

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG  
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE 2022

N° : 69

**THÈSE**  
**PRESENTÉE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT**  
**DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Diplôme d'État  
Mention : Médecine Générale

PAR  
KURUN Melodi  
Née le 24 décembre 1994 à Mont-Saint-Aignan

---

ÉTAT DES LIEUX DES ATTITUDES PARENTALES  
CONCERNANT LES DIFFICULTÉS DE DÉCALOTTAGE DE  
L'ENFANT DE MOINS DE CINQ ANS, DANS LA RÉGION DE  
MULHOUSE, DU 1<sup>er</sup> MARS AU 30 AVRIL 2021

---

Président de thèse : Monsieur le Professeur François BECMEUR

Directeur de thèse : Madame le Docteur Juliette GIRARD

## FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition FEVRIER 2022  
Année universitaire 2021-2022



- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Premier Doyen de la Faculté** M. DERUELLE Philippe
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (2001-2011) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES  
DE STRASBOURG (HUS)  
**Directeur général : M. GALY Michaël**

### A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis      Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

### A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak      Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)  
DOLLFUS Héléne      Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

### A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO224	NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
	ADAM Philippe P0001	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
	AKLADIOS Cherif P0191	NRP0 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : <b>Gynécologie-Obstétrique</b>
	ANDRES Emmanuel P0002	RP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
	ANHEIM Mathieu P0003	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
	Mme ANTAL Maria Cristina M0003 / P0219	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
	ARNAUD Laurent P0186	NRP0 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
	BACHELLIER Philippe P0004	RP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
	BAHRAM Seiamak P0005	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
	BAUMERT Thomas P0007	NRP0 CS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; <b>hépatologie</b> Option : hépatologie
	Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
	BEAUJEU Rémy P0008	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
	BECMEUR François P0009	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
	BERNA Fabrice P0192	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : <b>Psychiatrie d'Adultes</b>
	BERTSCHY Gilles P0013	RP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
	BIERRY Guillaume P0178	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
	BILBAULT Pascal P0014	RP0 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : médecine d'urgence
	BLANC Frédéric P0213	NRP0 NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
	BODIN Frédéric P0187	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 <b>Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique</b> ; Brûlologie
	BONNEMAINS Laurent M0099 / P0215	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
	BONNOMET François P0017	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BOURCIER Tristan P0018	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
	BOURGIN Patrice P0020	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
	Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
	BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
	Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CASTELAIN Vincent P0027	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Haute-pierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 <b>Anesthésiologie-Réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie- Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas M0016 / P0220	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard P0045	NRP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôp. de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	RP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François P0216	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP0 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien P0221	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP0 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GIOQUEL Philippe P0065	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP0 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard P0075	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RP0 CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 <b>Médecine Physique et Réadaptation</b>
JAUHAC Benoît P0078	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd.B/HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORANOW Anne-Sophie P0087	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RP0 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; <b>Addictologie</b> (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 <b>Anatomie</b>
LESSINGER Jean-Marc P0	RP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP0 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 <b>Pneumologie</b> ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP0 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP0 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier P0222	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel P0104	RP0 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain M0093 / P0223	NRP0 NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas P0105	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôp. Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP0 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire-EA7295 / Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP0 NCS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b> Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : Médecine d'urgences

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale/Haute-pierre	48.01 <b>Anesthésiologie-réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît M0061 / P0224	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérald P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civi	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline P0225	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis P0144	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 <b>Pédopsychiatrie</b> ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : <b>Hépatologie</b>
SIBILIA Jean P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDALHET Pierre P0158	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Serv. de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôp.Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
WOLF Philippe P0207	NRPô NCS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation</li> <li>- Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP</li> <li>- Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU</li> </ul>	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Tête et Cou</li> <li>- Unité Neurovasculaire / Hôpital de Haute-pierre</li> </ul>	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie  
 \* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSP : Chef de service provisoire (un an)  
 CU : Chef d'unité fonctionnelle  
 Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)  
 Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chef de service) Dir : Directeur  
 (1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018  
 (3) (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017  
 (5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017  
 (6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

#### A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO</li> <li>- Service de Soins palliatifs / NHC</li> </ul>	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Hépatodigestif</li> <li>- Service de Gastro-Entérologie - NHC</li> </ul>	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC</li> </ul>	
SALVAT Eric	CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Tête-Cou</li> <li>- Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP</li> </ul>	

## B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTONI Delphine M0109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas M0136		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël M0137		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela M0138		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELHORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud M0139		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis M0025	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre M0132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
GIES Vincent M0140		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Serv. de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail/HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne M0141		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Haute-pierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie M0142		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VÉLAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joff rey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

## B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAH Christian P0166

Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine

72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques



### B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

---

## C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

### C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. GROB-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015)
Pr Ass. GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014)

---

### C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		53.03 Médecine générale

---

### C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

---

## D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES

### D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

---

---

## E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCHI Martin	• Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

---

## F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
    - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
    - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
  - o **pour trois ans** (1er avril 2019 au 31 mars 2022)
    - Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
  - o **pour trois ans** (1er septembre 2019 au 31 août 2022)
    - DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
    - NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
    - PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
    - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
  - o **pour trois ans** (1er septembre 2020 au 31 août 2023)
    - BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
    - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
    - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
    - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
  - o **pour trois ans** (1er septembre 2021 au 31 août 2024)
    - DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
    - DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
    - HERBRECHT Raoul (Hématologie)
    - STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)
- 

## F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc    CNU-31    IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

---

## F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS\* DE L'UNIVERSITE

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)

(\* 4 années au maximum)

## G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARDT Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
GRUCKER Daniel (Institut de Physique Biologique) / 01.09.21	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JACOMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WATTIEZ Arnaud (Gynécologie Obstétrique) / 01.09.21
KREMER Michel / 01.05.98	WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

## Légende des adresses :

**FAC** : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :**

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

**CMCO** - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

**C.C.O.M.** - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graff enstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

**E.F.S.** - Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

**Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss"** - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

**IURC** - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU  
DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ  
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS  
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES  
À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

## SERMENT D'HIPPOCRATE

“ En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

## REMERCIEMENTS

Je tenais tout d'abord à exprimer toute ma gratitude à **Monsieur le Professeur François BECMEUR** pour m'avoir fait l'honneur d'être le Président de mon jury.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à ma directrice de thèse, **le Docteur Juliette GIRARD**, et la remercier d'avoir inspiré ce travail de thèse durant mon semestre en pédiatrie.

Je te remercie d'avoir eu autant d'intérêt pour le sujet, et de m'avoir aussi bien guidée et soutenue tout au long de ce travail, tes conseils m'ont été très précieux.

Je remercie également **le Docteur Isabelle TALON** de m'avoir fait l'honneur de faire partie de mon jury.

Enfin, je remercie **Monsieur le Professeur Philippe HILD** d'avoir accepté de faire partie de mon jury, j'ai beaucoup aimé travaillé avec vous. Votre façon de pratiquer la médecine générale a été et restera une source d'inspiration pour ma propre pratique, et j'espère en faire bon usage.

Je remercie également toute **l'équipe des urgences pédiatriques de Mulhouse** d'avoir participé à la réalisation de l'étude, et pour tous les bons moments partagés avec vous durant ce semestre en 2020. Sans oublier les chefs, **Alexandra, Anamaria, Anne-Cécile, Claire, Christine, Ismini, Jeanne, Julie, Karen, Noëlle, Nicolas, Sandrine**, ça a été un grand plaisir de travailler avec vous.

**À ma famille que j'aime.**

**À mes parents** dont je suis très fière, qui m'ont toujours soutenue, même pendant les moments difficiles de mes études, et permis d'être qui je suis aujourd'hui. Je sais que vous partez de loin, et vous vous êtes battus pour en arriver là où vous êtes aujourd'hui, et j'espère vous rendre fiers en retour en perpétuant ce que vous avez initié.

A ma mère pour ta modernité et ton courage, et les valeurs importantes que tu m'as inculquées.

