement précaires, en pourcentage.....	34
Tableau 16 : Les 10 RC les plus fréquents, pour les enfants issus de la classe moyenne, en pourcentage par rapport au nombre total d'actes.....	35
Tableau 17 : Répartition des examens complémentaires prescrits aux enfants issus de la classe moyenne.....	36
Tableau 18 : Orientations vers un autre professionnel de santé, pour les enfants issus de la classe moyenne, en pourcentage.....	37
Tableau 19 : Les 10 RC les plus fréquents, pour les enfants issus de milieux favorisés, en pourcentage par rapport au nombre total d'actes.....	38
Tableau 20 : Répartition des examens complémentaires prescrits aux enfants issus de milieux favorisés.....	39
Tableau 21 : Orientations vers un autre professionnel de santé, pour les enfants issus de milieux favorisés, en pourcentage.....	40
Tableau 22 : Nombre de dermatose par enfant-année pour les trois classes sociales.....	42
Tableau 23 : Nombre et nombre moyen de médicaments prescrits lors d'un état fébrile....	45
Tableau 24 : Nombre et nombre moyen des médicaments prescrits lors d'un état fébrile, selon le caractère nouveau ou persistant de l'épisode.....	46
Tableau 25 : Nombre d'états fébriles nouveaux, pour les deux sous-populations discriminées selon le nombre total de consultations par enfant.....	46
Tableau 26 : Nombre et nombre moyen des médicaments prescrits lors d'un état fébrile nouveau, pour les deux sous-groupes discriminés selon le nombre total de consultations par enfant.....	47

Tableau 27 : Nombre moyen de médicaments prescrits, lors d'un état fébrile nouveau, pour les trois classes sociales.....	48
Tableau 28 : Répartition des ménages français, en fonction de la présence ou non d'enfants, chez les bénéficiaires et les non bénéficiaires de la CMUc.....	52
Tableau 29 : Les 10 RC les plus fréquents pour les enfants âgés de 0 à 2 ans de notre échantillon comparés aux données de l'OMG, en pourcentage par rapport au nombre total d'actes.....	53
Tableau 30 : Nombre de consultations par enfant-année selon le statut social et la couverture médicale.....	57

Introduction

Les inégalités sociales de santé sont avant tout des inégalités sociales [1]. Il a été démontré que le milieu social a une influence sur l'âge de survenue de la mort. Ainsi, les manœuvres ont une espérance de vie à 35 ans raccourcie de 8 ans par rapport à celle des cadres supérieurs [2]. De plus, durant leur existence, ils passent plus de temps que la moyenne en situation d'incapacité [3]. Il existe donc un lien entre l'état de santé d'une personne et sa position dans la hiérarchie sociale. Ce phénomène ne se réduit pas à une opposition entre les personnes pauvres et les autres, mais suit une distribution socialement stratifiée qui permet un classement selon un gradient social [4].

Dans le processus de création de ces inégalités, l'influence du système de santé est un autre facteur déterminant qui peut paraître a priori modeste. Néanmoins, les conditions d'accès aux soins et la qualité des prises en charge offertes jouent un rôle [5].

Une première approche possible des inégalités sociales de santé consiste à étudier des sous-populations. De nombreuses publications ont en effet montré des différences d'état de santé de certains groupes par comparaison à la population générale, comme l'illustrent les trois exemples suivants.

En 2001, une enquête réalisée par l'Insee s'était intéressée à la population sans domicile [6].

Elle avait montré que 16% des sans domicile usagers des services d'aide s'estimaient en mauvaise santé, contre 3% de la population ayant un logement personnel (tableau 1).

Tableau 1 : Perception et problèmes de santé des sans-domicile, en pourcentage
Source INSEE

Perception de la santé	Population ayant un logement personnel			Sans-domicile usagers des services d'aide	
	Ensemble	Cadres et professions intellectuelles supérieures *	Ouvriers et employés *	Ensemble	Ouvriers et employés *
De médiocre à très mauvaise	3	2	4	16	16
Moyenne	16	12	20	31	30
De bonne à très bonne	81	86	76	53	54
Déclare au moins une maladie chronique ou grave	32	31	34	65	66

* Il s'agit de la catégorie socioprofessionnelle actuelle ou antérieure pour les chômeurs

Cette étude avait aussi mis en évidence un lien entre les conditions de vie, le stress qui en découle, et la prévalence de certaines pathologies, comme le montrent les données du tableau 2.

Tableau 2 : Prévalence des principaux problèmes de santé physiques des sans domicile, en pourcentage
Source INSEE

	Population ayant un logement personnel			Sans-domicile usagers des services d'aide		
	Homme	Femme	Ensemble	Homme	Femme	Ensemble
Migraine	3	7	4	13	30	20
Maladie respiratoire	6	5	6	13	14	14
Séquelles d'accident ou de maladie grave	2	<2	2	15	8	13
Maladie articulaire et osseuse	9	8	8	11	9	10
Maladie du système digestif	2	3	2	10	10	10
Désordres alimentaires importants	<2	6	<2	7	11	9
Hypertension	5	3	4	8	9	8
Maladie de la peau	4	6	4	8	6	7
Maladie cardio-vasculaire	3	3	3	6	5	6
Maladie du foie et de la vésicule biliaire	<2	<2	<2	6	4	6

Un deuxième exemple nous a été fourni par plusieurs publications portant sur l'étude de l'infection VIH selon la nationalité des personnes atteintes. La nationalité est un des items figurant sur les fiches de déclaration obligatoire de sida. Ainsi, l'InVS produit régulièrement des études sur le sida et les étrangers domiciliés en France. Jusqu'en 2003, seule l'infection au stade sida avait été comptabilisée. Par la suite, l'infection par le VIH avait elle aussi été surveillée.

Du début de l'épidémie jusqu'en 1996, l'incidence de nouveaux cas de sida

avait évolué en France de façon similaire pour les personnes de nationalité étrangère et pour les Français. Après 1996, elle avait diminué globalement, mais de façon moins nette pour les populations de nationalité étrangère. Le pourcentage de ces populations dans les nouveaux cas était alors passé de 15% en 1996 à 20% en 2008 [7].

Il avait été par ailleurs noté des différences selon le type de nationalité étrangère, avec une proportion importante de contamination dans la population originaire de l'Afrique subsaharienne [8] (figure 1).

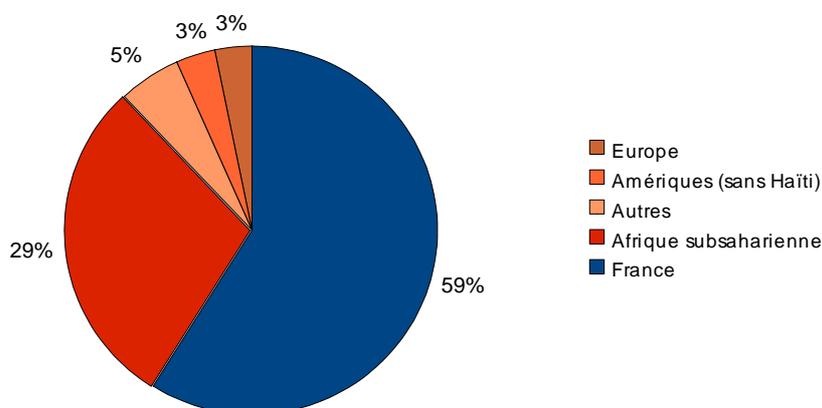


Figure 1 : Découvertes de séropositivité pour le VIH en 2008 par nationalité, en pourcentage
Source InVS

Une troisième étude enfin avait retenu notre attention, notamment du fait de son caractère local poitevin [9]. Une grande proportion des enfants précarisés, en France, sont de nationalité étrangère. L'étude ici citée concernait justement la description d'une population d'enfants poitevins de nationalité guinéenne. Leurs familles présentaient différentes caractéristiques qui les plaçaient en situation de vulnérabilité, à l'écart du continuum social. Sur leur état de santé, plusieurs constats avaient été établis. Il avait été mis en évidence que certaines pathologies, pourtant acquises, telle le saturnisme, les frappaient de façon quasi exclusive. Ils étaient touchés par certaines maladies, comme les anémies carencielles sévères, dans des proportions sans commune mesure avec la population environnante. Différents mécanismes de compréhension de ces phénomènes avaient pu être mis en évidence et tendaient à démontrer la nécessité de mettre en place en France des politiques publiques de prévention et de protection.

Une seconde approche des inégalités sociales de santé consiste à considérer qu'aux différences d'état de santé peuvent s'ajouter des différences de prises en charge selon le statut social estimé des patients. Les sciences sociales tendent à mettre en évidence certaines d'entre elles, notamment dans le champ de la relation médecin-malade. Par exemple, l'information relative à l'état de santé et aux traitements a été décrite comme délivrée essentiellement à des personnes appartenant à des catégories sociales supérieures. Le mécanisme explicatif reposerait en partie sur l'impression du médecin qui lui fait attribuer à ces patients une capacité de compréhension plus élevée, liée à leur prestance sociale. Les médecins pratiqueraient également plus souvent le mensonge lorsqu'ils s'adressent à des malades de milieux populaires. Ils se justifieraient en avançant que le statut culturel de ces patients ne leur permettrait pas de recevoir la vérité. Il existerait donc aussi une inégalité sociale d'accès à l'information [10].

Il nous a semblé pertinent dans ces conditions de nous interroger sur les pratiques en médecine générale et d'en effectuer une étude comparative selon le statut social estimé des patients. Envisager la prise en charge d'une population d'enfants sous l'angle du statut social nous a paru intéressant pour deux raisons principales.

La première repose sur l'originalité du sujet. La pauvreté des enfants n'est pas une situation rare en France [11]. Cependant, peu d'études portent sur cette thématique [12]. Le constat est le même lorsque l'intérêt se focalise sur la santé de ces enfants [13]. Pourtant, il est connu que la dégradation de la santé et de la situation sociale sont des processus intriqués et déterminés dès l'enfance [14] [15] [16]. Nous pouvons néanmoins espérer que, dans le futur, de plus amples données seront disponibles. En effet, en France, plusieurs études de cohorte d'enfants sont actuellement en cours : l'étude EDEN [17] ou encore l'étude ELFE [18]. Elles se sont intéressées, entre autres, aux conditions socio-économiques de vie des enfants et permettront sans doute d'accroître les connaissances dans ce domaine.

Dans un autre ordre d'idée, sur un plan méthodologique, l'étude ciblée de la prise en charge d'enfants nous semblait permettre de réduire certains biais. En effet, lors de la consultation d'un enfant, l'exploration d'un symptôme est peu influencée par sa représentation de son état de santé, même s'il faut bien entendu tenir compte

de celle de ses parents. Par ailleurs, son environnement social est plus réduit que celui d'un adulte – peu d'interactions sociales, pas d'influence du statut professionnel. Ainsi, le choix de cette population permettait de s'affranchir de certains déterminants du patient qui influent sur leurs prises en charge.

Nous avons alors formulé des hypothèses de travail concernant la prise en charge des enfants en situation de précarité. Nous nous sommes basés notamment sur des idées préconçues exprimées par les professionnels de santé, puisqu'aucune étude antérieure détaillée ne semblait avoir porté sur le sujet.

Nous avons supposé qu'une adaptation des démarches de soins aux conditions de vie de l'enfant pouvait se produire. En effet, il était possible que la prise en compte des ressources financières de la famille ait une influence sur les prescriptions effectuées. Par ailleurs, nous avons envisagé une adaptation sélective des stratégies de dépistage en fonction de l'existence de facteurs de risque liés aux situations de précarité, telle la possible exposition au plomb.

Lors de la prise en charge de problèmes infectieux, nous avons le sentiment que les quantités d'antibiotiques prescrits pouvaient être plus importantes pour les enfants en situation de précarité. Des études rapportées dans la littérature allaient d'ailleurs dans ce sens. Elles cherchaient de façon plus générale à identifier les raisons non biomédicales de prescription d'un antibiotique. Des déterminants psycho-sociaux intervenant dans la décision de prescrire ou non un antibiotique en médecine générale avaient été mis en évidence dans chacune d'elles [19] [20] [21].

En ce qui concerne la prescription d'examen complémentaires, il nous semblait légitime de s'interroger sur la possibilité d'y avoir recours plus facilement pour les personnes considérées comme socialement précaires. Nous pensons notamment aux situations où des difficultés de communication, comme la barrière de la langue, entrent en jeu. Ce sentiment avait d'ailleurs été exprimé par des médecins généralistes lors d'une enquête s'intéressant à leurs pratiques vis-à-vis des personnes immigrées [22].

Nous pouvions enfin penser que la proximité sociale existant entre les médecins et la clientèle d'enfants de milieux favorisés pouvait jouer un rôle dans les prises en charge, sans que nous arrivions à bien en définir l'impact.

Sur cette base, nous avons décidé d'étudier l'influence du statut social des enfants sur leur prise en charge médicale et formulé notre question de recherche :
Le statut social des enfants de 0 à 5 ans influe-t-il sur la prise en charge de leurs problèmes de santé ?

Matériel et méthodes

1. Objectif

Nous avons voulu étudier les éventuelles différences de prise en charge d'une population d'enfants, par des médecins généralistes, selon le statut social estimé de ces enfants. Nous nous sommes intéressés tout particulièrement à la prise en charge de l'état fébrile.

2. Question de recherche

Le statut social des enfants de 0 à 5 ans influe-t-il sur la prise en charge de leurs problèmes de santé en médecine générale?

3. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude descriptive, rétrospective.

4. Lieu de l'étude

Notre étude a été menée dans un cabinet où travaillent deux médecins généralistes et des internes en formation. Ce choix a été fait pour des raisons pratiques, mais présentait également l'avantage de limiter les biais liés aux éventuelles différences de pratiques entre cabinets.

5. Définition de la population étudiée

5.1 Choix de la tranche d'âge

Nous avons choisi de nous intéresser à la prise en charge d'une population d'enfants âgés de 0 à 5 ans. Les limites d'âge ont été définies arbitrairement.

Notre démarche étant rétrospective, nous avons commencé par sélectionner les dossiers des enfants nés en 2004, puis nous sommes remontés chronologiquement. Le choix de l'année 2004 a été dicté par le fait que chaque

enfant devait avoir 5 ans au moins au moment du recueil des données. Les dossiers pris en compte concernaient des enfants nés entre 1998 et 2004.

5.2 Définition du statut social

Notre intérêt portant sur l'analyse de l'influence des représentations sociales des médecins sur leurs pratiques de prise en charge, nous ne cherchions pas à évaluer de façon objective et complète le statut social. Afin de mener notre étude, nous avons défini deux groupes de patients : d'une part, un groupe considéré comme socialement précaire, objet de notre analyse et, d'autre part, un groupe de non précaires constitué par le restant de la population.

Notre objectif principal était de comparer la prise en charge des enfants socialement précaires à celle des autres. Toutefois, il nous a paru opportun de distinguer, parmi les non précaires, deux groupes : ceux issus de la classe moyenne et ceux socialement favorisés. Cette optique nous semblait d'autant plus intéressante que des spécificités de prise en charge concernant les personnes issues de milieux favorisés avaient précédemment été rapportées dans la littérature [10].