A mon père pour ta bienveillance et ta gentillesse éternelle, merci de m'avoir transmis tout ça, et aussi l'obsession des animaux.

**À Derya**, tu es ma grande sœur, mais surtout mon amie voire mon troisième parent par interim des fois. Merci d'être là, et de m'avoir autant protégée depuis le début, même pour aller à la bagarre en cour de récré. J'espère te le rendre à la même hauteur à l'avenir, sauf pour la bagarre, je fuirais lâchement.

**À Xavier** que j'aime, je remercie le destin de t'avoir mis sur ma route, même si il a fallu qu'un virus à couronne un peu contagieux en soit l'origine. On a partagé nos galères ensemble, mais ces galères, ces difficultés ont forgé notre binôme et notre lien si fort. J'ai découvert une personne incroyable et généreuse avec ses patients, sa famille et ses amis. Tu es mon pilier et c'est un bonheur de partager cette vie à deux depuis. Cela a marqué le début d'une magnifique aventure. Je suis fière de notre parcours mais aussi d'être à tes côtés dans ton accomplissement personnel, je sais que tu vas accomplir encore de grandes choses, et je serai à tes côtés pour t'épauler.

**À ma tante Ismihan et mon oncle Turgay**, vous êtes géniaux, merci pour votre générosité sans limite et d'avoir été là depuis mon arrivée en Alsace, je ne m'en serais pas sortie vivante

sans vous. Ces mois vécus chez vous étaient parfaits, que ce soit à la Borsa de Barcelona ou avec les trouble-fêtes, Noyan, Arman et surtout Cookie.

**À mes grands parents**, Anne Anne, Baba Anne, Musa Dede et Aziz Dede, je vous aime.

Merci pour tout votre amour, d'être des grands parents parfaits.

A ma grand-mère, Zahide, j'aurais aimé que tu sois présente à ma soutenance, pour te rendre fière.

**À mes cousins Tolgay, Melissa, Anthony, Umut, Berfin, Noyan, Berdan, Arman, Eda** et le petit dernier, **Emir** le danseur.

**À mes oncles et tantes, Nurten, Dogan, Emrah, Isabelle, Turkan, Erkan, Ozlem**, merci de votre soutien.

**À mes beaux parents**, merci pour votre gentillesse envers moi depuis ma rencontre avec votre fils.

**À Jeanne et Alice** mes amies de longue date.

À Jeanne, ma lamproie dessinatrice de nez à tout va, merci pour tous ces bons moments et ces fous rires ensemble. À Alice pour toutes nos pyjamas party chez toi, ces souvenirs restent gravés.

**À Andy** mon cousin du bled, moitié tunisien, moitié péruvien. Continue de profiter à fond de la vie, au Pérou le lundi, au concert de Bruno Mars le mardi. Ce n'est que le début, je sais que tu vas encore vivre des tonnes d'aventures.

À **Charlène**, je suis tellement heureuse de te compter parmi mes amies, même si tu as essayé de me faire dire des mots interdits, c'était bien essayé. Ton humour et ta personnalité solaire ont rendu ces années bien meilleures. Merci pour ces énormes fous rires, surtout à la BU où on était censées réviser à la base. Tu me manques.

À **Fantine**, alias Fantaine, on s'est rencontrées un peu plus tard et je suis heureuse que nos chemins se soient croisés. J'aime voir à quel point tu es passionnée et dévouée, que ce soit dans ton métier, pour tes neveux mais surtout, pour le fromage.

À **Jourisse**, de notre premier jour en seconde aux premiers pas de bébé en médecine, je suis tellement contente d'avoir vécu toutes ces étapes avec toi, comme inviter toute la promo dans ton salon. J'espère vivre encore plein de belles choses avec toi. Tu es généreuse et altruiste (on va utiliser un mot intelligent) et tu seras une chirurgienne d'exception.

À **Justine**, tu es une fille incroyable, et tu apportes beaucoup de joie et de rires autour de toi, surtout avec tes interrogatoires dignes d'une audition de police. Je suis tellement contente de te voir épanouie, tu seras une maman parfaite.

À **Marie** ma co-gériatre de cœur, l'externat n'aura pas été la même chose sans toi. Je n'oublierai pas la fois où le grand chef a préféré tes cookies à mon gâteau, c'était trop violent.

À **l'équipe Koh Lanta Mulhouse**, ce que l'on a vécu était très particulier mais la force de ce groupe restera dans les annales. Merci aux chefs, notamment à Fabien et Mylène pour leur soutien.



**À mes chefs de gériatrie, Cécile, Cédric et Maria**, je vous suis éternellement reconnaissante pour tout ce que vous m'avez appris, vous avez rendu ce stage tellement agréable, même pendant le Covid et les nombreuses situations difficiles que l'on a vécu ensemble.

**À Camillia, Marie-Alix, Mathieu, Merve et Steffi**. J'ai eu la chance de vous rencontrer et de vous découvrir pendant l'internat, et je suis heureuse de vous compter parmi mes amis aujourd'hui.

**À l'équipe du CSNP, Cathy, Emeric, Pauline**, vous êtes tops. Et au **Docteur Emmanuel VILBOIS** de m'avoir donnée la chance de travailler dans ce centre.

**Au Docteur Patrick VOGT**, pour tous les bons conseils que vous m'avez donnés et votre gentillesse, votre force et votre implication dans le travail sont impressionnantes.

**Au Docteur Christine HILD**, j'ai beaucoup appris à vos côtés, votre savoir et votre rigueur sont une source d'inspiration.

**Au Docteur Charles BECK**, nous étions un duo improbable mais j'ai beaucoup apprécié travailler avec vous.

## SOMMAIRE

<b>1 INTRODUCTION</b> .....	23
<b>2 QUELQUES GÉNÉRALITÉS</b> .....	26
2.1 Le prépuce .....	26
2.1.1 Son développement embryonnaire .....	26
2.1.2 Ses rôles principaux .....	27
2.2 Les difficultés de décalottage : quelles en sont les causes et quelles sont leurs prises en charge ? .....	28
2.2.1 Les adhérences préputiales .....	28
2.2.2 Le phimosis physiologique ou primaire .....	29
2.2.2.1 Indications de traitement .....	30
2.2.2.2 Traitements .....	30
2.2.2.3 Cas particuliers .....	30
2.2.3 Le phimosis pathologique ou secondaire .....	31
2.2.3.1 Étiologies .....	31
2.2.3.2 Étymologie .....	32
2.2.3.3 Traitements .....	33
<b>3 MÉTHODE</b> .....	34
3.1 Le lieu de l'étude : Service d'Accueil et d'Urgences Pédiatriques du GHRMSA .....	34
3.1.1 Les locaux .....	35
3.1.2 Les équipes .....	35
3.1.3 Le circuit du patient .....	36
3.1.4 Le dossier informatisé : Urqual® .....	36
3.2 L'élaboration du questionnaire .....	37
3.3 L'organisation de l'étude .....	38
3.4 Les critères d'inclusion et d'exclusion .....	40
<b>4 RÉSULTATS</b> .....	41
4.1 Les données démographiques .....	42
4.1.1 Âge de l'enfant .....	42
4.1.2 Sexe des parents .....	42
4.1.3 Âge des parents .....	43
4.1.4 La fratrie .....	44
4.1.5 La toilette de l'enfant .....	45
4.2 Attitude parentale face aux difficultés de décalottage .....	45
4.2.1 Existence d'auto-tentatives de décalottage .....	45
4.2.2 Nombre de tentatives de décalottage du parent sur l'enfant .....	47
4.2.2.1 Selon le sexe du parent .....	47
4.2.2.2 Selon l'âge du parent .....	48
4.2.3 Existence de difficultés de décalottage chez l'enfant .....	49
4.3 Le suivi médical et les recherches internet .....	51
4.3.1 Suivi médical .....	51
4.3.1.1 Discussion avec le médecin .....	51
4.3.1.2 Conseils donnés par le médecin .....	53
4.3.2 Recherches internet .....	55
4.4 Les connaissances générales des parents et leur besoin d'information .....	56
4.4.1 Est-ce que les difficultés de décalottage sont inquiétantes ? .....	56