5.2.1 *Les enfants socialement précaires*

Pour les définir, nous avons retenu un critère socio-administratif : le bénéfice de la CMUc ou de l'AME. Ce choix a été proposé par les médecins concernés par notre étude. Ainsi, tout enfant qui s'était trouvé dans cette situation à un moment donné, entre l'âge de 0 à 5 ans, a été classé dans le groupe « précaire ».

5.2.2 *Les enfants non socialement précaires*

Ce groupe était constitué par tous les autres enfants. Pour distinguer ceux issus de la classe moyenne de ceux socialement favorisés, nous avons retenu une approche déjà utilisée lors de travaux de recherches en sociologie, basée sur les représentations sociales [10]. En effet, notre détermination du statut social de ces

enfants s'est construite à partir des déclarations des médecins du cabinet étudié. Ils nous ont dit avoir fait appel à leur connaissance de l'environnement familial. Ils se sont basés ainsi sur leurs représentations du capital socio-économique et culturel de la famille. Cette évaluation était par conséquent pluri-factorielle. Or, il semblerait que le niveau socioculturel soit plus déterminant que le revenu dans la création de certaines inégalités sociales [2].

6. Taille de l'échantillon

Nous avons défini la taille de notre échantillon de façon empirique avec un nombre de cas observés suffisant pour pouvoir effectuer nos comparaisons statistiques.

7. Critères d'exclusion

Nous n'avons évidemment pas inclus dans notre recueil de données les enfants qui n'avaient pas été vus de l'âge de 0 à 5 ans dans le cabinet où nous avons effectué l'étude.

Les enfants non bénéficiaires de la CMUc ou de l'AME, ayant consulté au moins cinq fois, de l'âge de 0 à 5 ans, mais pour lesquels le statut social n'a pu être défini, n'ont pas été non plus inclus.

8. Données recueillies

8.1 Liste de l'ensemble des variables étudiées

Le tableau 3 présente les modalités de saisie et la fonction des différentes variables qui ont été étudiées.

Tableau 3 : Récapitulatif des variables étudiées

Variable	Saisie	Fonction
Couverture sociale	AME/CMUc	Définition du statut social
Années de suivi	Nombre cumulé	Indicateur de suivi
Consultations	Nombre cumulé	Indicateur de suivi
Résultats de consultation	Selon le statut social et la tranche d'âge	Descriptif de l'état de santé
Vaccination initiale DTP	Effectuée ou non au cabinet	Élément de prise en charge
Prescription d'antibiotiques	Nombre	Élément de prise en charge
Prescription d'exams complémentaires	Type, nombre	Élément de prise en charge
Établissement de certificats	Type, nombre	Élément de prise en charge
Recours	Type, nombre	Élément de prise en charge
Prise en charge de l'état fébrile	Prescriptions médicamenteuses	Élément de prise en charge

8.2 Données relatives au suivi

8.2.1 *Nombre cumulé d'années de suivi*

Nous avons calculé pour chaque enfant le nombre d'années pendant lesquelles il avait été suivi au cabinet. Nous l'avons fait, par une méthode de majoration, en soustrayant systématiquement l'année de la première consultation à celle de la dernière année où il a été vu dans la période d'intérêt, puis en ajoutant la valeur 1.

8.2.2 *Nombre de consultations*

Nous avons comptabilisé le nombre de consultations par enfant, par tranche d'âge de 1 an.

8.3 Données relatives aux prises en charge

8.3.1 *Descriptif de l'état de santé pris en charge, des actes de prévention et de vaccination*

Les dossiers médicaux, dans le cabinet où nous avons effectué notre étude, sont informatisés. Le logiciel de gestion du dossier, easyprat®, intègre un outil qui a

été conçu par la Société Française de Médecine Générale : le dictionnaire des Résultats de Consultation (annexe 1) [23]. Un résultat de consultation (RC) correspond à une standardisation des situations cliniques prenant même en compte celles sans diagnostic certifié en fin de consultation. Ce langage commun est transcodé en langage CIM10.

Le recueil des différents RC a été effectué de façon cumulée, selon le statut social de l'enfant, par tranche d'âge d'un an.

8.3.2 Vaccination initiale DTP

Nous avons relevé une donnée particulière du statut vaccinal de l'enfant, à savoir s'il avait reçu les trois doses initiales de vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite au sein du cabinet. Notre intérêt s'est porté sur cette vaccination car elle est obligatoire, avec un schéma à plusieurs injections qui sont administrées au cours d'une période de vie couverte par le champ de notre étude.

8.3.3 Antibiotiques

Nous avons comptabilisé le nombre total d'antibiotiques prescrits pendant la période d'analyse.

8.3.4 Examens complémentaires

Nous avons relevé le nombre de prescriptions et la nature des examens complémentaires.

8.3.5 Certificats médicaux

Nous avons relevé le nombre et le type des certificats médicaux.

8.3.6 Recours à un autre professionnel de santé

Nous avons dénombré les orientations vers un autre professionnel de santé, en précisant, dans chaque cas, la qualification de ce dernier.

8.4 Prise en charge de l'état fébrile

L'état fébrile est défini par un certain nombre de critères (figure 2).

ETAT FEBRILE - CODE CIM 10 : J06.8
++++ FIÈVRE OU SENSATION DE FIÈVRE
++1 isolée
+ - frissons, sueurs, courbatures
++1 associée à des symptômes et signes généraux et locaux
++++ NON CARACTÉRISTIQUE ET NON CLASSABLE AILLEURS
+ - abattement, lassitude, inappétence (incapacité au travail, frissons, « enfant grognon »)
+ - céphalée
+ - état vertigineux
+ - courbatures, myalgies
+ - obstruction, écoulement nasal
+ - douleurs sinusiennes spontanées ou provoquées
+ - symptôme ou signe pharyngé ou amygdalien
+ - modification de la voix
+ - toux
+ - expectoration minime, non caractéristique
+ - signes auscultatoires pulmonaires non significatifs
+ - sensation de brûlure rétrosternale
+ - auriculaire : otalgie, tympons un peu rouges ou discrètement modifiés
+ - oculaire : larmoiement, rougeur conjonctivale
+ - nausées
+ - vomissements
+ - douleur abdominale
+ - douleur lombaire uni ou bilatérale
+ - selles molles, diarrhée
+ - pollakiurie
+ - brûlures mictionnelles
+ - urines troubles
+ - exanthème
+ - adénopathies
+ - récurrence

++++ : critères obligatoires pour retenir ce diagnostic
++ 1| : au moins un des critères doit être présent
+/- : complément sémiologique enrichissant la description du cas

Figure 2 : RC « ETAT FEBRILE »

Nous nous sommes intéressés particulièrement à ce RC car c'est le diagnostic le plus fréquemment relevé pour les enfants de 2 à 9 ans, selon l'Observatoire de la Médecine Générale. De plus, sa prise en charge est bien codifiée. Elle fait d'ailleurs l'objet d'une recommandation émise par l'Afssaps [24].

Nous avons relevé pour chaque patient, selon la catégorie sociale, la prise en

charge du premier épisode d'état fébrile présenté à partir de l'âge de 1 an. Les épisodes présentés pendant la première année de vie ont été exclus afin de limiter l'influence des représentations des parents vis-à-vis de la fièvre de l'enfant jeune [25]. En effet, nous avons estimé que celles-ci pouvaient modifier les décisions thérapeutiques du médecin.

Les prises en charge après 4 ans ont été exclues afin de réduire les écarts liés aux différences d'états de santé selon l'âge. Nous pensions ainsi obtenir une plus grande homogénéité dans notre échantillon.

Pour chaque épisode, nous avons relevé, selon la classe sociale, les prescriptions médicamenteuses.

Nous avons formulé l'hypothèse que lorsque l'état fébrile persistait, la prise en charge serait moins influencée par la représentation sociale du médecin et que d'autres déterminants entreraient en jeu. Nous avons alors effectué séparément le même relevé pour chaque état fébrile persistant.

La présence de l'adjectif « persistant » pour un RC signifie que le problème de santé a déjà été pris en charge par un médecin. Il n'est pas lié à un critère de durée de la symptomatologie.

9. Analyse statistique

Les analyses ont été conduites en utilisant les logiciels Excel® 2007, OpenOffice® 2.4 et Epi Info® 3.5.1.

10. Comparabilité des données et pondération

Lors de l'analyse de nos résultats, nous avons constaté une grande variabilité des durées de suivi. Il a alors été nécessaire d'utiliser la notion de personne-temps pour présenter certains de nos résultats. Ici, nous avons choisi un enfant-année. Notre référence a donc été le suivi d'un enfant pendant un an.

En pratique, pour calculer nos résultats par enfant-année, nous avons divisé la valeur cumulée de la donnée nous intéressant par le nombre cumulé d'années de suivi pour l'ensemble de la population concernée.

De plus, pour supprimer le biais lié aux différences de nombre de

consultations par enfant-année selon la sous-population, nous avons réajusté toutes les valeurs de nos indicateurs annoncées par enfant-année en les multipliant par le facteur de pondération suivant : nombre de consultations par enfant-année pour l'ensemble de la population rapporté au nombre de consultations par enfant-année pour la population concernée.

Pour le groupe ayant été amené en consultation moins de 5 fois, nous avons obtenu un nombre de consultations par enfant-année fortement inférieur à celui calculé pour le groupe amené en consultation au moins 5 fois. Cette différence pouvait entraîner des biais dans notre analyse. Par ailleurs, une moins bonne connaissance de cette patientèle particulière par les praticiens rendait plus difficile la distinction entre classe moyenne et milieux favorisés. Par conséquent, notre intérêt s'est principalement porté sur l'étude de la sous-population ayant consulté au moins 5 fois.

Résultats

1. Échantillon global

1.1 Taille de l'échantillon

Nous avons sélectionné au total 591 dossiers. 120 n'ont pas été retenus dans la mesure où les enfants concernés n'avaient pas été amenés au cabinet durant les cinq premières années de leur vie. Nous en avons exclu 12 pour lesquels le statut social n'avait pas pu être déterminé. 459 dossiers ont donc été inclus dans l'étude. La répartition du nombre d'enfants par tranche d'âge est présentée dans l'annexe 2.

1.2 Statut social estimé

Parmi les 459 dossiers inclus dans notre étude, nous avons retrouvé 42 enfants (9%) qui avaient bénéficié à un moment donné de l'AME et 115 (25%) de la CMUc. Nous avons ainsi obtenu un total de 157 enfants socialement précaires (34%).

1.3 Nombre cumulé d'années de suivi

Nous avons additionné le nombre d'années pendant lesquelles les enfants avaient été suivis. La somme s'élevait à 1 076.

1.4 Nombre de consultations

Nous avons dénombré 4 878 consultations, soit 4,5 par enfant-année. Le nombre détaillé selon l'âge des enfants est présenté dans l'annexe 2.

1.5 Descriptif de l'état de santé pris en charge, des actes de prévention et de vaccination

Au total, 5 687 résultats de consultation avaient été établis, soit 1,17 en moyenne par consultation. Les résultats selon l'âge des enfants sont présentés dans l'annexe 2.

127 RC différents ont été relevés. Nous en avons extrait les dix les plus fréquents, qui représentaient les trois quarts des consultations (tableau 4). Ils étaient dominés par des problèmes infectieux et des actes de prévention. Une présentation plus détaillée concernant les enfants de 0 à 2 ans se trouve en annexe 3.

Tableau 4 : Les 10 RC les plus fréquents, pour la totalité de l'échantillon, en pourcentage par rapport au nombre total d'actes

RC	Pourcentage
Rhinopharyngite - Rhume	17
État fébrile	15
Examens systématiques et prévention	11
Vaccination	9
État morbide afébrile	9
Otite moyenne	7
Bronchite aiguë	7
Dermatose	4
Angine (amygdalite - pharyngite)	3
Toux	3

1.6 Vaccination initiale DTP

Cette vaccination nécessite 3 premières injections qui ont lieu, selon les recommandations, aux âges de 2, 3 puis 4 mois. Dans ces conditions, les enfants susceptibles d'avoir été vaccinés devaient avoir été amenés au cabinet au moins trois fois durant la première année de leur vie. 134 enfants de notre échantillon répondaient à ce critère. Parmi eux, 40 enfants (30%) avaient été vaccinés dans le cabinet. Il était cependant à noter que, dans notre échantillon, 3 enfants, ne répondant pas aux critères sus-décrits, avaient été vaccinés dans ce même cabinet.

1.7 Antibiotiques

Nous avons relevé 962 antibiotiques, soit 0,89 par enfant-année. Aucune consultation n'avait conduit à la prescription de plus d'un antibiotique. Ainsi, un antibiotique avait été donné dans 20% des consultations.

Nous avons estimé que les diagnostics suivants auraient pu conduire à la prescription d'un antibiotique: rhinopharyngite, état fébrile, état morbide afébrile, otite

moyenne, bronchite aiguë, angine et toux. Ces diagnostics avaient donc concerné environ 60% des consultations (tableau 4). Or, une moyenne de 1,17 RC par consultation avait été relevée. Nous avons alors tenu compte de cette donnée pour évaluer le pourcentage de consultations ayant pu donner lieu à la prescription d'un antibiotique, en divisant le pourcentage obtenu brut par le nombre moyen de RC par consultation. Ainsi, nous avons trouvé que 51% des consultations auraient pu donner lieu à la prescription d'un antibiotique. Nous avons systématiquement adopté cette méthode de calcul pour la présentation des résultats suivants concernant ce type de pourcentage.

Dans ces conditions, un antibiotique avait donc été prescrit lors de 40% des consultations pouvant y conduire.

1.8 Examens complémentaires

Nous avons comptabilisé 226 examens complémentaires, soit 0,2 par enfant-année. Il s'agissait essentiellement d'examens biologiques (80%) (tableau 5).

Tableau 5 : Répartition des examens complémentaires pour la totalité de l'échantillon

Type d'examens complémentaires	Nombre
Bilan sanguin	76
Plombémie	5
ECBU	73
Coproculture	17
Parasitologie des selles	5
Prélèvement cutané	11
Radiographies	32
Échographie	7
Total	226

1.9 Certificats médicaux

Nous avons dénombré 154 certificats médicaux, soit 0,14 par enfant-année.

105 avaient été établis pour attester que l'état de santé de l'enfant nécessitait la présence d'un de ses parents à son chevet. 22 avaient servi à certifier que l'état de santé de l'enfant ne lui permettait pas d'aller à l'école. 20 avaient été rédigés pour attester de l'aptitude aux activités sportives. 2 avaient certifié la non contagion de

l'enfant. 2 certificats avaient attesté que l'état de santé de l'enfant ne nécessitait pas son éviction de l'école. 1 attestation de vaccination avait été produite. 1 certificat du 8ème jour avait été délivré. 1 certificat attestant de l'intégrité des organes génitaux externes avait été rédigé.

1.10 Recours à un autre professionnel de santé

Il y avait eu au total 251 orientations, soit 0,23 par enfant-année. Plus de 50% des recours avaient concerné un professionnel paramédical, essentiellement un kinésithérapeute. Le reste des recours avaient concerné des médecins (tableau 6).

Tableau 6 : Orientations vers un autre professionnel de santé, pour la totalité de l'échantillon, en pourcentage

Professionnels de santé	Recours
Kinésithérapeute	47
ORL	15
Pédiatre	7
Urologue	6
Podologue	4
Urgentiste	4
Dermatologue	4
Orthophoniste	4
Ophtalmologue	2
Allergologue	1
Cardiologue	1
Chirurgien général	1
Pédo psychiatre	1,2
Chirurgien esthétique	0,4
Chirurgien orthopédiste	0,4
Ergothérapeute	0,4
Gastro entérologue	0,4
Neurologue	0,4
Orthoptiste	0,4
PMI	0,4
Total	100

2. Discrimination en deux sous-populations selon le nombre total de consultations

2.1 Taille des sous-populations

244 enfants (53%) avaient été amenés moins de 5 fois pour consultation, 215 (47%) au moins 5 fois.

2.2 Statut social

Nous avons noté entre les deux groupes une différence relative au statut social. Nous avons retrouvé 24% d'enfants socialement précaires dans le groupe amené moins de 5 fois en consultation et 46% dans l'autre (tableau 7).

Tableau 7 : Répartition de l'échantillon selon le statut social et le nombre total de consultations par enfant

	Précaires	Moyen	Favorisés	Total
< 5 consultations	58	186		244
≥ 5 consultations	99	85	31	215
Total	157	302		459

2.3 Couverture médicale

La proportion d'enfants bénéficiaires de l'AME au sein de la population précaire s'est révélée plus faible dans le groupe amené plus de 5 fois en consultation (un quart contre un tiers) (tableau 8).

Tableau 8 : Couverture médicale des enfants socialement précaires selon le nombre total de consultations par enfant

	Précaires		Total
	AME	CMUc	
< 5 consultations	19	39	58
≥ 5 consultations	23	76	99
Total	42	115	157

2.4 Nombre cumulé d'années de suivi et nombre de consultations

Le groupe d'enfants suivis pendant moins d'un an et celui ayant été amené moins de 5 fois en consultation se sont révélés assez superposables (figure 3).

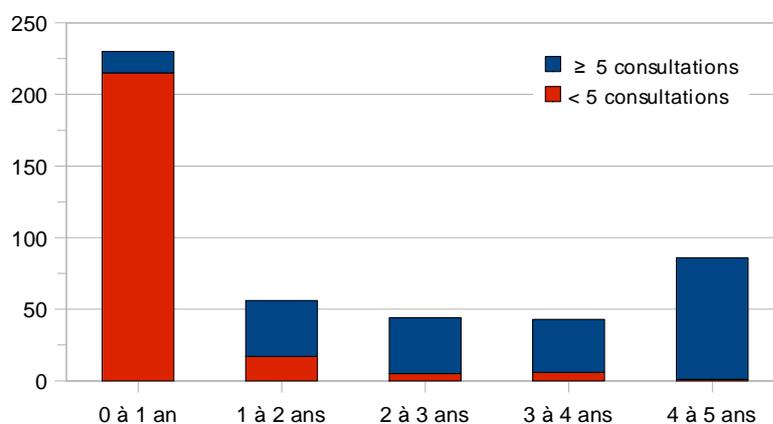


Figure 3 : Nombre d'enfants selon le nombre cumulé d'années de suivi et le nombre total de consultations par enfant

8% des consultations avaient concerné les enfants amenés moins de 5 fois (tableau 9).

Tableau 9 : Nombre d'enfants et de consultations selon le nombre total de consultations par enfant

	Nombre d'enfants	Nombre de consultations
< 5 consultations	244 (53%)	391 (8%)
≥ 5 consultations	215 (47%)	4 487 (92%)
Total	459	4 878

Nous avons calculé 1,3 consultations par enfant-année pour la sous-population ayant été amenée moins de 5 fois en consultation, contre 5,7 pour l'autre.

2.5 Descriptif de l'état de santé pris en charge, des actes de prévention et de vaccination

Pour la sous-population ayant été amenée en consultation moins de 5 fois, 440 RC avaient été posés, soit 1,12 par consultation. La répartition des plus fréquents d'entre eux a été présentée en pourcentage par rapport au nombre total de consultations dans le tableau 10. 6% des actes étaient préventifs.

Tableau 10 : Les 10 RC les plus fréquents, pour la population ayant consulté moins de 5 fois, en pourcentage par rapport au nombre total d'actes

RC	Pourcentage
État fébrile	19
Rhinopharyngite - Rhume	19
État morbide afébrile	8
Otite moyenne	7
Examens systématiques et prévention	6
Vaccination	6
Bronchite aiguë	5
Dermatose	4
Angine (amygdalite - pharyngite)	4
Toux	3

Pour la sous- population ayant bénéficié d'au moins 5 consultations, 5 247 RC avaient été retenus, soit 1,17 par consultation. La répartition des plus fréquents d'entre eux a été présentée en pourcentage par rapport au nombre total de consultations dans le tableau 11. 11% des actes étaient préventifs. Ce pourcentage était significativement plus important que pour les autres enfants ($p < 0,01$ – annexe 4).

Tableau 11 : Les 10 RC les plus fréquents, pour la population ayant consulté au moins 5 fois, en pourcentage par rapport au nombre de total d'actes

RC	Pourcentage
Rhinopharyngite – Rhume	17
État fébrile	15
Examens systématiques et prévention	11
Vaccination	9
État morbide afébrile	9
Otite moyenne	7
Bronchite aiguë	7
Dermatose	4
Angine (amygdalite - pharyngite)	3
Toux	3

2.6 Vaccination initiale DTP

Aucun enfant ayant été amené en consultation moins de 5 fois n'avait été vacciné dans le cabinet de notre étude. 17 enfants parmi ce groupe avaient été amenés en consultations au moins 3 fois pendant leur première année de vie.

2.7 Antibiotiques

Le nombre d'antibiotiques par enfant-année pour le groupe ayant été amené au moins 5 fois en consultation était superposable à celui de la population totale. Ce nombre pour le groupe avec moins de 5 consultations était légèrement supérieur (tableau 12).

Tableau 12 : Nombre d'antibiotiques prescrits par enfant-année selon le nombre total de consultations par enfant

	Nombre d'antibiotiques prescrits	Nombre d'années cumulées de suivi	Nombre d'antibiotiques par enfant - année
< 5 consultations	87	293	1,04
≥ 5 consultations	875	783	0,88
Total	962	1076	0,89

Pour le groupe ayant été amené en consultation moins de 5 fois, 58% des consultations ont été considérées comme ayant pu conduire à la prescription d'un antibiotique. Cette prescription avait été effectuée dans 22% des consultations, soit dans 38% des consultations pouvant y conduire.

Pour l'autre groupe, 52% des consultations ont été considérées comme ayant pu conduire à la prescription d'un antibiotique. Cette prescription avait été effectuée dans 19,5% des consultations, soit dans 37,5% des consultations pouvant y conduire.

Ainsi, le pourcentage de prescription d'un antibiotique avait été le même dans les deux groupes.

2.8 Autres éléments de prise en charge

La proportion rapportée au total pour les examens complémentaires prescrits (4%), les certificats produits (5%) et les recours (7%) était faible pour le groupe ayant consulté moins de 5 fois.

3. Le groupe des enfants socialement précaires

Notre analyse a porté sur l'échantillon des 215 enfants qui avaient été amenés en consultation au moins 5 fois.

3.1 Taille du groupe

Parmi les 215 enfants de ce groupe, 99 étaient précaires. Ils représentaient donc 46% de l'échantillon.

3.2 Couverture médicale

Chez les enfants socialement précaires, environ un quart avait bénéficié de l'AME et trois quarts de la CMUc (tableau 8).

3.3 Nombre cumulé d'années de suivi

Le nombre cumulé d'années de suivi s'élevait à 329. Il était de 70 pour les enfants bénéficiaires de l'AME et de 259 pour les autres.

3.4 Nombre de consultations

Les enfants socialement précaires avaient été amenés en consultation 1 667 fois dont 386 pour les enfants bénéficiaires de l'AME et 1 281 pour les autres. Nous avons donc constaté 5,07 consultations par enfant-année pour l'ensemble du groupe : 5,51 pour les enfants bénéficiaires de l'AME et 4,95 pour les autres.

3.5 Descriptif de l'état de santé pris en charge, des actes de prévention et de vaccination

97 résultats de consultation différents avaient été posés pour les enfants socialement précaires. Au total, 1 971 résultats de consultation ont été relevés, soit 1,18 par consultation. Les examens de prévention avaient représenté 7% (tableau 13).

Tableau 13 : Les 10 RC les plus fréquents, pour les enfants socialement précaires, en pourcentage par rapport au nombre total d'actes

RC	Pourcentage
Rhinopharyngite - Rhume	17
État morbide afébrile	13
État fébrile	12
Examens systématiques et prévention	7
Otite moyenne	7
Bronchite aiguë	7
Vaccination	6
Dermatose	6
Toux	3
Diarrhée – nausée - vomissement	3

3.6 Vaccination initiale DTP

Dans le groupe des enfants socialement précaires, 53 avaient été amenés en consultation au moins 3 fois pendant leur première année de vie. Parmi eux, 5 avaient été vaccinés dans le cabinet de notre étude, soit 9%. 3 autres enfants avaient été vaccinés mais ils n'avaient été vus en consultation qu'à partir de l'âge de 3 ans.

3.7 Antibiotiques

317 antibiotiques avaient été prescrits, soit 1,08 par enfant-année. Le pourcentage de consultations susceptibles de conduire à une telle prescription s'élevait à 51% et 19% des consultations avaient effectivement entraîné une prescription. Un antibiotique avait donc été prescrit dans 37% des cas où le diagnostic retenu aurait pu y conduire.

3.8 Examens complémentaires

63 examens complémentaires avaient été prescrits, soit 0,21 par enfant-année. Leur répartition a été présentée dans le tableau 14.

La totalité des dosages de plombémie relevés avait concerné ce groupe. Dans 4 cas, le dosage était inférieur à 0,50 mmol/L. Il avait alors été conclu à l'absence d'intoxication. Dans l'autre cas, l'enfant avait été adressé à l'hôpital pour la suite de la prise en charge.

Tableau 14 : Répartition des examens complémentaires prescrits aux enfants socialement précaires

Type d'examens complémentaires	Nombre	Nombre par enfant-année
Bilan sanguin	29	0,1
Plombémie	5	0,02
ECBU	8	0,03
Coproculture	1	0
Parasitologie des selles	3	0,01
Prélèvement cutané	4	0,01
Radiographies	10	0,03
Échographie	3	0,01
Total	63	0,21

3.9 Certificats médicaux

22 certificats avaient été rédigés, soit 0,08 par enfant-année.

16 avaient été établis pour attester que l'état de santé de l'enfant nécessitait la présence d'un de ses parents à son chevet. 3 avaient servi à certifier que l'état de santé de l'enfant ne lui permettait pas d'aller à l'école. 2 avaient signifié que l'état de santé de l'enfant ne nécessitait pas son éviction de l'école. 1 attestation de l'intégrité des organes génitaux externes avait été rédigée.

3.10 Recours à un autre professionnel de santé

83 recours avaient été effectués, soit 0,28 par enfant-année. La répartition de ceux-ci selon le type de professionnels a été détaillée dans le tableau 15.

Tableau 15 : Orientations vers un autre professionnel de santé, pour les enfants socialement précaires, en pourcentage

Professionnels de santé	Recours
Kinésithérapeute	38
Urologue	15
ORL	12
Dermatologue	10
Pédiatre	6
Urgentiste	4
Orthophoniste	4
Allergologue	2
Chirurgie générale	2
Ophtalmologue	2
Podologue	2
Cardiologue	1
Orthoptiste	1
Pédo psychiatre	1
Total	100

4. Le groupe des enfants issus de la classe moyenne

Notre analyse a porté sur le groupe des 215 enfants qui avaient été amenés en consultation au moins 5 fois.

4.1 Taille du groupe

85 enfants parmi les 215 ont été considérés comme étant issus de la classe moyenne, soit 40%.

4.2 Nombre cumulé d'années de suivi

Le nombre cumulé d'années de suivi s'élevait à 327 pour ce groupe.

4.3 Nombre de consultations

Les enfants issus de la classe moyenne avaient été amenés 2 005 fois en consultation, ce qui correspondait à un nombre de 6,13 consultations par enfant-année.

4.4 Descriptif de l'état de santé pris en charge, des actes de prévention et de vaccination

Au total, 93 résultats de consultation différents avaient été posés. Le nombre total de résultats de consultation avait été de 2 405, soit 1,20 en moyenne par consultation. Dans 12% des cas, un acte de prévention avait été réalisé (tableau 16).

Tableau 16 : Les 10 RC les plus fréquents, pour les enfants issus de la classe moyenne, en pourcentage par rapport au nombre total d'actes

RC	Pourcentage
Rhinopharyngite - Rhume	17
État fébrile	17
Examens systématiques et prévention	12
Vaccination	10
État morbide afébrile	10
Bronchite aiguë	7
Otite moyenne	4
Toux	4
Angine (amygdalite - pharyngite)	3
Conjonctivite	2

4.5 Vaccination initiale DTP

48 enfants du groupe avaient été amenés en consultation au moins 3 fois pendant leur première année de vie. Parmi eux, 24 enfants, soit 50%, avaient été vaccinés initialement.

4.6 Antibiotiques

Au total, 405 antibiotiques avaient été prescrits, soit 1,15 par enfant-année. Dans 52% des consultations, une telle prescription aurait pu être envisagée. Elle avait été effectuée dans 20% des consultations totales, soit dans 38% des consultations susceptibles d'y conduire.

4.7 Examens complémentaires

113 examens complémentaires avaient été prescrits, soit 0,33 par enfant-année. Leur répartition a été présentée dans le tableau 17.

Tableau 17 : Répartition des examens complémentaires prescrits aux enfants issus de la classe moyenne

Type d'examens complémentaires	Nombre	Nombre par enfant-année
Bilan sanguin	36	0,1
Plombémie	-	-
ECBU	40	0,11
Coproculture	11	0,03
Parasitologie des selles	2	0,01
Prélèvement cutané	6	0,02
Radiographies	16	0,05
Échographie	2	0,01
Total	113	0,33

4.8 Certificats médicaux

Nous en avons dénombré 82, soit 0,23 par enfant-année.

55 avaient été établis pour attester que l'état de santé de l'enfant nécessitait la présence d'un de ses parents à son chevet. 14 avaient servi à certifier que l'état de santé de l'enfant ne lui permettait pas d'aller à l'école. 11 avaient été rédigés pour attester de l'aptitude aux activités sportives. 1 avait certifié la non contagion de l'enfant. 1 certificat du 8ème jour avait été délivré.