4.4.1.1	Selon le sexe.....	57
4.4.1.2	Selon l'âge.....	58
4.4.1.3	Selon la fratrie.....	58
4.4.2	Faut-il décalotter ? .....	59
4.4.2.1	Selon le sexe.....	60
4.4.2.2	Selon l'âge.....	60
4.4.2.3	Selon la fratrie.....	61
4.4.3	Faut-il circoncire ? .....	62
4.4.3.1	Selon l'âge.....	62
4.4.3.2	Selon le sexe.....	63
4.4.3.3	Selon la fratrie.....	64
4.4.4	Etes-vous suffisamment informés ? .....	65
4.4.5	Quels formats de recommandations ? .....	65
<b>5</b>	<b>DISCUSSION</b> .....	<b>67</b>
5.1.	Les limites de l'étude .....	67
5.2.	Une majorité de mères interrogées .....	67
5.3.	Le peu d'intérêt et une attitude passive .....	68
5.4.	Discussion avec le médecin.....	69
5.5.	La circoncision .....	70
5.6.	Le besoin d'information / Les pistes de réflexion .....	72
5.1.1	Le carnet de santé.....	72
5.1.2	Le médecin.....	72
5.1.3	La création de fiches d'information .....	73
<b>6</b>	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>75</b>
<b>7</b>	<b>ANNEXES</b> .....	<b>77</b>
7.1	Annexe 1: Carte M2A.....	77
7.2	Annexe 2: Questionnaire .....	78
7.3	Annexe 3 : Fiche d'information à destination des parents .....	83
7.4	Annexe 4 : Fiche d'information à destination des médecins .....	85
<b>8</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>87</b>

## LÉGENDE DES FIGURES

Figure 1 : Les adhérences préputiales .....	28
Figure 2 : Le phimosis .....	29
Figure 3 : Lichen Scléro-Atrophique.....	32
Figure 4 : Chemise et questionnaire de couleur jaune.....	37
Figure 5 : Le circuit du questionnaire .....	39
Figure 6 : Flowchart ou Digramme de flux .....	41
Figure 7 : Pyramide des âges.....	42
Figure 8 : Sexe des parents .....	43
Figure 9 : Âge des parents .....	43
Figure 10 : La fratrie .....	44
Figure 11 : La toilette de l'enfant .....	45
Figure 12 : Auto-tentatives de décalottage .....	46
Figure 13 : Nombre de tentatives de décalottage .....	47
Figure 14 : Nombre de tentatives de décalottage en fonction du sexe du parent .....	48
Figure 15 : Nombre de tentatives de décalottage en fonction de l'âge du parent .....	48
Figure 16 : Existence de difficultés de décalottage .....	49
Figure 17 : Échelle d'inquiétude .....	50
Figure 18 : Discussion avec le médecin .....	52
Figure 19 : Discussion avec le médecin en fonction du sexe du parent.....	52
Figure 20 : Discussion avec le médecin en fonction de l'âge du parent .....	53
Figure 21 : Satisfaction concernant les conseils médicaux .....	55
Figure 22 : Recherches internet.....	55
Figure 23 : Satisfaction concernant les recherches internet .....	56
Figure 24 : Inquiétude face aux difficultés de décalottage.....	57
Figure 25 : Avis sur les difficultés de décalottage en fonction du sexe du parent .....	57
Figure 26 : Avis sur les difficultés de décalottage en fonction de l'âge du parent .....	58
Figure 27 : Avis sur les difficultés de décalottage en fonction de la fratrie.....	59
Figure 28 : Faut-il décalotter ? .....	59
Figure 29 : Avis sur la pratique du décalottage en fonction du sexe du parent.....	60
Figure 30 : Avis sur la pratique du décalottage en fonction de l'âge du parent .....	61
Figure 31 : Avis sur la pratique du décalottage en fonction de la fratrie .....	62
Figure 32 : Faut-il circoncire ? .....	62
Figure 33 : Avis sur la circoncision en fonction de l'âge du parent .....	63
Figure 34 : Avis sur la circoncision en fonction du sexe du parent .....	64
Figure 35 : Avis sur la circoncision en fonction de la fratrie .....	64
Figure 36 : Êtes-vous suffisamment informés ?.....	65

## LÉGENDE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition mères/pères en fonction en fonction de l'âge .....	44
Tableau 2 : Existence d'auto-tentatives de décalottage en fonction de l'âge de l'enfant.....	46
Tableau 3 : Les différents suivis médicaux .....	51
Tableau 4 : Les conseils médicaux .....	54
Tableau 5 : Formats de recommandations officielles.....	66

## SOMMAIRE DES ABRÉVIATIONS

M2A = Mulhouse Alsace Agglomération

IAO = Infirmier d'accueil et d'orientation

GHRMSA = Groupe Hospitalier de la Région de Mulhouse Sud-Alsace

SAUP = Service d'Accueil et d'Urgences Pédiatriques

UHTCD = Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée

VIH = Virus de l'Immunodéficience Humaine

QR Codes = Quick Response Codes

CEA = Collectivité Européenne d'Alsace

SFUPA = Société Française d'Urologie Pédiatrique et de l'Adolescent

# 1 INTRODUCTION

---

Le prépuce de l'enfant est un thème fréquemment abordé en médecine générale, plus particulièrement celui des difficultés de décalottage. Dans cette thèse, on définira les difficultés de décalottage comme étant l'impossibilité partielle ou totale de rétracter le prépuce en arrière du gland. Elles sont très fréquentes chez l'enfant et majoritairement physiologiques.

De nombreuses études ont été menées jusqu'à présent, confirmant l'évolution naturelle du prépuce avec l'âge (1-4). Les chiffres s'accordent à dire que l'impossibilité de rétraction du prépuce est présente chez 96% des garçons à la naissance, avec une rétractibilité d'apparition progressive.

En 1949, le pédiatre écossais Douglas GAIRDNER montrait que la rétractibilité du prépuce apparaissait progressivement avec l'âge (5): à la naissance, 96% des garçons présentaient un prépuce non rétractable ; à l'âge de deux ans, 20% ; et à l'âge de trois ans, 10%.

En 1968, le médecin danois OSTER menait une étude sur 9200 garçons de 6 à 17 ans, pendant huit ans, afin d'évaluer le taux d'adhérences préputiales selon les âges (6). Il confirmait ainsi que la levée des adhérences était progressive au cours du temps et qu'elle était acquise chez quasiment tous les garçons à l'âge de 17 ans. Des difficultés de décalottage persistaient à l'âge de 16-17 ans chez environ 1 % des garçons (9,10).

D'après la littérature, il est recommandé aux parents de ne pas réaliser de tentative de décalottage (9), dont le but serait d'accélérer un processus physiologique, avec un risque important de complications comme des saignements, un vécu traumatique pour l'enfant , un phimosis secondaire, des balanoposthites ou encore un paraphimosis (11). La toilette du sexe de l'enfant doit être simple et régulière, avec de l'eau et du savon, au niveau de la partie

découverte du gland. Lorsque l'enfant est en âge de réaliser sa toilette lui-même, il peut réaliser des tentatives douces de rétraction de son prépuce.

Pourtant, les difficultés de décalottage sont une source d'inquiétude chez les parents. À titre personnel, j'ai été régulièrement confrontée à des parents inquiets que le prépuce de leur petit garçon ne se rétracte pas et de ne pas réussir à les décalotter, au décours de consultations de médecine générale. J'ai ressenti que ces difficultés étaient perçues comme inquiétantes voire anormales par beaucoup de parents.

Les questions les plus fréquemment posées par ces derniers étaient : « Faut-il le décalotter ? » et « Faut-il le circoncire ? ».

Ce manque de connaissances chez ces parents peut être à l'origine de pratiques délétères pour l'enfant, notamment des manœuvres forcées de décalottage. Une étude française a été menée par des médecins scolaires de 1991 à 1992, sur 511 enfants âgés de 9 à 12 ans, qui a montré que 46,4% des enfants avaient eu recours à des manœuvres de décalottage, dont 54% par l'un des parents (12,13).