4.9 Recours à un autre professionnel de santé

102 orientations avaient été effectuées vers un autre professionnel de santé, soit 0,29 par enfant-année (tableau 18).

Tableau 18 : Orientations vers un autre professionnel de santé, pour les enfants issus de la classe moyenne, en pourcentage

Professionnels de santé	Recours
Kinésithérapeute	54
ORL	12
Pédiatre	9
Orthophoniste	6
Podologue	6
Urgentiste	4
Cardiologue	2
Pédo psychiatre	2
Urologue	2
Chirurgien général	1
Ergothérapeute	1
Ophthalmologue	1
Total	100

5. Le groupe d'enfants issus de milieux favorisés

Notre analyse a porté sur le groupe des 215 enfants qui avaient été amenés en consultation au moins 5 fois.

5.1 Taille du groupe

31 enfants parmi les 215 ont été considérés comme issus de milieux favorisés, soit 14%.

5.2 Nombre cumulé d'années de suivi

Il s'était élevé à 127 pour ce groupe.

5.3 Nombre de consultations

Les enfants issus de milieux favorisés avaient été amenés 815 fois en consultation, ce qui représentait 6,42 consultations par enfant-année.

5.4 Descriptif de l'état de santé pris en charge, des actes de prévention et de vaccination

71 résultats de consultation différents avaient été posés. Le nombre total de résultats de consultation avait été de 975, soit 1,20 en moyenne par consultation. Dans 18% des cas, un acte de prévention avait été réalisé (tableau 19).

Tableau 19 : Les 10 RC les plus fréquents, pour les enfants issus de milieux favorisés, en pourcentage par rapport au nombre total d'actes

RC	Pourcentage
Examens systématiques et prévention	18
État fébrile	17
Rhinopharyngite - Rhume	15
Vaccination	13
État morbide afébrile	10
Otite moyenne	9
Angine (amygdalite - pharyngite)	6
Diarrhée – nausée – vomissement	2
Dermatose	2
Conjonctivite	2

5.5 Vaccination initiale DTP

25 enfants de ce groupe avaient été amenés en consultation au moins 3 fois pendant leur première année de vie. Parmi eux, 12 enfants, soit 48%, avaient été vaccinés initialement.

5.6 Antibiotiques

153 antibiotiques au total avaient été prescrits, soit 1,07 par enfant-année. Dans 50% des cas, une telle prescription aurait pu être envisagée. Elle n'avait été effective que dans 19% du total des consultations, soit 38% de celles pouvant y conduire.

5.7 Examens complémentaires

41 examens complémentaires avaient été prescrits, soit 0,29 par enfant-année (tableau 20).

Tableau 20 : Répartition des examens complémentaires prescrits aux enfants issus de milieux favorisés

Type d'examens complémentaires	Nombre	Nombre par enfant-année
Bilan sanguin	10	0,07
Plombémie	-	-
ECBU	20	0,14
Coproculture	4	0,03
Parasitologie des selles	-	-
Prélèvement cutané	-	-
Radiographies	5	0,03
Échographie	2	0,02
Total	41	0,29

5.8 Certificats médicaux

Nous en avons dénombré 42, soit 0,29 par enfant-année.

28 avaient été établis pour attester que l'état de santé de l'enfant nécessitait la présence d'un de ses parents à son chevet. 4 avaient servi à certifier que l'état de santé de l'enfant ne lui permettait pas d'aller à l'école. 8 avaient été rédigés pour attester de l'aptitude aux activités sportives. 1 avait certifié la non contagion de l'enfant. 1 attestation de vaccination avait été produite.

5.9 Recours à un autre professionnel de santé

45 orientations vers un autre professionnel de santé avaient été effectuées, soit 0,31 par enfant-année (tableau 21).

Tableau 21 : Orientations vers un autre professionnel de santé, pour les enfants issus de milieux favorisés, en pourcentage

Professionnels de santé	Recours
Kinésithérapeute	47
ORL	27
Podologue	7
Pédiatre	5
Allergologue	2
Chirurgien esthétique	2
Chirurgien orthopédiste	2
Dermatologue	2
Gastro entérologue	2
Ophthalmologue	2
Urologue	2
Total	100

6. Comparaison selon les trois classes sociales

6.1 Taille des groupes

La division de notre échantillon en trois classes sociales a concerné la sous-population ayant été vue au moins 5 fois en consultation. Au sein de celle-ci, la répartition a été de 99 enfants socialement précaires, 85 enfants issus de la classe moyenne et 31 enfants issus de milieux favorisés (figure 4).

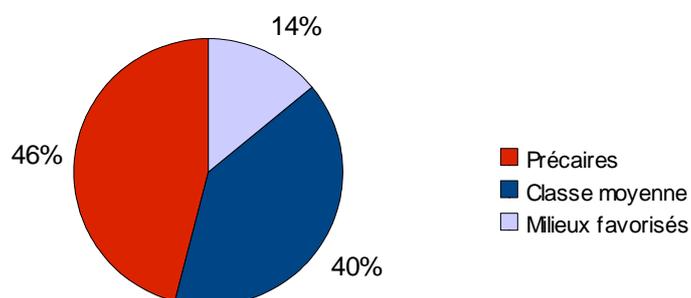


Figure 4 : Répartition des enfants pour les trois classes sociales, en pourcentage

6.2 Nombre de consultations

Les enfants socialement précaires avaient eu un taux de recours auprès du médecin généraliste plus faible que ceux des deux autres groupes. Le nombre de consultations par enfant-année avait été de 5,07 pour les enfants socialement précaires, de 6,13 pour ceux issus de la classe moyenne et de 6,42 pour ceux issus de milieux favorisés (figure 5).

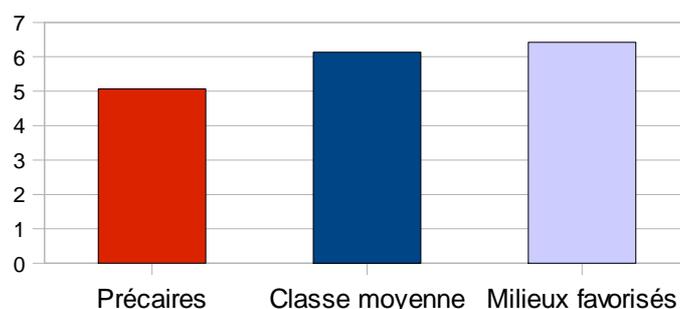


Figure 5 : Nombre de consultation par enfant-année pour les trois classes sociales

6.3 Descriptif de l'état de santé pris en charge, des actes de prévention et de vaccination

Les enfants socialement précaires avaient, de façon significative, bénéficié de moins d'examens systématiques et de prévention que les autres enfants (figure 6) ($p < 0,001$ – annexe 5). La différence entre les enfants issus de la classe moyenne et ceux issus de milieux favorisés était, elle aussi, significative ($p < 0,001$ – annexe 5).

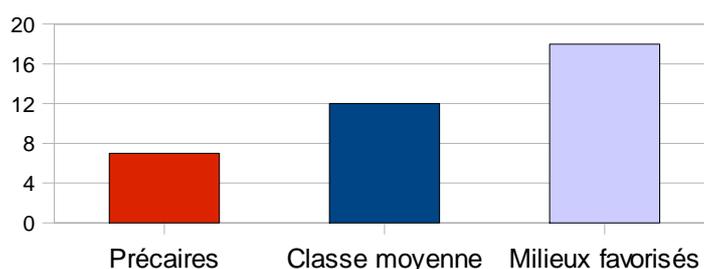


Figure 6 : Examens de prévention pour les trois classes sociales, en pourcentage par rapport au nombre total d'actes

Lors du calcul du nombre d'examen de prévention par enfant-année (0,43 pour les enfants socialement précaires, 0,69 pour ceux issus de la classe moyenne et 1,02 pour ceux issus de milieux favorisés), nous avons retrouvé les mêmes différences.

Lors de l'étude des autres problèmes de santé pris en charge, une autre différence s'est dégagée. Elle était relative au diagnostic de dermatose. Pour les enfants socialement précaires, une dermatose nouvelle avait été retenue au cours de 80 consultations, une dermatose persistante dans 23. Pour les enfants issus de la classe moyenne, 36 dermatoses nouvelles avaient été diagnostiquées et 2 étaient persistantes. Pour les enfants issus de milieux favorisés, ces chiffres étaient de 15 dermatoses nouvelles et de 2 épisodes persistants. Les enfants socialement précaires avaient présenté significativement plus de dermatoses nouvelles et persistantes que les autres enfants ($p < 0,001$ – annexe 5). Nous n'avons en revanche pas trouvé de différence concernant ce diagnostic lorsque nous avons comparé les enfants issus de la classe moyenne à ceux issus des milieux favorisés ($p > 0,01$ – annexe 5) (figure 7).

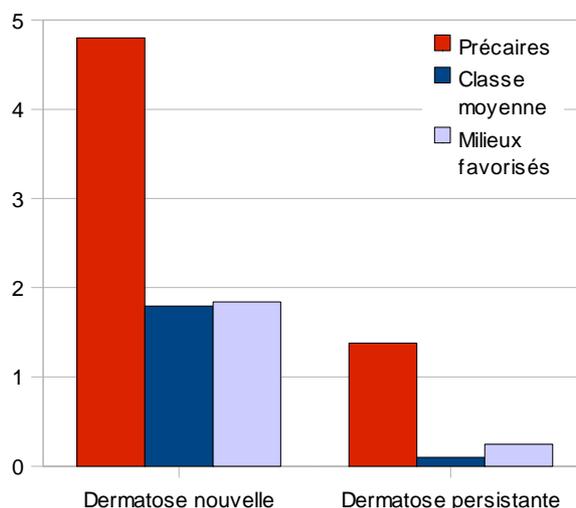


Figure 7 : Pourcentage de consultations où une dermatose a été diagnostiquée, pour les trois classes sociales

Les résultats exprimés par enfant-année montraient la même différence (tableau 22).

Tableau 22 : Nombre de dermatose par enfant-année pour les trois classes sociales

Dermatose	Précaires	Classe moyenne	Favorisés
Nouvelle	0,27	0,1	0,11
Persistante	0,08	0,006	0,01

6.4 Vaccination initiale DTP

En comparant les proportions d'enfants ayant reçu les trois injections initiales du vaccin, nous avons constaté que les enfants socialement précaires en avaient moins bénéficié que ceux des autres groupes ($p < 0,001$ – annexe 5). Pour les enfants issus de la classe moyenne et ceux issus de milieux favorisés, les proportions étaient comparables ($p > 0,01$ – annexe 5).

6.5 Antibiotiques

Les prescriptions d'antibiotiques par enfant-année étaient sensiblement les mêmes, ainsi que le pourcentage de consultations ayant entraîné la prescription d'un antibiotique, parmi celles susceptibles d'y conduire.

6.6 Examens complémentaires

Le nombre d'examens complémentaires par enfant-année avait été moins important pour les enfants précaires. En étudiant les résultats pour chaque type d'examen, nous avons constaté que la différence portait essentiellement sur la prescription d'examens cyto-bactériologiques des urines. Des dosages de la plombémie n'avaient été prescrits que pour des enfants socialement précaires (figure 8).

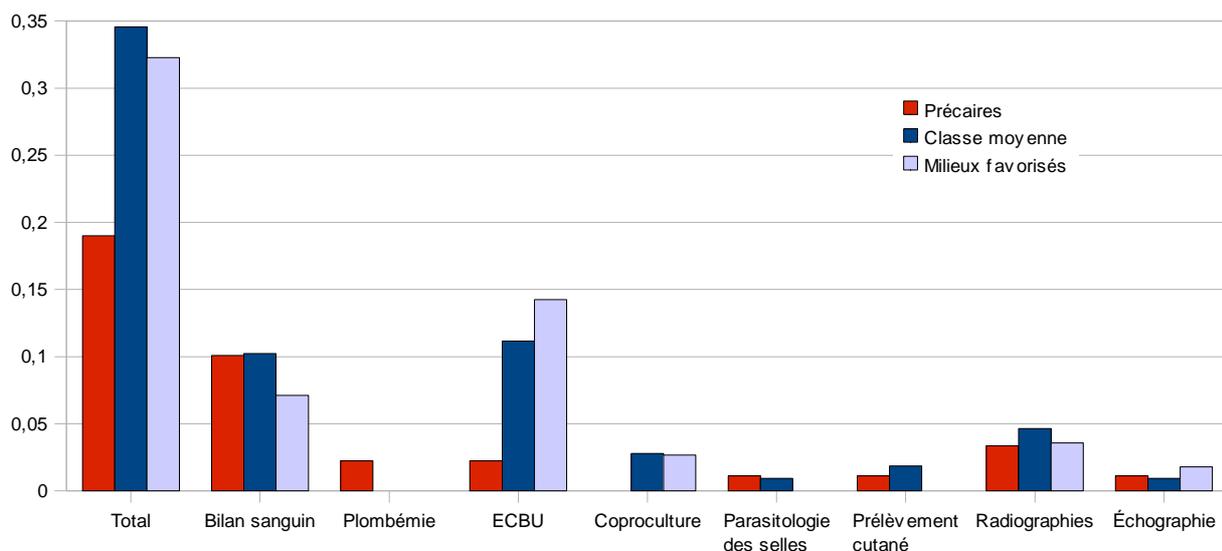


Figure 8 : Nombre d'examen complémentaire par enfant-année pour les trois classes sociales

6.7 Certificats médicaux

L'établissement des certificats avait été moins important pour les enfants socialement précaires. La proportion des certificats attestant que l'état de santé de l'enfant nécessitait la présence d'un de ses parents à son chevet était semblable, pour les trois groupes. Nous avons noté l'absence de production de certificat d'aptitude au sport pour les enfants socialement précaires.

6.8 Recours à un autre professionnel de santé

Le recours à un autre professionnel de santé par enfant-année était globalement peu différent pour les enfants des trois groupes. En revanche, le recours à un urologue avait été plus important pour les enfants socialement précaires que pour les autres. Il en avait été de même pour l'orientation vers un dermatologue (figure 9).

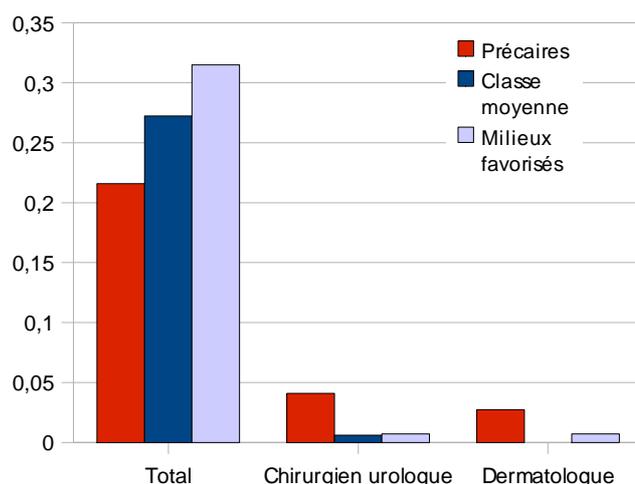


Figure 9 : Orientations vers certains professionnels de santé, pour les trois classes sociales, par enfant-année

7. Prise en charge de l'état fébrile

7.1 Nombre d'états fébriles

Le diagnostic d'état fébrile avait été retenu au cours de 750 consultations. Dans moins de 10% des cas, l'état avait été persistant, c'est-à-dire qu'il avait déjà été pris en charge au préalable par un médecin. Nous avons choisi d'étudier le premier

épisode d'état fébrile diagnostiqué entre les âges de 1 et 4 ans. Nous avons ainsi sélectionné un échantillon de 175 états fébriles nouveaux. Les états fébriles persistants ont été relevés en totalité, pour la période de 1 à 4 ans. Ils s'élevaient à 50. Notre analyse a donc porté sur un total de 175 épisodes nouveaux et 50 persistants.

7.2 Traitement de l'état fébrile

Notre intérêt a porté sur les prescriptions médicamenteuses.

Dans 5 cas, soit dans environ 2%, aucune prescription n'avait été effectuée. Pour les autres épisodes, nous avons étudié le nombre cumulé de médicaments, puis nous avons exprimé nos résultats en moyenne par état fébrile ayant conduit à la prescription de médicaments. Dans le cas de la prescription d'antibiotique, nous avons aussi comptabilisé la prescription de la poursuite de la prise de l'antibiotique précédemment prescrit.

4 médicaments avaient été prescrits en moyenne. La moitié d'entre eux étaient des traitements symptomatiques. Plus d'un traitement antipyrétique avait été donné en moyenne. Un antibiotique avait été prescrit dans presque un cas sur deux (tableau 23).

Tableau 23 : Nombre et nombre moyen de médicaments prescrits lors d'un état fébrile

	Nombre	Moyenne
Antipyrétiques	271	1,60
Antibiotiques	81	0,48
Médicaments symptomatiques les antipyrétiques étant exclus	374	2,2
Total	726	4,27

7.3 Traitement selon le caractère nouveau ou persistant de l'épisode

Lors d'un état fébrile nouveau et lors de 4 persistants, aucun médicament n'avait été prescrit.

Le caractère nouveau ou persistant n'avait pas eu d'influence sur la prescription de médicaments symptomatiques. En revanche, la prescription d'antibiotique avait été significativement plus importante quand le problème persistait ($p < 0,001$ – annexe 6) (tableau 24 et figure 10).

Tableau 24 : Nombre et nombre moyen des médicaments prescrits lors d'un état fébrile, selon le caractère nouveau ou persistant de l'épisode

	État fébrile nouveau		État fébrile persistant	
	Nombre	Moyenne	Nombre	Moyenne
Antipyrétiques	217	1,25	54	1,22
Antibiotiques	50	0,29	31	0,70
Médicaments symptomatiques les antipyrétiques étant exclus	303	1,75	71	1,61
Total	566	3,23	151	3,02

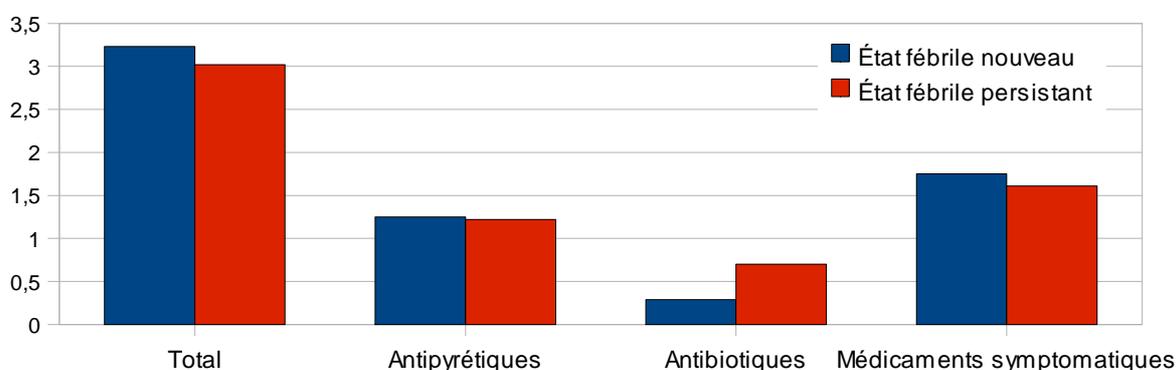


Figure 10 : Nombre moyen de médicaments prescrits lors d'un état fébrile, selon le caractère nouveau ou persistant de l'épisode

7.4 Traitement selon le nombre total de consultations

Nous n'avons pris en compte que les états fébriles nouveaux. 23% de ces états concernaient la sous-population dont le nombre total de consultations avait été inférieur à 5 (tableau 25).

Tableau 25 : Nombre d'états fébriles **nouveaux**, pour les deux sous-populations discriminées selon le nombre total de consultations par enfant

	État fébrile nouveau
< 5 consultations	40
≥ 5 consultations	135
Total	175

La prescription d'antibiotiques ($p < 0,05$ – annexe 6) et de médicaments symptomatiques avait été plus importante pour la population ayant été amenée en consultation moins de 5 fois (tableau 26 et figure 11).

Tableau 26 : Nombre et nombre moyen des médicaments prescrits lors d'un état fébrile **nouveau**, pour les deux sous-groupes discriminés selon le nombre total de consultations par enfant

	Moins de 5 consultations		Au moins 5 consultations	
	Nombre	Moyenne	Nombre	Moyenne
Antipyrétiques	49	1,22	168	1,24
Antibiotiques	16	0,4	30	0,22
Médicaments symptomatiques les antipyrétiques étant exclus	80	2	223	1,65
Total	145	3,62	421	3,11

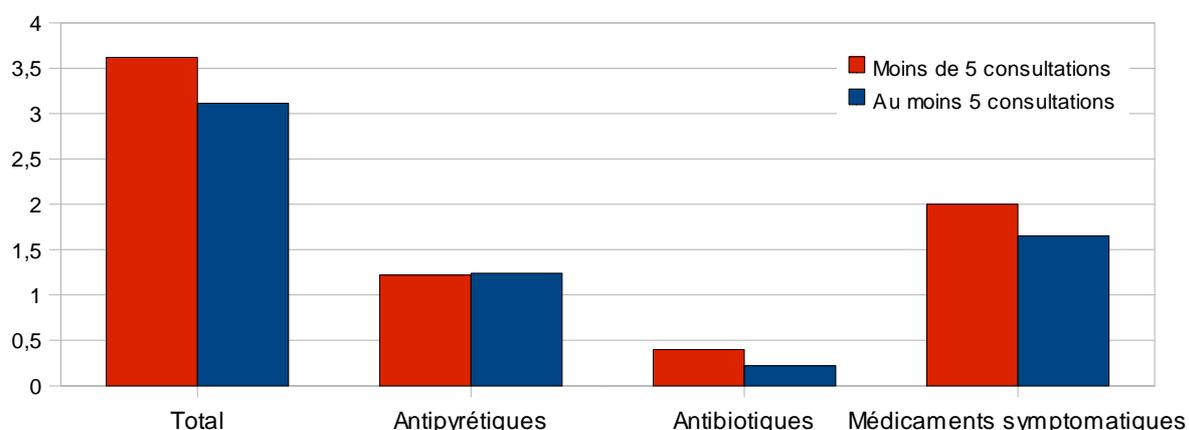


Figure 11 : Nombre moyen de médicaments prescrits lors d'un état fébrile nouveau, pour les deux sous-groupes discriminés selon le nombre total de consultations par enfant

7.5 Traitement selon les classes sociales

Cette comparaison a concerné le groupe des 215 enfants qui avaient été amenés en consultation au moins 5 fois. Elle a porté sur la prise en charge médicamenteuse de 135 états fébriles nouveaux.

Pour la population d'enfants socialement précaires, 49 états fébriles ont été relevés. Leur prise en charge avait conduit à la prescription de 61 antipyrétiques, 11 antibiotiques, 88 médicaments symptomatiques.

Pour la population d'enfants issus de la classe moyenne, notre analyse a porté sur 64 états fébriles. L'un d'eux n'avait pas entraîné de prescription médicamenteuse. Pour les autres, 80 antipyrétiques, 14 antibiotiques, 97 médicaments symptomatiques avaient été prescrits.

Pour la population issue de milieux favorisés, 22 états fébriles ont été analysés. Leur prise en charge avait conduit à la prescription de 27 antipyrétiques, 7 antibiotiques, 38 médicaments symptomatiques.

Nous avons présenté la moyenne des médicaments prescrits pour les trois classes, dans le tableau 27. Pour les populations d'enfants socialement précaires et pour ceux issus de la classe moyenne, un antibiotique avait été prescrit lors de la prise en charge de 20% des états fébriles nouveaux. Pour les enfants issus de milieux favorisés, un antibiotique avait été prescrit dans 30% des cas. Le reste de la prise en charge médicamenteuse de l'état fébrile s'est révélée comparable pour les trois groupes (figure 12).

Tableau 27 : Nombre moyen de médicaments prescrits, lors d'un état fébrile nouveau, pour les trois classes sociales

	Précaires	Classe moyenne	Milieux favorisés
Antipyrétiques	1,2	1,2	1,2
Antibiotiques	0,2	0,2	0,3
Médicaments symptomatiques les antipyrétiques étant exclus	1,8	1,5	1,7
Total	3,26	2,98	3,27

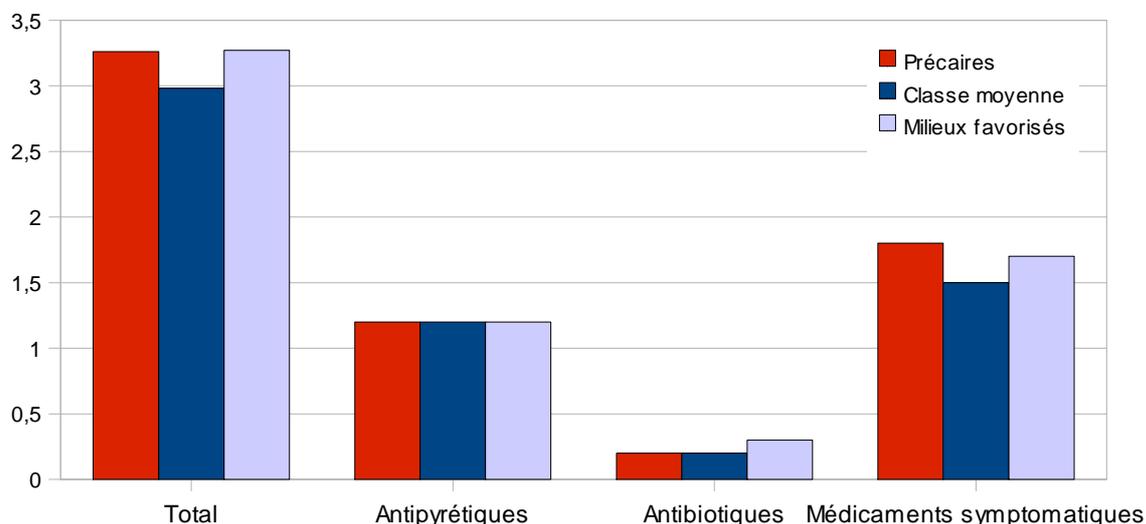


Figure 12 : Nombre moyen de médicaments prescrits lors d'un état fébrile nouveau, pour les trois classes sociales

Discussion

1. Limites et biais de notre étude

1.1 Type d'étude

Notre étude présente un caractère rétrospectif. Elle a couvert une dizaine d'années de pratiques des médecins d'un même cabinet vis-à-vis d'une classe d'âge d'enfants donnée. Il n'était pas envisageable, pour des questions de temps, de s'engager dans une étude prospective. D'un autre point de vue, il convient de noter que l'analyse a posteriori des pratiques présente l'avantage de s'affranchir du biais « effet étude » qui entraîne une modification du comportement des sujets lorsqu'ils se savent observés.

1.2 Lieu de l'étude

Dans la mesure où nous avons choisi d'étudier les pratiques de deux médecins exerçant dans le même cabinet, nos résultats ont forcément une portée limitée et ne peuvent être généralisés.

1.3 Définition du statut social

Il aurait été intéressant de pouvoir croiser notre évaluation du statut social avec celles obtenues par d'autres méthodes permettant une catégorisation. Cependant, la notion de précarité est floue et en perpétuelle évolution, ce qui rend difficile sa caractérisation [26]. L'utilisation d'un indicateur, le score Epices, aurait pu paraître pertinente (annexe 7 [27]). En effet, ce dernier présente l'intérêt de prendre en compte les dimensions matérielles et psychosociales de la précarité. Cette définition semble être plus précise et plus complète que lorsqu'elle repose sur la seule base de critères socio-administratifs [28]. Toutefois, l'utilisation de cet indicateur pour l'étude de notre population d'enfant n'était pas véritablement envisageable [9]. En effet, il constitue un marqueur individuel de précarité et n'est

pas validé pour être établi pour une famille. De plus, le caractère rétrospectif de notre démarche ne nous permettait pas d'obtenir a posteriori les réponses aux différents items, les données nécessaires n'étant pas disponibles dans les dossiers médicaux dont nous disposions.

1.4 Critères d'inclusion

Les dispositifs d'assurance maladie, CMUc et AME, sont entrés en vigueur en 2000. Or, nous avons inclus dans notre étude des enfants nés avant cette date. Nous avons pu tout de même, au sein de cette population d'enfants nés avant 2000, repérer ceux socialement précaires. En effet, nous avons retenu, comme critère de distinction, le bénéfice, à un moment donné entre l'âge de 0 et 5 ans, de ce type de couverture médicale.

1.5 Données recueillies

Le caractère cumulé de la saisie de certaines de nos variables n'a pas permis une analyse statistique des résultats correspondants.

1.6 Étude par enfant-année

Nous avons choisi, comme unité de temps, une année de suivi. Nous aurions pu affiner notre étude en réduisant cet intervalle.

2. Résultats

2.1 Description de l'échantillon

Une étude réalisée en 1994-1995, à partir des données du réseau de médecins généralistes de la SFMG, s'était intéressée aux consultations d'enfants en médecine générale [29]. Elle paraît être la seule relative à la prise en charge d'enfants, dans laquelle les médecins observés utilisaient le Dictionnaire des

résultats de consultations. Nous nous sommes servis des résultats de cette étude comme référence, même si elle présentait l'inconvénient d'être assez ancienne. Il convient par ailleurs de noter que les données permettant des comparaisons ne portaient que sur la tranche d'âge de 0 à 2 ans.

2.1.1 *Statut social*

En 2002, entre 6 et 7% des habitants de la Vienne bénéficiaient de la CMUc [30]. Cette même année, 12% des patients ayant consulté au cabinet de notre étude étaient dans ce cas (annexe 8). La proportion de bénéficiaires de ce type de couverture médicale y était donc plus élevée que dans l'ensemble de la population du département.