Les avis médicaux divergents sur ce sujet sont probablement source de confusion pour les parents. En effet, des études récentes ont déjà démontré qu'il existait un manque de connaissance chez la plupart des médecins généralistes, avec des pratiques hétérogènes, notamment des manœuvres forcées de décalottage en cabinet ou des demandes d'avis spécialisés (14,15). La conclusion de ces études fut qu'il était primordial d'informer les médecins généralistes à ce sujet. Ainsi en tant que médecins généralistes, nous sommes en première ligne pour informer les parents concernant les difficultés de décalottage de l'enfant.



Par ailleurs, les parents sont des acteurs primordiaux de la santé de l'enfant. Et leur éducation concernant la prise en charge des difficultés de décalottage pourrait lever certaines inquiétudes et éviter certaines pratiques traumatisantes pour l'enfant.

Une amélioration globale de la prise en charge des difficultés de décalottage est nécessaire, et celle-ci passe également par l'éducation des parents, intervenants principaux de cette prise en charge. Pour se faire, nous avons jugé nécessaire de faire un état des lieux actuel :

- des pratiques des parents face aux difficultés de décalottage, notamment le recours au médecin traitant et/ou au décalottage,
- de leurs connaissances générales sur les difficultés de décalottage et leur(s) prise(s) en charge,
- et enfin de rechercher l'existence d'une demande d'information sur le sujet.

L'évaluation du savoir actuel des parents concernant les difficultés de décalottage et la pratique du décalottage est nécessaire afin de déterminer leurs besoins et d'y répondre au mieux.

## 2 QUELQUES GÉNÉRALITÉS

---

### 2.1 Le prépuce

#### 2.1.1 Son développement embryonnaire

Il est important de rappeler l'origine embryologique du prépuce, qui justifie l'existence de difficultés de décalottage à la naissance, et donc leur caractère physiologique.

Le prépuce apparaît à la 11<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée, sous la forme d'un repli cutané se développant à partir du revêtement épithélial de la face dorsale de la base du gland (16).

Puis entre la 12<sup>e</sup> et 16<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée (17), deux invaginations se forment à partir de l'extrémité du gland :

- la lame épithéliale balanique qui fusionnera avec l'urètre pénien et formera l'urètre balanique
- et la lame épithéliale préputiale qui se développera de façon circulaire entre le gland et le prépuce. Celle-ci va recouvrir quasiment toute la surface du gland, sauf au niveau de sa face ventrale, ce qui formera une ligne médiane appelée le frein du prépuce.

Ensuite, la lame épithéliale va se diviser en deux: l'épithélium interne du prépuce et l'épithélium externe du gland (18,19). La face interne du prépuce est alors en continuité avec la face externe du gland, et adhérente à celle-ci.

Peu avant la naissance, un processus de kératinisation des cellules de la face interne du prépuce débute, qui crée des nids de cellules squameuses. Lors que ces nids dégènèrent, elles

créent des espaces. C'est alors qu'un espace préputial, se crée entre le prépuce et le gland, qui permet leur séparation (11). On comprend donc que la séparation de ces deux entités débute avant la naissance. Cependant, à la naissance, le prépuce reste encore accolé au gland chez la majorité des garçons (18). Plus tard, nous développerons les facteurs favorisant la levée des adhérences après la naissance.

Grâce à l'étude de l'embryogenèse, on comprend que le prépuce et le gland ont une origine commune, avec un processus de séparation qui débute avant la naissance.

### **2.1.2 Ses rôles principaux**

Le prépuce permet une couverture cutanéomuqueuse complète du gland, notamment lors des érections (11). En effet, le pénis augmentant de volume durant l'érection, le prépuce s'étend de façon à couvrir le gland.

Il a également un rôle protecteur, en protégeant le gland et le méat urinaire des traumatismes externes. D'après la littérature (5), le prépuce protège de la contamination urétrale par les selles et les urines stagnant dans les couches lors de la petite enfance. Mais cette fonction est à nuancer, car une circoncision est préconisée chez les enfants présentant des malformations uro-génitales, pour limiter le risque d'infections urinaires hautes.

Et enfin, de part son innervation sensitive importante constituée de multiples terminaisons nerveuses (issues du nerf dorsal de la verge et de branches nerveuses périnéales), le prépuce a aussi un rôle érogène (7).

## 2.2 Les difficultés de décalottage : quelles en sont les causes et quelles sont leurs prises en charge ?

### 2.2.1 Les adhérences préputiales

Les adhérences préputiales sont des fines membranes adhérentes entre la muqueuse préputiale et la muqueuse du gland, qui se développent pendant la période embryonnaire, et qui empêchent la rétraction du prépuce en arrière du gland (Figure 1). Elles sont donc physiologiques à la naissance.

La levée de ces adhérences au cours du temps est favorisée par différents facteurs : les érections, les facteurs hormonaux avec la croissance de la verge (8), le smegma qui correspond à des sécrétions préputiales blanchâtres physiologiques, le fait que l'enfant joue avec son prépuce, et enfin le processus de kératinisation de l'épithélium interne du prépuce pendant la période embryonnaire qui se prolonge après la naissance (11).

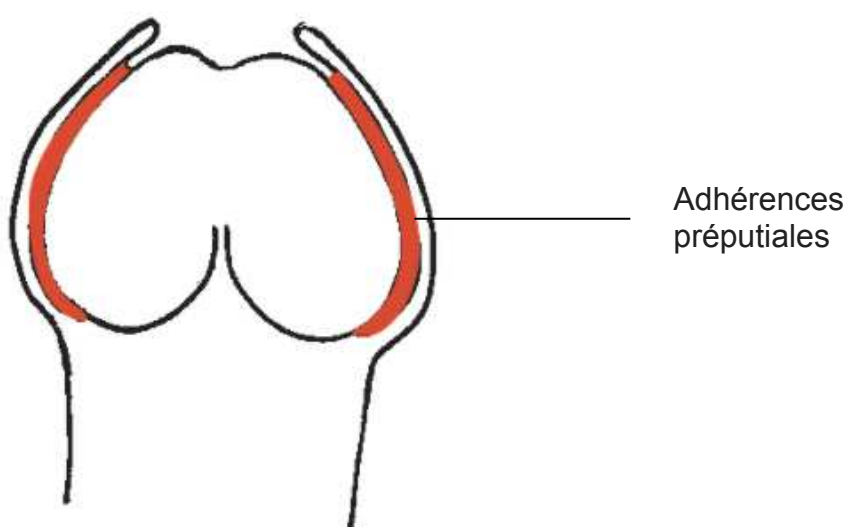
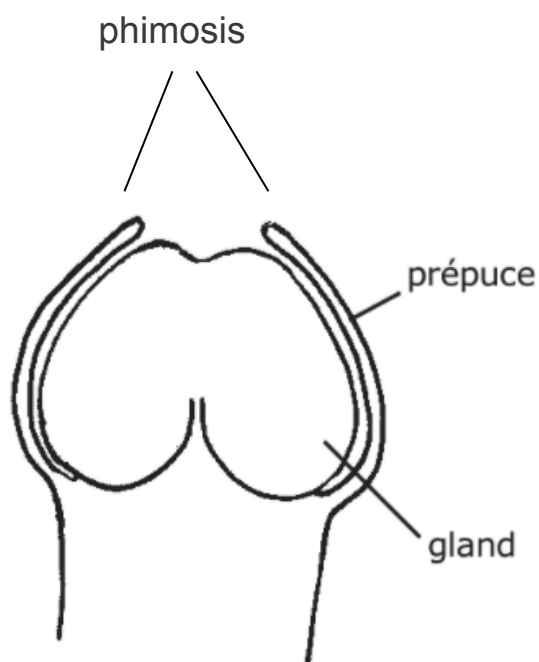


Figure 1 : Les adhérences préputiales

Source : Uropage

### 2.2.2 Le phimosis physiologique ou primaire

Le phimosis physiologique est quant à lui un aspect étroit et peu élastique de l'orifice du prépuce qui rend également impossible le décalottage (Figure 2). Celui-ci est physiologique et présent dès la naissance (9). L'anneau s'assouplira progressivement avec le temps.



*Figure 2 : Le phimosis*

*Source : Uropage*

Cliniquement, on peut différencier les adhérences et le phimosis : le méat urétral n'est pas visible lors de la rétraction en cas de phimosis, alors qu'on pourra le visualiser facilement en cas d'adhérences préputiales.

Avec le temps, les adhérences préputiales vont se libérer, et le phimosis physiologique va s'assouplir, permettant un décalottage complet (10). On comprend alors l'évolution naturelle du prépuce et l'absence d'intérêt du décalottage pour accélérer ce processus.

### 2.2.2.1 Indications de traitement

Cependant, un traitement du phimosis physiologique et des adhérences préputiales est indiqué dans les cas suivants (12):

- lorsqu'ils sont encore présents à partir de l'âge de cinq ans, qu'ils soient symptomatiques ou non
- à tout âge lorsque l'enfant est symptomatique, c'est-à-dire lorsqu'il présente des infections localisées récidivantes à type de balano posthites, ou encore des difficultés mictionnelles à type de rétention aigue d'urine, de miction préputiale, ou enfin des érections douloureuses (plutôt à l'adolescence)
- à tout âge lorsque l'enfant présente une malformation uro-génitale associée (10,14), majorant le risque d'infection urinaire.

### 2.2.2.2 Traitements

Le traitement de première intention repose sur les dermocorticoïdes, avec une application biquotidienne au niveau de l'anneau préputial pendant une durée de un mois (20,21). Il est efficace dans 65 à 90 % des cas, et peut être reconduit un mois de plus en cas d'efficacité partielle.

D'après la littérature, le traitement médical traite le phimosis, en assouplissant le prépuce serré, et permet de libérer les adhérences préputiales dans un deuxième temps.

En deuxième intention, une chirurgie peut être proposée et repose soit sur une posthoplastie soit sur une posthectomie.

### 2.2.2.3 Cas particuliers

En cas de malformation uro-génitale, on peut proposer une posthectomie d'emblée.

En cas d'adhérences préputiales isolées (sans phimosis associée) mais avec une symptomatologie (balanoposthites répétées, difficultés mictionnelles), il existe un autre

traitement ciblé : il consiste à libérer les adhérences, soit par un décalottage forcé au cabinet, soit par l'insertion d'un stylet entre le prépuce et le gland, sous anesthésie locale (9). Mais cette technique est de moins en moins utilisée du fait du vécu douloureux et traumatisant pour l'enfant, et devant un risque de récurrence des symptômes.

### **2.2.3 Le phimosis pathologique ou secondaire**

Il est défini par une sténose fibreuse de l'anneau préputial, d'apparition secondaire, qui rend impossible le décalottage (24). Il est important d'insister sur son caractère secondaire. Il apparaît souvent après l'âge de un an.

La différence avec le phimosis physiologique est que le tissu de cet anneau est considéré comme « anormal », d'étiologie cicatricielle et/ou inflammatoire (3).

#### **2.2.3.1 Étiologies**

Les étiologies principales d'un phimosis pathologique sont :

- une dermite inflammatoire chronique (7,25): cette dermite peut être la conséquence de balano posthites répétées et/ou de tentatives répétées de décalottage. Ces dernières provoqueraient une inflammation chronique et des lésions cicatricielles du prépuce, à l'origine d'adhérences secondaires. C'est l'étiologie la plus fréquente du phimosis pathologique.
- un lichen scléro-atrophique : qui est une dermatose inflammatoire chronique (Figure 3). Cliniquement, il se présente sous la forme d'un anneau préputial serré avec un aspect scléreux du prépuce (blanchâtre/nacré), pouvant s'étendre jusqu'au méat urinaire et au gland (7,8). L'étiologie est inconnue. Il apparaît généralement à partir de

5 ans. C'est une étiologie de phimosis pathologique moins fréquente que la dermatite inflammatoire chronique.

- Autres causes rares (9) : D'autres dermatoses comme le psoriasis et le lichen plan peuvent induire un phimosis pathologique. Enfin, il peut être causé par le lymphoedème pénien, qui est un œdème inflammatoire de la verge voire du prépuce, pouvant provoquer une sclérose secondaire du prépuce. Cette pathologie est souvent associée à maladie de Crohn.



*Figure 3 : Lichen Scléro-Atrophique*

*Source : Campus national de pédiatrie et de chirurgie pédiatrique*

### 2.2.3.2 Étymologie

Le terme phimosis est souvent utilisé à tort. Il existe une confusion fréquente concernant sa définition, le terme phimosis étant utilisé pour définir à la fois les adhérences préputiales, le phimosis physiologique et le phimosis pathologique.

Mais sa définition exacte date de l'Antiquité (22). Le mot « phimosis » est retrouvé pour la première fois dans les écrits du médecin romain Antylus en 14 après J-C. En effet, une analyse des écrits médicaux gréco-romains, datant de l'Antiquité, montrait que le phimosis était défini comme un état rare, cicatriciel ou inflammatoire de l'orifice préputial, d'origine secondaire.



### 2.2.3.3 Traitements

La différence ici est que tout phimosis secondaire ou pathologique, avec un aspect cicatriciel ou scléreux, doit être traité. Le traitement médical par dermocorticoïdes peut être proposé en première intention.

En cas d'échec du traitement médical, une prise en chirurgicale est envisagée, par posthoplastie ou posthectomy. A noter qu'une circoncision d'emblée est nécessaire lorsqu'il existe un Lichen Scléro-Atrophique.

### 3 MÉTHODE

---

Il s'agit d'une étude descriptive prospective et unicentrique.

L'étude a été réalisée à partir de questionnaires distribués à des parents de garçons de moins de cinq ans, consultant aux urgences pédiatriques de Mulhouse, entre le 1<sup>er</sup> mars et le 30 avril 2021.

#### **3.1 Le lieu de l'étude : Service d'Accueil et d'Urgences Pédiatriques du GHRMSA**

L'étude s'est déroulée dans le Service d'Accueil et d'Urgences Pédiatriques du GHRMSA, dans le but de recueillir le maximum de questionnaires. En effet, l'hôpital est situé à Mulhouse qui est la première ville du département du Haut-Rhin et la deuxième ville d'Alsace en terme de nombres d'habitants (Annexe 1). L'agglomération de Mulhouse, appelée Mulhouse Alsace Agglomération ou « M2A » (26), est composée de 39 communes et comptait 274 066 habitants en 2018 (27).

De plus, le nombre de passages dans ce service d'urgences pédiatriques est nettement plus élevé qu'en cabinet de ville. Et la plupart des consultations médicales sont similaires aux consultations de pédiatrie en cabinet de ville. Entre le 1<sup>er</sup> mars et le 30 avril 2019, 3651 enfants avaient consulté aux urgences pédiatriques de Mulhouse, dont environ 54% de garçons, et avec une moyenne d'âge de quatre ans.

Nous avons préféré utiliser les chiffres de 2019 comme référence, car le nombre de consultations aux urgences a nettement diminué en 2020 du fait de la pandémie de Covid-19, et ne nous permettait pas d'avoir une bonne représentation du flux habituel.

Il est nécessaire d'expliquer l'organisation et le fonctionnement du service pour comprendre le déroulement de l'étude. Ce service est situé dans le Pôle Mère-Enfant de l'Hôpital de Mulhouse, le bâtiment EM3, depuis avril 2018 suite à un déménagement. Le service est ouvert 24 heures sur 24 et sept jours sur sept.

### **3.1.1 Les locaux**

Il est constitué de trois secteurs :

- L'accueil des urgences avec un box d'accueil des patients utilisé par l'infirmier d'accueil et d'orientation.
- Les box de consultations d'urgence, au nombre de neuf, dont un réservé pour les urgences vitales, appelé la salle de déchocage.
- Et enfin l'Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée, constituée de six lits.

### **3.1.2 Les équipes**

Au moins un sénior et deux internes sont présents dans le service la journée, et un sénior et un interne assurent la garde de nuit.