Cette différence peut s'expliquer du fait de l'implantation géographique du lieu d'exercice que nous avons étudié. En effet, ce dernier est situé dans une zone urbaine proche du centre-ville de Poitiers, dans un quartier présentant une forte mixité sociale, où nous pouvons supposer que le taux de personnes bénéficiaires de la CMUc est plus important que celui, moyen, du département. D'ailleurs, cette explication avait auparavant été retenue pour expliquer les disparités de clientèle CMUc des praticiens libéraux [31]. De plus, le lieu d'exercice des médecins de notre étude est proche d'un centre d'accompagnement médico-social qui propose des consultations médicales. Il est par conséquent raisonnable de supposer que les usagers de cette structure venaient également consulter au cabinet de médecine générale voisin, de façon privilégiée.

Par ailleurs, dans notre population totale, 25% des enfants avaient bénéficié à un moment, entre leur naissance et l'âge de 5 ans, de la CMUc. La proportion était donc près du double de celle retrouvée pour la patientèle totale du cabinet (14%). Ceci peut vraisemblablement s'expliquer en grande partie par le fait que, parmi les ménages bénéficiaires de la CMUc, le taux de ceux avec un ou plusieurs enfants soit automatiquement plus important que parmi ceux n'en bénéficiant pas.

D'ailleurs, dans un rapport de la Drees, la population française avait été analysée en fonction de la présence ou de l'absence d'enfants au sein des ménages et en prenant en compte le bénéfice ou non de la CMUc par un des membres des

ménages [32]. Parmi les bénéficiaires de la CMUc, les ménages avec un ou plusieurs enfants et notamment les familles monoparentales étaient sur-représentés. Nous constatons, en effet, que les ménages avec enfants constituaient la moitié des bénéficiaires de la CMUc, alors qu'ils ne représentaient qu'un tiers dans le reste de la population (tableau 28).

Tableau 28 : Répartition des ménages français, en fonction de la présence ou non d'enfants, chez les bénéficiaires et les non bénéficiaires de la CMUc
Source Irdes

	Personne seule	Famille monoparentale	Couple sans enfants	Couple avec enfants	Autres	Total
Bénéficiaires de la CMUc	34	30	9	19	8	100
Non bénéficiaires de la CMUc	31	6	31	31	2	100

Cette sur-représentation est clairement liée aux critères de ressources conditionnant l'attribution de la CMUc. En effet, le nombre de personnes composant un foyer est pris en compte dans la détermination du plafond maximal de ressources à ne pas dépasser pour obtenir la CMUc (annexe 9). Ainsi, à revenu familial égal, l'augmentation du nombre de personnes composant le foyer peut entraîner un passage en dessous du plafond. Si nous prenons l'exemple d'un salarié à temps partiel célibataire qui gagne en moyenne 850 euros par mois, ses revenus ne lui permettent pas d'avoir accès à la CMUc. Si ce même salarié élève seul un enfant à charge, il peut en bénéficier. Dans ces conditions, il est mécanique que les familles avec enfants à charge, celles que nous avons étudiées, soient plus nombreuses que les autres à bénéficier de la CMUc.

2.1.2 Nombre de consultations

Pour les enfants âgés de 0 à 2 ans, nous avons observé un nombre de consultations par enfant-année égal à 4,5. Dans l'étude que nous avons prise pour référence, ce résultat était de 3,4 [29]. Nous constatons ainsi dans notre cas un nombre de recours plus important. Peut-être est-ce le reflet d'une augmentation de prise en charge des enfants par le médecin généraliste en lien avec la diminution du nombre de pédiatres de ville entre les deux périodes de référence?

2.1.3 Descriptif de l'état de santé pris en charge, des actes de prévention et de vaccination

Dans notre cas, 127 RC différents avaient été relevés par les médecins pendant la période d'observation. Ce chiffre s'élevait à 151 pour les enfants de 0 à 2 ans dans l'étude de référence citée ci-dessus [29]. Une moins grande diversité de RC avaient été retenus dans notre étude, sans que nous ne puissions l'expliquer.

Pour les enfants âgés de 0 à 2 ans, nous avons calculé, d'après les données présentées dans le tableau en annexe 2, 1,23 RC en moyenne par consultation, contre 1,27 dans l'étude de référence pour la même tranche d'âge [29]. Ces résultats étaient donc superposables.

En comparant nos données, pour toute la période d'observation, à celles fournies par l'Observatoire de la Médecine Générale, pour l'année 2007, nous avons constaté que les RC les plus fréquents étaient assez similaires à ceux de référence pour la tranche d'âge de 0 à 2 ans [33]. En revanche, les actes de prévention et de vaccination avaient été réalisés dans des proportions moindres pour les enfants de notre échantillon (tableau 29).

Tableau 29 : Les 10 RC les plus fréquents pour les enfants âgés de 0 à 2 ans de notre échantillon comparés aux données de l'OMG, en pourcentage par rapport au nombre total d'actes

RC	Échantillon	OMG
Examens systématiques et prévention	17	31
État fébrile	16	14
Rhinopharyngite - Rhume	15	17
Vaccination	15	19
Bronchite aiguë	9	4
État morbide afébrile	9	7
Otite moyenne	7	8
Toux	3	3
Dermatose	3	2
Diarrhée – nausée – vomissements	3	3

Le nombre moyen de RC par consultation n'était pas disponible pour la population observée par l'OMG. Nous avons donc utilisé la moyenne de 1,23 RC par consultation observée dans notre échantillon pour calculer le pourcentage de consultations susceptibles de conduire à la prescription d'un antibiotique. Pour les enfants âgés de 0 à 2 ans, nous avons alors constaté que 50% des consultations dans notre étude pouvaient conduire à la prescription d'un antibiotique contre 45% dans la population de référence.

2.1.4 Vaccination initiale DTP

Dans les années 2000, la couverture vaccinale en France pour le vaccin DTP avait été évaluée à 96% pour les enfants de 5 à 7 ans [34]. Ce pourcentage de la population avait reçu au moins 4 injections pour ce vaccin, dont 3 initiales puis un rappel. En extrapolant cette donnée, nous avons estimé que le chiffre de la population d'enfants ayant reçu les 3 premières injections avant l'âge de 1 an aurait du être proche de 96%.

Dans notre étude, seuls 30% des enfants, vus au moins 3 fois avant l'âge de 1 an, avaient été vaccinés par les médecins du cabinet. Ce pourcentage est très éloigné des 96% cités ci-dessus. Nous en avons déduit que les deux tiers des enfants, qui avaient été suivis pendant la période à laquelle la vaccination aurait du avoir lieu, avaient été vaccinés ailleurs. Nous avons donc considéré que la non vaccination initiale au cabinet, alors qu'elle était possible, constituait la signature d'un suivi multiple. À l'inverse, nous avons pensé que lorsqu'un enfant avait été vacciné par un des médecins du cabinet, ce dernier était son médecin habituel.

2.1.5 Antibiotiques

Il avait pu être estimé qu'entre 1998 et 2003, environ 45% des consultations chez le médecin généraliste, pour les enfants de moins de 6 ans, avaient amené à la prescription d'un antibiotique [35]. Nous avons supposé que ce chiffre devait être peu différent pour les enfants de moins de 5 ans.

Les médecins de notre étude avaient prescrit un antibiotique dans 20% du total des consultations, soit dans une proportion bien moindre. Or, ce résultat ne

pouvait pas être expliqué par une différence au niveau des diagnostics relevés puisque, paradoxalement, la proportion de ceux pouvant conduire à la prescription d'un antibiotique était plus importante pour notre échantillon que pour la population de référence observé par l'OMG (50% contre 45%). Nous en avons par conséquent déduit que les médecins étudiés prescrivaient globalement moins d'antibiotiques lors de la prise en charge des enfants de 0 à 5 ans comparativement à la moyenne de leurs confrères.

2.1.6 Autres éléments de prise en charge

Nous n'avons pas identifié dans la littérature de donnée à comparer à nos résultats concernant la prescription d'examens complémentaires, l'établissement de certificats et les orientations vers d'autres professionnels de santé. En effet, les quelques études retrouvées ne portaient pas sur la même tranche d'âge et avaient utilisé une méthodologie différente de la notre, ce qui rendait difficile toute comparaison [36] [37] [38].

2.1.7 Synthèse

Dans la comparaison des éléments de prise en charge que nous avons pu mettre en regard avec ceux relevés dans d'autres études, certaines différences sont apparues. Les actes de prévention et de vaccination avaient été effectués dans une moindre proportion dans notre cas. En miroir, la prise en charge de problèmes infectieux représentait une part plus importante du total alors qu'un pourcentage pourtant moindre de consultations avait conduit à la prescription d'un antibiotique.

2.2 Discrimination selon le nombre total de consultations

Nous avons cherché à mettre en évidence une éventuelle corrélation entre le nombre total de consultations ($<$ ou \geq à 5 consultations) et le mode de prise en charge des enfants.

2.2.1 Nombre cumulé d'années de suivi et nombre de consultations

Le groupe d'enfants qui avait été amené en consultation moins de 5 fois était assez superposable à celui ayant consulté moins de 1 an. Il présentait d'ailleurs un recours proche de la consultation unique, comme en témoigne le nombre de consultation de 1,3 par enfant-année.

2.2.2 Descriptif de l'état de santé pris en charge, des actes de prévention et de vaccination

Les problèmes infectieux pris en charge pour le groupe d'enfants ayant été amenés moins de 5 fois en consultation étaient proportionnellement plus importants que dans le reste de la population. La situation était inversée pour les actes de prévention et de vaccination. Ce résultat met en évidence une part plus importante de prise en charge de problèmes de santé aigus pour ce groupe particulier. Il est probablement à mettre en relation avec un mode de recours essentiellement occasionnel.

2.2.3 Synthèse

Les enfants ayant été amenés en consultation moins de 5 fois présentaient des problèmes de santé très spécifiques, reflets du mode de recours familial. Leur groupe se distinguait donc du reste de la population, ce qui pouvait se répercuter fortement sur leurs prises en charge.

Nous avons par conséquent recentré notre analyse sur le groupe ayant été amené au moins 5 fois en consultation. Ce choix pouvait faire craindre d'écarter de notre étude la partie de la population qui nous intéressait, c'est-à-dire, les enfants considérés en situation de précarité. Cela n'a pas été le cas puisque ces derniers étaient pratiquement deux fois plus nombreux parmi les enfants qui avaient été amenés au moins 5 fois en consultation (46% contre 24%).

2.3 Comparaison selon les trois classes sociales

Notre analyse a porté sur la sous-population ayant été amenée en consultation au moins 5 fois. Celle-ci a été découpée en trois classes sociales : les enfants socialement précaires, ceux issus de la classe moyenne et ceux issus de milieux favorisés.

2.3.1 *Nombre de consultations*

Pour le groupe d'enfants socialement précaires, le nombre de recours auprès des médecins du cabinet avait été plus faible que pour les deux autres groupes, d'environ 21 %. L'écart était moindre pour les enfants ayant bénéficié de l'AME, autour de 12% (tableau 30).

Tableau 30 : Nombre de consultations par enfant-année selon le statut social et la couverture médicale

Couverture médicale	Précaires			Classe moyenne	milieux favorisés
	AME	CMUc	Total		
Nombre de consultations par enfant-année	5,51	4,95	5,07	6,13	6,42

Or, à l'inverse, dans le même temps, entre 2000 et 2002, les bénéficiaires de la CMUc avaient une dépense individuelle moyenne par an, pour les recours à un médecin généraliste, plus importante que les non bénéficiaires affiliés au régime général [39] [40]. Pour les enfants précaires de 0 à 10 ans en 2000, la dépense relative aux soins de ville était plus importante que pour le reste de la population [39].

Ainsi, même si des résultats plus détaillés, par tranche d'âge, n'ont pas pu être retrouvés, pour ce qui est du recours à un médecin généraliste, nous pouvons raisonnablement supposer que les enfants bénéficiaires de la CMUc étaient, de façon générale, plus souvent amenés en consultation chez un généraliste que les autres.

Ceci suggère que les enfants bénéficiaires de la CMUc inclus dans notre étude avaient également été amenés en consultation chez des médecins généralistes extérieurs au cabinet.

2.3.2 Descriptif de l'état de santé pris en charge, des actes de prévention et de vaccination

Les enfants socialement précaires avaient bénéficié d'une moindre proportion d'actes de prévention par rapport aux deux autres groupes. Avaient-ils eu par ailleurs accès à ce type de soins, à la PMI par exemple? Ou bien, est-ce le reflet d'une inégalité sociale d'accès à des actes de prévention? En fait, différentes études ont montré que les enfants défavorisés bénéficiaient moins fréquemment de ce type de prise en charge [41] [42].

La part plus importante de dermatoses prises en charge par les médecins généralistes pour les enfants socialement précaires avait aussi été mentionnée dans les études précédemment citées [41] [42].

2.3.3 Vaccination initiale DTP

Les enfants socialement précaires avaient été significativement moins vaccinés par les médecins étudiés que les enfants des autres groupes. Ce résultat nous amène lui aussi à penser que les enfants socialement précaires de notre étude avaient eu recours à d'autres médecins. Nous pouvons supposer qu'une part des vaccinations avait été réalisée au sein des services de la PMI. Cependant, pour être précis dans notre analyse, il aurait fallu pouvoir vérifier que la couverture vaccinale des enfants bénéficiaires de l'AME ou de la CMUc n'ait pas été différente de celle de la population générale. Or, nous n'avons pas retrouvé cette donnée globale et les différentes études ayant porté sur le sujet présentaient des résultats contradictoires [43].

2.3.4 Antibiotiques

Nous n'avons pas constaté de différence entre les trois groupes pour cet indicateur de prise en charge. Ce résultat va à l'encontre de notre hypothèse de départ, émise a priori.

2.3.5 Examens complémentaires

Les enfants socialement précaires avaient bénéficié d'un nombre d'exams complémentaires plus faible que les enfants des autres groupes. Pourtant, la consommation de soins de ville était réputée plus importante pour la population totale bénéficiant de la CMUc que pour le restant de la population [40]. Cette discordance ne peut être expliquée par une différence de problèmes de santé pris en charge, puisque les principaux diagnostics avaient été relevés dans des proportions comparables pour les trois groupes.

Il faut noter que 5 enfants socialement précaires avaient bénéficié d'un dosage de plomb dans le sang afin de dépister une éventuelle intoxication. La différence constatée ici a montré la prise en compte des conditions de vie des enfants pour adapter les stratégies de dépistage, comme cela est recommandé [44].

2.3.6 Certificats médicaux

La principale différence constatée est qualitative. En effet, aucun des certificats produits pour les enfants socialement précaires n'était destiné à établir une aptitude à la pratique d'un sport. Nous avons supposé que les enfants socialement précaires pratiquaient donc moins d'activité sportive. Est-ce pour des raisons économiques ou par habitude de vie? Nous interroger sur ce fait nous semblait pertinent puisqu'en 2005-2006, le surpoids et l'obésité chez l'enfant concernaient environ 12% de la population française âgée de 5 ou 6 ans. Au sein de la population d'enfants de milieux modestes, la proportion était encore plus importante [45].

2.3.7 Recours à un autre professionnel de santé

La proportion plus importante d'orientations pour les enfants socialement précaires vers un urologue n'était pas corrélée à la prise en charge d'un état de santé différent. Il est probable que la demande d'acte de circoncision, pour des raisons religieuses ou culturelles, ait été plus fréquente pour cette population ce qui permettrait d'expliquer en partie cette différence.

Le recours à un dermatologue avait été plus fréquent pour les enfants socialement précaires. Nous avons relié ceci à la proportion plus élevée de dermatoses prises en charge pour ce groupe d'enfants.

Nous avons été surpris de ne pas avoir retrouvé d'orientation vers la PMI pour la sous-population des enfants ayant été amenés en consultation au moins 5 fois. Il est possible que certains de ces enfants aient été en réalité déjà bénéficiaires de ce type de prise en charge. En l'absence de donnée concernant un éventuel suivi par la PMI, nous n'avons pas pu conclure.

2.3.8 Synthèse

Les hypothèses que nous avons formulées, basées sur des idées reçues n'ont pas toutes été confirmées lors de notre étude. Notamment, nous n'avons pas constaté de différence concernant la prescription d'antibiotique selon le statut social. Par ailleurs, nous avons mis en évidence un résultat inverse de celui attendu concernant la prescription d'examen complémentaires, avec un moindre recours dans le cas des enfants socialement précaires.

2.4 Prise en charge médicamenteuse de l'état fébrile

Nous avons souhaité distinguer au sein des prescriptions médicamenteuses symptomatiques, celles dont le remboursement était pris en charge par l'Assurance maladie. En définitive, cela n'a pas été possible. En effet, en 2006, le remboursement de divers médicaments présentant un faible service médical rendu avait été suspendu. Un nombre important de spécialités prescrites dans le cadre de notre étude étaient concernées. Or, le mode de recueil de nos données ne nous permettait pas de pouvoir repérer les prescriptions qui avaient été faites avant et après 2006.

2.4.1 *Traitement selon le caractère nouveau ou persistant de l'épisode*

La prescription d'un antibiotique avait été deux fois plus importante lorsque l'état fébrile persistait. Il n'est pourtant pas recommandé de prescrire des antibiotiques lors de la prise en charge d'un simple état fébrile [24]. Nous avons donc

cherché des explications du côté des facteurs non cliniques qui influencent la prescription d'un antibiotique. Il nous a paru probable que la prescription d'un antibiotique ait été utilisée pour abréger la consultation, ou bien ait eu lieu sous la pression de la famille, supposée ou réelle, ou encore en raison d'un problème de compréhension du discours médical [19].

2.4.2 Traitement selon le nombre de consultations

Les antibiotiques et les traitements symptomatiques avaient été prescrits en plus grand nombre lorsque l'enfant avait été amené moins de 5 fois en consultation. Nous avons estimé que cette différence de pratique pouvait être liée au moindre degré de connaissance de l'enfant et de son environnement familial.

2.4.3 Traitement selon les classes sociales

Lors de la prise en charge d'un état fébrile, la prescription d'antibiotique avait été plus importante pour les enfants issus de milieux favorisés. Nous n'avons pas trouvé d'écho dans la littérature à ce résultat inattendu. Néanmoins, compte tenu du nombre d'épisodes analysés (21 seulement pour les enfants issus de milieux favorisés) une étude concernant un échantillon plus important serait nécessaire pour confirmer notre résultat.

2.4.4 Synthèse

Lors de la prise en charge médicamenteuse d'un état fébrile, l'origine sociale des enfants traités semble ne pas avoir eu d'influence sur les pratiques de soins.

Conclusion

Dans notre étude, les enfants avaient été pris en charge de façon similaire quel que soit leur statut social. Si plusieurs particularités concernant les enfants socialement précaires ont été mises en évidence, elles paraissent en lien avec leur état de santé ou plus largement avec leur cadre de vie. La prise en charge dans ces cas semblait être adaptée aux spécificités de ce groupe, comme nous l'avions supposé.

En revanche, nous avons constaté que les enfants socialement précaires avaient bénéficié d'actes de prévention dans une moindre proportion que les autres. Ce résultat avait d'ailleurs été décrit dans la littérature [41] [42]. Est-il alors envisageable, en médecine générale, d'améliorer l'accès aux actes de prévention pour les enfants socialement précaires?

Dans les années 80, une étude avait été menée en Angleterre, visant à améliorer l'utilisation des soins préventifs dans un quartier défavorisé [46]. Les médecins étudiés avaient le sentiment d'apporter les soins préventifs appropriés à tous. En analysant des indicateurs tels que le taux de vaccination des enfants, une étude préliminaire avait permis de mettre en évidence une discordance entre ce que pensaient les médecins et la réalité. Un dispositif médico-social avait alors été mis en place de façon sélective dans le secteur médical concerné, en direction des patients issus de milieux plus défavorisés, dans le but d'améliorer leurs prises en charge au niveau préventif. Après un peu plus d'un an, les mêmes indicateurs avaient été mesurés en comparant deux échantillons de patients respectivement issus de milieux favorisés et de milieux défavorisés. Le taux de vaccination chez les enfants défavorisés avait significativement augmenté, d'environ 29%. L'amélioration pour la population d'enfants favorisés, qui n'avait pas bénéficié d'une intervention particulière, n'avait été que de 7%. En ne se basant que sur ces simples résultats, nous ne pouvons que constater l'efficacité d'une telle démarche.

Cet exemple permet d'illustrer qu'il est possible d'améliorer les pratiques de prévention à l'intention des enfants précaires. Il faudrait pour cela développer et

enrichir le réseau de prise en charge existant, en renforçant les partenariats entre les différents acteurs de soins – médecins libéraux, médecins hospitaliers, personnel de la PMI... – sans toutefois enfermer dans un ghetto les enfants socialement précaires [47].

En définitive, l'étude des pratiques de soins, en médecine générale, en direction des enfants, est un sujet qui nous a paru avoir été peu exploré. Les données analysées selon le statut social semblent encore plus rares. Il serait intéressant de poursuivre et de compléter le travail présenté ici, en effectuant une enquête prospective qui observerait les prises en charge réalisées par divers praticiens constituant un échantillon représentatif de l'ensemble des médecins généralistes. Le caractère prospectif faciliterait le recueil d'informations auxquelles nous n'avons pas eu accès – statut vaccinal des enfants, existence d'un co-suivi médical... Il permettrait aussi de pouvoir mieux décrire l'environnement des enfants, notamment familial. Il serait alors possible de comparer l'évaluation subjective du statut social, effectuée par les médecins, à des données mesurables comme la catégorie socio-professionnelle des parents. Également, un travail conjoint avec des chercheurs en sciences sociales semblerait pertinent, afin de mieux définir les représentations sociales des médecins et l'impact qu'elles ont sur leurs pratiques de prise en charge.

Bibliographie

- 1.Fassin D. Avant-propos in Inégalités et santé, Problèmes politiques et sociaux n°960. La Documentation française, 2009; p. 5-9.
- 2.Desplanques G. Fin du XXe siècle : à 35 ans, une espérance de vie 9 ans plus courte pour les manœuvres que pour les professeurs in Inégalités et santé, Problèmes politiques et sociaux n°960. La Documentation française, 2009; p. 17-18.
- 3.Moquet M. Inégalités sociales de santé: des déterminants multiples in Comment réduire les inégalités sociales de santé? La Santé de l'homme n°397, INPES, 2008; p. 17-19.
- 4.Cambois E., Laborde C., Robine J. Vivre moins longtemps et plus diminué, quand on est ouvrier in Inégalités et santé, Problèmes politiques et sociaux n°960. La Documentation française, 2009; p. 37-40.
- 5.Lombrail P., Pascal J. Les inégalités sociales de santé in Traité de prévention. Flammarion, 2009; p. 17.
- 6.De la Rochère B. La santé des sans domicile usagers des services d'aide. Insee Première n°893. Insee, 2003.
- 7.Lot F. Le sida, un non-dit de la question immigrée in Inégalités et santé, Problèmes politiques et sociaux n°960. La Documentation française, 2009; p. 56.
- 8.Cazein F., Pillonel J., Bousquet V. et al. Caractéristiques des personnes diagnostiquées avec une infection à VIH ou un sida. France, 2008. BEHWeb 2009. InVS.
<http://www.invs.sante.fr/behweb/2009/02/pdf/a-2.pdf>
consulté le 17 novembre 2010.
- 9.Berthier M. Risque néonatal et devenir des enfants de familles vulnérables. 39e Journées Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale. Naissance et précarité; La prématurité modérée et tardive, Les césariennes. Arnette, 2009; p. 35-44.
- 10.Fainzang S. La relation médecins-malades : information et mensonges. Paris, PUF, 2006.

11. Cheymol J., Berthier M. La santé des enfants en situation de précarité, les inégalités sociales de santé in *Médecine et enfance*. Mars 2005; p. 173.
12. Les enfants pauvres en France. CERC. La documentation française, 2004; p. 23-38.
13. Sommelet D. L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé in *Archives de Pédiatrie* volume 14. Elsevier Masson, 2007; p. 1018-1019.
14. Cambois E. Les personnes en situation sociale difficile et leur santé in *Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, 2003-2004*. La documentation française, 2004; p. 109-110.
15. Menahem G. Spécificités des usages précaires des systèmes de soins : quelques hypothèses. Document de travail. Irdes, 2000.
16. Menahem G. Inégalités sociales de santé et problèmes vécus lors de l'enfance in *La revue du Praticien*, volume 54. 2004; p. 2255-2262.
17. Étude ELFE
<http://www.elfe.ined.fr/index.php>
consulté le 8 décembre 2010.
18. Étude EDEN
<http://eden.vjf.inserm.fr>
consulté le 8 décembre 2010.
19. Pecastaing JB., Prouff B., Gay B. Étude de l'influence des facteurs non cliniques sur la décision de prescription d'antibiotiques en médecine générale. 2009.
http://www.larevuedupraticien.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=543:etude-de-linfluence-des-facteurs-non-cliniques-sur-la-decision-de-prescription-dantibiotiques-en-medecine-generale&catid=63:recherche-en-medecine-generale&Itemid=165
consulté le 10 décembre 2010.
20. Faure H., Mahy S., Soudry A. Déterminants de la prescription ou de la non-prescription d'antibiotiques en médecine générale in *Médecine et maladies infectieuses*, volume 39. Elsevier Masson, 2009; p. 714-721.
21. Attali C., Amade-Escot C., Ghadi V. et al. Étude PAAIR, 2001.
<http://www.urml-idf.org/urml/paairrf.pdf>

consulté le 20 novembre 2010.

22. Guillou A. Patients immigrés dans la région rennais, Le regard des médecins généralistes. Rapport d'enquête. 2007.

http://www.odris.fr/documents/etudes/RVH_SM2_RapportFINAL.pdf

consulté le 20 novembre 2010.

23. Le Dictionnaire des Résultats de Consultation, SFMG.

http://www.sfm.org/outils_sfm/dictionnaire_des_resultats_de_consultation_-_drc/

consulté le 10 décembre 2010.

24. Prise en charge de la fièvre chez l'enfant – Mise au point. Afssaps, 2004.

25. Blumenthal I. What parents think of fever in Family Practice, volume 15, n°6. Oxford University Press, 1998; p. 513-518.

26. De Peretti G. Précaire : une catégorie instable et fragile in Empan n° 60. Érès, 2005; p. 14-23.

27. Moulin J., Guegan R., Abric L. Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. Beh n°14. InVS, 2006; p. 93-96.

28. Sass C. Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examen de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité in Santé Publique, volume 18, n°4. Société française de santé publique, 2006; p. 513-522.

29. Griot E. Les consultations d'enfants en médecine générale in La revue du praticien, Médecine générale, tome 12, n°421. Mai 1998; p. 24-31.

30. Boisguérin B. Les bénéficiaires de la CMU au 31 décembre 2002. Études et Résultats n°239. Drees, 2003.

31. Cases C., Lucas-Gabrielli V., Perronnin M. Comment expliquer les fortes disparités de clientèle CMUc des praticiens libéraux? Questions d'économie de la Santé n°130. Irdes, 2008.

32. Boisguérin B. Quelles caractéristiques sociales et quel recours aux soins pour les bénéficiaires de la CMUc en 2006? Études et Résultats n°675. Drees, 2009; p. 2-3.

33. Classement des 50 RC les plus fréquents pour les patients âgés de 0 à 2 ans. OMG.

<http://omg.sfm.org/>

consulté le 7 octobre 2010.

34. Antona D., Fonteneau L., Lévy-Bruhl D. Couverture vaccinale des enfants et des adolescents en France: résultats des enquêtes menées en milieu scolaire, 2001-2004. Beh, n°6. InVS, 2007.

35. Grandfils N., Sermet C., Auvray L. La prescription d'antibiotiques chez les généralistes. Évolution 1992-2002. Questions d'économie de la santé n°87. Irdes, 2004.

36. Franc C., Le Vaillant M., Rosman S. et al. La prise en charge des enfants de moins de 16 ans en médecine générale. Série études n°69. Drees, 2007.

37. Bocquet A., Chalumeau M., Bolotte D. et al. Comparaison des prescriptions des pédiatres et des médecins généralistes : une étude en population en Franche-Comté sur la base de données de la caisse régionale d'assurance maladie in Archives de Pédiatrie volume 12. Elsevier Masson, 2005; p. 1688-1696.

38. La consommation de soins des enfants de moins de trois ans. Des tendances de fond aux mouvements de court terme, Point de conjoncture n°7. CNAMTS, 2002; p. 18-26.

39. Girard-Le-Gallo I. La consommation des bénéficiaires de la CMU en 2000. Point stat n°35. L'Assurance Maladie des salariés – sécurité sociale, caisse nationale, 2002.

40. La consommation médicale des bénéficiaires de la CMU complémentaire : un bilan de la troisième année du dispositif. Des tendances de fond aux mouvements de court terme, Point de conjoncture n°29-30. CNAMTS, 2004; p. 40.

41. Dumesnil S., Lefur P., État de santé des enfants pauvres et recours aux soins en ambulatoire in Les enfants pauvres en France. Colloque co-organisé par le CERC, le CGP, la CNAF et la Drees. 2003.

42. Franc C., Le Vaillant M., Rosman S. et al. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites. Études et résultats n°588. Drees, 2007.

43. Tursz A. La santé de l'enfant in Les inégalités sociales de santé. La découverte, 2000; p. 201.

44. Conférence de consensus, Intoxication par le plomb de l'enfant et de la

femme enceinte, Prévention et prise en charge médico-sociale. HAS, Société Française de Pédiatrie, Société Française de Santé Publique, 2003.

45.Nutrition et activité physique – Surpoids et obésité chez l'enfant, Objectif 12 in L'état de santé de la population – Rapport 2009-2010. Drees, 2010.