Trois infirmiers et une auxiliaire de puériculture sont présentes de jour et de nuit. Les infirmiers sont répartis entre les trois secteurs : un en UHTCD, un dans les box de consultation et un en box d'accueil. L'auxiliaire de puériculture est généralement en UHTCD.

Enfin, un agent d'accueil est présent à l'entrée pour accueillir les patients.

### 3.1.3 Le circuit du patient

A son arrivée, le patient et le(s) parent(s) sont accueillis par l'agent d'accueil, qui recueille les informations administratives.

Ensuite, l'IAO voit le patient, recueille le motif de consultation, effectue un premier interrogatoire et relève ses constantes, afin de déterminer le degré d'urgence de son état de santé. Le patient est ensuite vu dans l'un des box de consultation par l'interne et/ou le sénior.

### 3.1.4 Le dossier informatisé : Urqual®

Tous les dossiers sont informatisés, à l'aide du logiciel Urqual® qui peut être utilisé par tous les intervenants : agents d'accueil, infirmiers, internes, seniors. Ce logiciel permet de renseigner à la fois des données médicales et administratives. Il permet une visualisation virtuelle des urgences, avec une représentation des différents secteurs du service, et la localisation des patients qui sont représentés par des vignettes. Aussi, on peut consulter l'historique des consultations dans le cas où le patient est venu plusieurs fois aux urgences.

Au décours du circuit du patient, chaque intervenant peut remplir le dossier du patient. À l'arrivée du patient, l'agent d'accueil crée un dossier et renseigne les informations administratives du patient. Ensuite, l'IAO remplit les constantes et le motif de consultation sur le dossier. Il utilise un code couleur pour qualifier le degré d'urgence :

- **orange** étant une urgence vitale avec un délai de prise en charge de 10 minutes.
- **bleu** étant une urgence prioritaire avec un délai de prise en charge de 20 minutes
- et **vert** étant une urgence moyenne avec un délai de prise en charge de 120 minutes.

Enfin, l'interne et/ou le sénior rempli(ssen)t la partie médicale avec l'interrogatoire et l'examen clinique, réalise(nt) les prescriptions nécessaires, et finalise(nt) le dossier à la sortie, en renseignant le diagnostic final retenu et le mode de sortie (à domicile, hospitalisation, transfert, etc...). La vignette disparaît de l'écran lorsqu'une sortie est statuée.

### 3.2 L'élaboration du questionnaire

Le questionnaire était sous forme papier, constitué de 20 questions. La majorité des questions étaient fermées, à choix unique ou multiple. Une échelle de grandeur a été utilisée à la question portant sur l'inquiétude des parents concernant les difficultés de décalottage de leur enfant. La seule question à réponse libre était celle de l'âge de l'enfant (Annexe 1).

Une note explicative était jointe au questionnaire, expliquant les buts de l'étude, et l'anonymat des participants. Les questionnaires étaient de couleur jaune, afin de les différencier des autres documents papiers dans les dossiers des patients, et d'attirer l'attention des équipes.

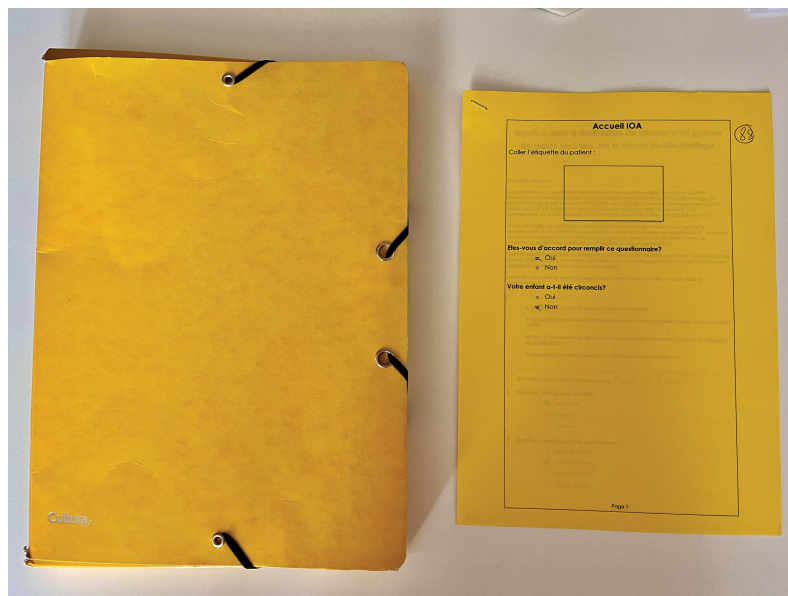


Figure 4 : Chemise et questionnaire de couleur jaune

Afin d'étayer le sujet, nous avons divisé le questionnaire en trois parties :

- La première partie relevait des données démographiques comme l'âge de l'enfant, l'âge et le sexe du parent interrogé.
- La deuxième partie concernait l'existence ou non de difficultés de décalottage chez l'enfant et la pratique du décalottage sur celui-ci.
- La troisième partie était constituée de questions de généralités sur la prise en charge des difficultés de décalottage, l'avis des parents interrogés sur la pratique du décalottage et la circoncision. Cette dernière partie recherchait également l'existence d'une demande d'information chez les parents et si oui, sous quelle(s) forme(s).

### **3.3 L'organisation de l'étude**

Afin de faciliter l'étude, nous avons décidé d'organiser un circuit du questionnaire, représenté sur la figure ci- dessous.

- Étape 1 : L'agent d'accueil disposait le questionnaire papier dans le dossier papier de tous les garçons de moins de cinq ans s'enregistrant auprès de lui.
- Étape 2 : L'IAO demandait au(x) parent(s) si il(s) étai(en)t d'accord de remplir le questionnaire et si l'enfant était circoncis. Si il existait un refus et/ou l'enfant était circoncis, le patient était considéré comme exclu et le questionnaire vierge était mis de côté. Sinon, le questionnaire papier était remis au(x) parent(s) afin d'être rempli en attendant la consultation médicale.
- Étape 3 : Les questionnaires remplis étaient ensuite récupérés par les soignants après la consultation médicale et rangés dans une chemise dédiée en salle de soins, qui était également de couleur jaune pour suivre le code couleur choisi pour les questionnaires.

Aussi, nous avons contacté le service Informatique de l'Hôpital de Mulhouse afin de créer une alerte sur le logiciel Urqual, dans tous les dossiers informatisés des garçons de moins de cinq ans consultant aux urgences pédiatriques, pendant la durée de l'étude.

Le message était accessible à tous les intervenants du service pour éviter les oublis de distribution de questionnaire. Le message était : «Patient concerné par le questionnaire sur le décalottage ».