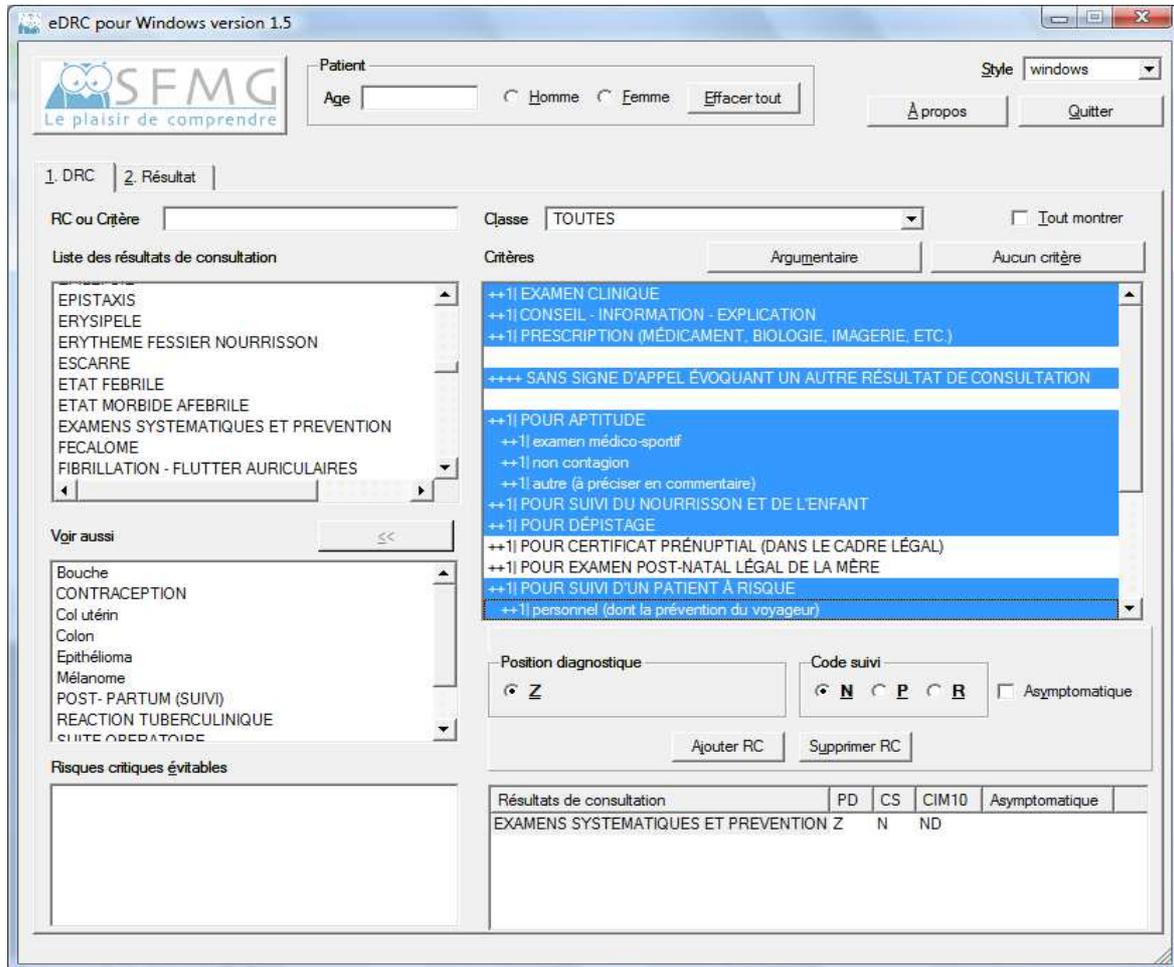
46.Marsh G.N., Channing D.M. Narrowing the health gap between a deprived and an endowed community in British Medical Journal volume 296. 1988; p. 173-176.

47.Moro M.R., Picherot G., Dorliat I. et al. Précarité et réalités de la vie quotidienne in Précarité et protection des droits de l'enfant, États des lieux et recommandations, Rapport thématique 2010. République Française, 2010; p. 26-50.

Annexes

Annexe 1 – Dictionnaire des RC

Un exemple de RC: examens systématiques et prévention



EXAMENS SYSTEMATIQUES ET PREVENTION (Z, N) CODE CIM 10 : ND
 ++1| EXAMEN CLINIQUE
 ++1| CONSEIL - INFORMATION – EXPLICATION
 ++1| PRESCRIPTION (MÉDICAMENT, BIOLOGIE, IMAGERIE, ETC
 ++++ SANS SIGNE D'APPEL ÉVOQUANT UN AUTRE RÉSULTAT DE CONSULTATION
 ++1| POUR APTITUDE
 ++1| examen médico-sportif
 ++1| non contagion
 ++1| autre (à préciser en commentaire)
 ++1| POUR SUIVI DU NOURRISSON ET DE L'ENFANT
 ++1| POUR DÉPISTAGE
 ++1| POUR SUIVI D'UN PATIENT À RISQUE
 ++1| personnel (dont la prévention du voyageur)
 ++1| familial
 ++1| POUR AUTRE (À PRÉCISER EN COMMENTAIRE)
 + - à l'initiative du médecin
 + - concernant un tiers
 + - récursive

++++ : critères obligatoires pour retenir ce diagnostic

++ 1| : au moins un des critères doit être présent

+/- : complément sémiologique enrichissant la description du cas

Annexe 2 – Présentation de certains résultats de l'échantillon par tranche d'âge

	0 à 1 an	1 à 2 ans	2 à 3 ans	3 à 4 ans	4 à 5 ans	Total
Nombre d'enfants	232	218	217	213	196	1 076
Nombre de consultations	1 312	1 056	894	890	726	4 878
Nombre total de RC	1 602	1 320	1 008	951	806	5 687
Nombre de RC moyen par consultation	1,22	1,25	1,13	1,07	1,11	1,17

Le nombre d'enfants par tranche d'âge correspond en définitive au nombre d'enfant-année.

Annexe 3 – Les 10 RC les plus fréquents, pour les enfants âgés de 0 à 2 ans, exprimés en pourcentage par rapport au nombre total d'actes

RC	Échantillon
Examens systématiques et prévention	17
État fébrile	16
Rhinopharyngite - Rhume	15
Vaccination	15
Bronchite aiguë	9
État morbide afebrile	9
Otite moyenne	7
Toux	3
Dermatose	3
Diarrhée – nausée – vomissements	3

Le choix de la tranche d'âge des enfants avait été dicté par l'existence de données de référence qui ont servi de base de comparaison dans la discussion.

Annexe 4 – Test statistique pour la comparaison des deux sous-populations discriminées selon le nombre de consultations

Nous avons utilisé un test de χ^2 à 4 cases permettant de comparer deux pourcentages:

- *actes de prévention*:

	< 5 consultations	≥ 5 consultations	Total
Consultations avec acte de prévention	25	514	539
Consultations sans acte de prévention	366	3 973	4 339
Total	391	4 487	4878
Pourcentage	6	11	11

$\chi^2 = 9,37$ (non corrigé) $p=0,002$

Annexe 5 – Tests statistiques pour la comparaison entre les trois classes sociales

Nous avons utilisé un test de χ^2 à 4 cases permettant de comparer deux pourcentages et un test exact de Fisher lorsque l'un des effectifs était inférieur à 5:

- *actes de prévention:*

	Précaires	Classe moyenne	Milieus favorisés	Total
Consultations avec acte de prévention	126	242	146	514
Consultations sans acte de prévention	1 541	1 763	669	3 973
Total	1 667	2 005	815	4 487
Pourcentage	8	12	18	11

Comparaison entre les enfants précaires et ceux issus de la classe moyenne:

$$\chi^2 = 20,54 \text{ (non corrigé) } p=0,0000058$$

Comparaison entre les enfants issus de la classe moyenne et ceux issus de milieux favorisés:

$$\chi^2 = 16,68 \text{ (non corrigé) } p=0,0000443$$

- *dermatoses:*

	Précaires	Classe moyenne	Milieus favorisés	Total
Consultations avec une dermatose nouvelle	80	36	15	131
Consultations sans dermatose nouvelle	1 587	1 969	800	4 356
Total	1 667	2 005	815	4 487
Pourcentage	5	2	2	3

Comparaison entre les enfants précaires et ceux issus de la classe moyenne:

$$\chi^2 = 0,01 \text{ (non corrigé) } p=0,94$$

Comparaison entre les enfants issus de la classe moyenne et ceux issus de milieux favorisés:

$$\chi^2 = 26,84 \text{ (non corrigé) } p=0,0000002$$

	Précaires	Classe moyenne	Milieus favorisés	Total
Consultations avec une dermatose persistante	23	2	2	27
Consultations sans dermatose persistante	1 644	2 003	813	4 460
Total	1 667	2 005	815	4 487
Pourcentage	1,4	0,1	0,25	0,6

Comparaison entre les enfants précaires et ceux issus de la classe moyenne:

$$\text{Test exact de Fisher } p=0,00000012$$

Comparaison entre les enfants issus de la classe moyenne et ceux issus de milieux favorisés:

$$\text{Test exact de Fisher } p=0,33$$

- vaccination initiale DTP:

	Précaires	Classe moyenne	Milieus favorisés	Total
Vaccination DTP +	5	24	12	41
Vaccination DTP -	48	24	13	85
Total	53	48	2485	126
Pourcentage	9	50	48	32

Comparaison entre les enfants précaires et ceux issus de la classe moyenne:

$\chi^2 = 20,25$ (non corrigé) $p=0,0000068$

Comparaison entre les enfants issus de la classe moyenne et ceux issus de milieux favorisés:

$\chi^2 = 0,03$ (non corrigé) $p=0,87$

Annexe 6 – Tests statistiques relatifs à la prise en charge de l'état fébrile

Nous avons utilisé un test statistique χ^2 à 4 cases permettant de comparer 2 pourcentages:

- selon le caractère nouveau ou persistant de l'état fébrile:

	État fébrile nouveau	État fébrile persistant	Total
Antibiotique +	50	31	81
Antibiotique -	124	15	139
Total	174	46	220
Pourcentage	30	67	40

$\chi^2 = 23,37$ (non corrigé) $p=0,0000013$

- selon le nombre de consultations:

	< 5 consultations	≥ 5 consultations	Total
Antibiotique +	16	30	46
Antibiotique -	24	105	129
Total	40	135	175
Pourcentage	40	22	26

$\chi^2 = 5,03$ (non corrigé) $p=0,025$

Annexe 7 – Score Epices

Ce score individuel de précarité quantitatif a été construit par les CES, afin de mieux définir les personnes en situation de précarité.

Il repose sur 11 questions. À chaque réponse positive, le coefficient correspondant est ajouté à la constante. Les scores obtenus varient de 0, signifiant une absence de précarité, à 100 définissant une précarité maximum [27].

N°	Questions	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire?	- 11,83	0
3	Vivez-vous en couple?	- 8,28	0
4	Êtes-vous propriétaire de votre logement?	- 8,28	0
5	Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...)?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois?	- 6,51	0
7	Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois?	- 7,10	0
8	Êtes-vous parti en vacances au cours de 12 derniers mois?	- 7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants?	- 9,47	0
10	En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin?	- 9,47	0
11	En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle?	- 7,10	0
	Constante	75,14	

Annexe 8 – Pourcentage des patients bénéficiaires de la CMUc dans le cabinet étudié

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Taux de CMUc	10	12	12	13	16	16	16	ND	17	16

ND = non disponible

Source CPAM

Annexe 9 – Plafonds de ressources pour l'obtention de la CMUc

Nombre de personnes composant le foyer	Montant du plafond annuel en France métropolitaine
1 personne	7 611 euros
2 personnes	11 417 euros
3 personnes	13 700 euros
4 personnes	15 984 euros
Au-delà de 4 personnes, par personne supplémentaire	+ 3 044,544 euros

Source *ameli.fr*

Nous avons converti le plafond annuel en plafond mensuel. Ainsi, une personne seule doit toucher moins de 630 euros mensuels pour prétendre à la CMUc. Lorsque le foyer se compose de 2 personnes, le plafond est d'environ 950 euros par mois. Pour un foyer de 3 personnes, il est d'environ 1 150 euros. Pour un foyer de 4 personnes, il passe à 1 300 euros. Au-delà de 4 personnes, il faut ajouter environ 250 euros par mois par personne supplémentaire.

Les foyers que nous avons étudiés se composent au minimum de deux personnes : un parent et son enfant.

Résumé

Objectifs : Sachant que la dégradation de la santé et de la situation sociale sont des processus intriqués souvent définis dès l'enfance et que, par ailleurs, les inégalités sociales de santé sont déterminées par la qualité des soins offerts, notre objectif était d'évaluer dans quelle mesure le statut social des enfants âgés de 0 à 5 ans pouvait avoir une influence sur leur prise en charge médicale.

Méthode : Nous avons réalisé une étude rétrospective analysant les pratiques de médecins généralistes exerçant dans un même cabinet. L'évaluation de celles-ci a reposé sur la prise en compte de différentes variables quantitatives : la vaccination, la prescription d'antibiotiques, celle d'examen complémentaires, l'établissement de certificats, le recours à un autre professionnel de santé et la prise en charge médicamenteuse lors d'un état fébrile. La population a été divisée en deux groupes : enfants précaires et non précaires.

Résultats : Les enfants précaires avaient bénéficié de moins d'actes de prévention. Ils présentaient un nombre plus important de dermatoses. En revanche, la prescription d'antibiotiques et la prise en charge des états fébriles étaient comparables. Les autres variables étudiées présentaient des valeurs légèrement plus faibles pour les enfants précaires.

Conclusion : Quel que soit leur statut social, les enfants précaires et non précaires avaient été pris en charge de façon similaire. Les disparités néanmoins constatées ne semblent pas pouvoir être attribuées à une attitude différenciée des médecins vis-à-vis de ces deux groupes.

Mots clefs : Statut social, Précarité, Enfants, Prise en charge, Médecine générale

Summary

Purpose : The purpose of the reported study was to evaluate to what extent the health care of a child under five, in a general practitioner's office, could be conditioned by the social status of his family. As a matter of fact, it is well established that both health decline and position in social scale can be considered in a close relationship, involving a part of determinism starting from early age. From another point of view, health social inequalities can be induced by the nature of the health care offered.

Method : This retrospective study analyses practising in a unique GP's office. The following quantitative variables have been taken into account: diphtheria, tetanus and polyomelite vaccinations, prescription of antibiotics, use of laboratory and radiology test, certificate issue, sending to another healthcare profesional and drugs prescription in case of fever. The investigated population was divided into two groups: precarious and non-precarious.

Results : The rate of preventive actions had been lower for the sub population of precarious children. Among the same group, dermatosis diagnosis had been more commonly made. In contrast, prescription of antibiotics and health care in case of fever turned out to be homogeneous for the whole population. The other variables exhibited slightly lower values for the precarious children group.

Conclusion : Whatever their social status, health care of precarious and non-precarious children were similar. The observed slight discrepancies do not seem to result from a discriminating behaviour of the involved general practitioners.

Keywords : Social Status, Precariousness, Children, Health care, General practice