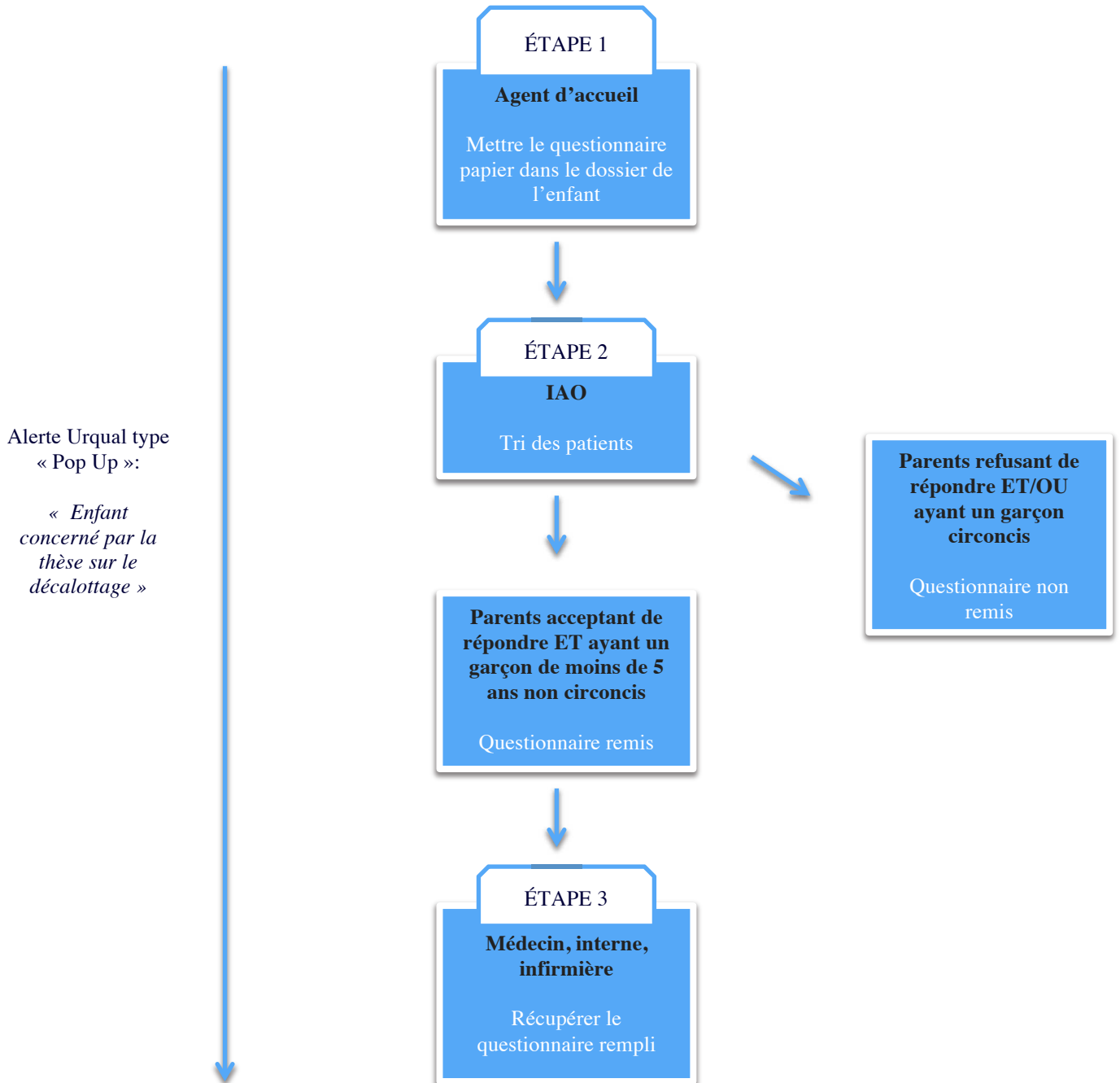


Figure 5 : Le circuit du questionnaire

### 3.4 Les critères d'inclusion et d'exclusion

Le critère d'inclusion de l'étude était : être un parent consultant aux urgences pédiatriques de Mulhouse avec leur garçon de moins de cinq ans.

La limite d'âge de cinq ans a été choisie en se basant sur les recommandations officielles expliquant que les difficultés de décalottage sont pour la plupart physiologiques jusqu'à cinq ans.

Nous avons choisi deux critères d'exclusion :

- le fait que l'enfant soit circoncis
- et/ou le refus de participation à l'étude.

Les données récoltées ont été rapportées dans un fichier Excel. Les analyses statistiques ont été réalisées avec l'aide du Docteur Clément PALPACUER, délégué en recherche clinique à l'Hôpital de Mulhouse.

Des analyses descriptives des données ont été réalisées. Ces analyses comportaient des estimations ponctuelles, nombres et pourcentages pour les variables qualitatives, moyenne, écart-type, médiane et range pour les variables quantitatives.

Un test exact de Fisher a été utilisé pour les variables qualitatives, et un test de Wilcoxon a été utilisé pour les variables quantitatives. Une formulation bilatérale a été choisie pour l'ensemble des tests, et une valeur de  $p < 0.05$  était considérée comme statistiquement significative.



## 4 RÉSULTATS

---

Au total, 125 questionnaires ont été distribués entre le 1<sup>er</sup> mars 2021 et le 30 avril 2021. Parmi ces questionnaires, 33 ont été exclus, soit un taux d'exclusion de 26,4%. Les raisons d'exclusions étaient les suivantes :

- 17 pour cause de circoncision de l'enfant
- et 14 pour refus du parent de répondre au questionnaire. Parmi eux, deux parents présentaient une barrière de la langue rendant impossible le remplissage du questionnaire. Le motif « barrière de la langue » n'était pas recherché initialement, mais il était intéressant de le mentionner.

Nous avons donc retenu 92 questionnaires pour l'étude.

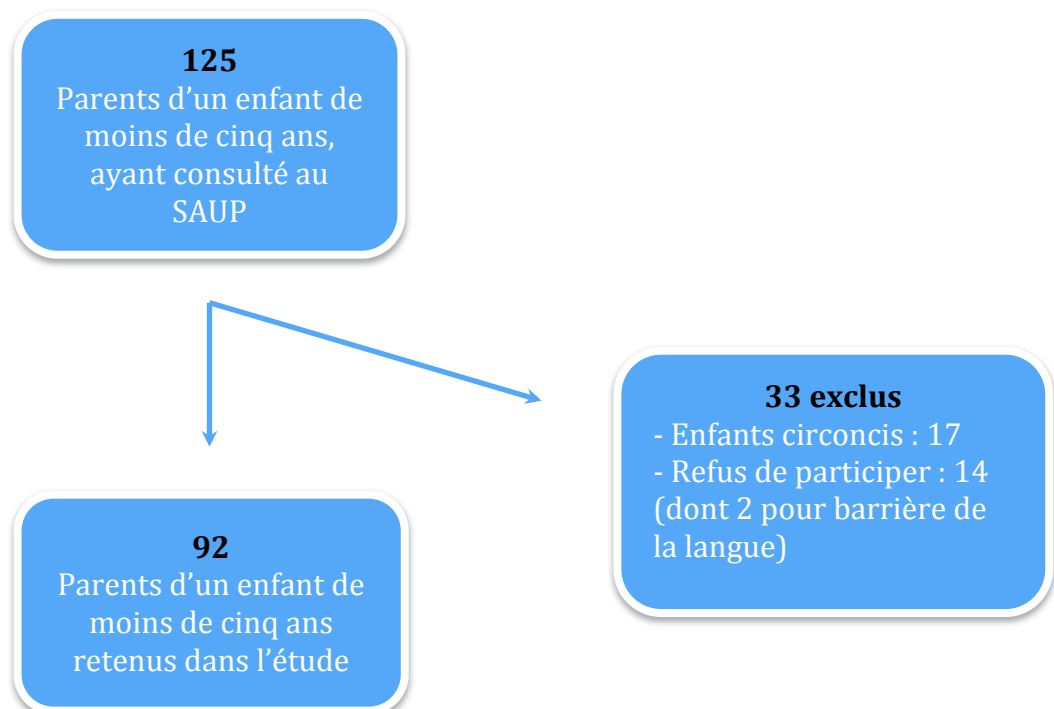


Figure 6 : Flowchart ou Digramme de flux

## 4.1 Les données démographiques

### 4.1.1 Âge de l'enfant

La réponse à cette question étant libre, certains âges étaient renseignés en mois et d'autres en année. Par souci de précision, nous avons calculé les âges des enfants en mois. La moyenne d'âge des garçons était de 24,7 mois, avec :

- une médiane d'âge de 22 mois
- un minimum d'âge de deux mois et un maximum de 60 mois.

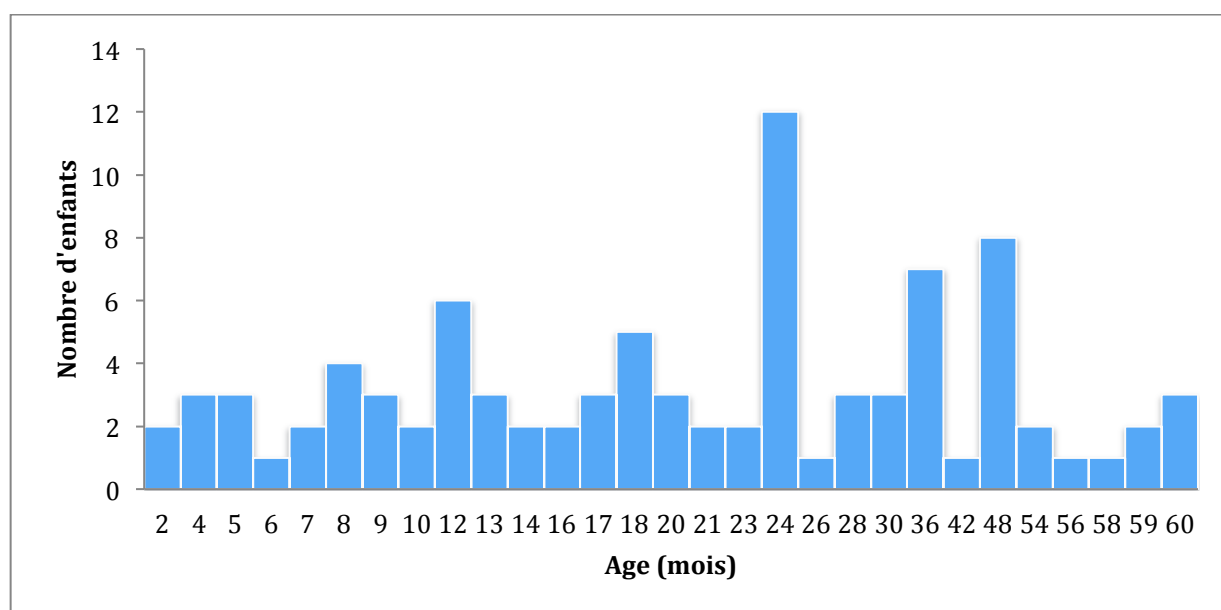


Figure 7 : Pyramide des âges

### 4.1.2 Sexe des parents

Pour cette question à choix unique, il existait trois propositions de réponse : « maman », « papa » ou « les deux parents ». On constate que la majorité des questionnaires a été remplie

par les mères : en effet, 77% des répondeurs étaient des mères et 22 % étaient des pères.

Seulement un questionnaire a été rempli par les deux parents.

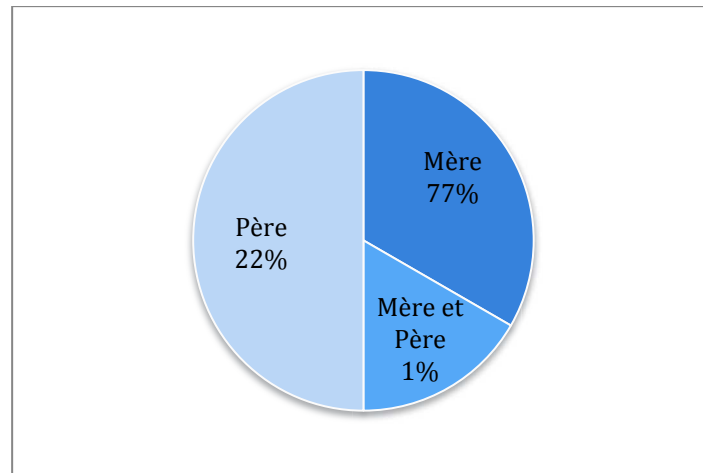


Figure 8 : Sexe des parents

#### 4.1.3 Âge des parents

Les âges des parents étaient répartis par tranches d'âge. On voit que la plupart des parents étaient âgés de moins de 40 ans (88%) :

- 45% des parents interrogés étaient âgés de 30 à 39 ans
- 33% étaient âgés de 20 à 29 ans.

Seulement 22% des parents étaient âgés de 40 ans ou plus.

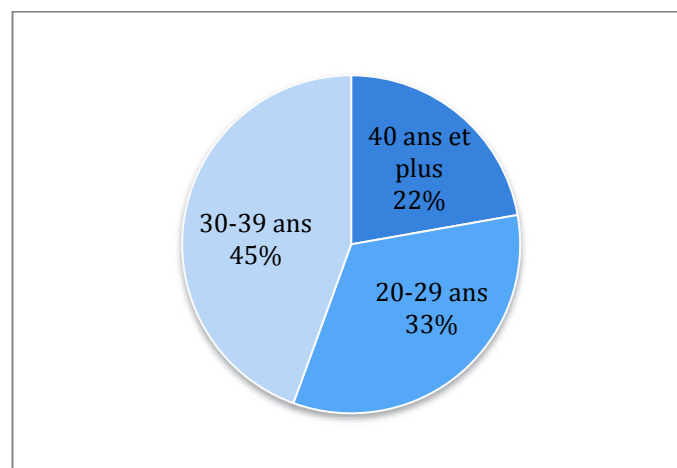


Figure 9 : Âge des parents

La majorité des mères interrogées était âgée de moins de 40 ans (90%), avec une répartition égale entre les tranches d'âge 20-29 ans et 30-39 ans. Seulement 10% des mères avaient 40 ans ou plus.

La plupart des pères dans notre étude étaient également âgés de moins de 40 ans (85%), avec une concentration principale (70%) dans la tranche d'âge 30-39 ans.

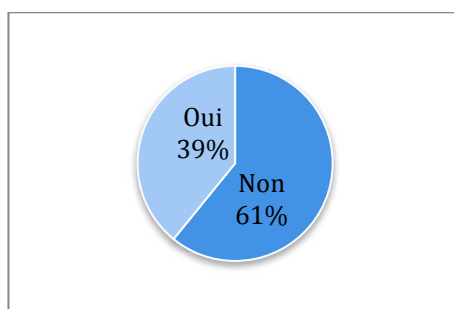
Le couple de parents interrogés était quant à lui âgé de 40 ans ou plus.

Tranches d'âge	Mères	Pères	Mère et Père
20-29 ans	32	3	0
30-39 ans	32	14	0
40 ans et plus	7	3	1
Total	71	20	1

*Tableau 1 : Répartition mères/pères en fonction en fonction de l'âge*

#### 4.1.4 La fratrie

Nous avons recherché l'existence ou non d'autre(s) enfant(s) de sexe masculin dans la fratrie. Dans la majorité des fratries (61%), il n'existait pas d'autre(s) enfant(s) de sexe masculin. Seulement 39% d'entre elles étaient constituées d'au moins un autre garçon.



*Figure 10 : La fratrie*

#### 4.1.5 La toilette de l'enfant

La toilette de l'enfant était réalisée par les deux parents dans la plupart des cas (67%), et uniquement par la mère dans 33% des cas. On constate qu'il n'existait pas de cas où le père s'occupait seul de la toilette.

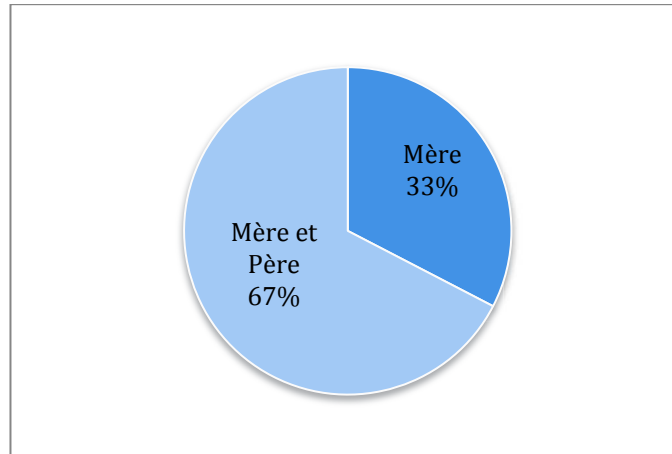


Figure 11 : La toilette de l'enfant

## 4.2 Attitude parentale face aux difficultés de décalottage

### 4.2.1 Existence d'auto-tentative de décalottage

La majorité des parents (75%) n'avait jamais vu leur garçon essayer de se décalotter. Il existait une répartition similaire entre ceux ayant vu faire (14%) et ceux ne pouvant pas répondre à la question (11%).

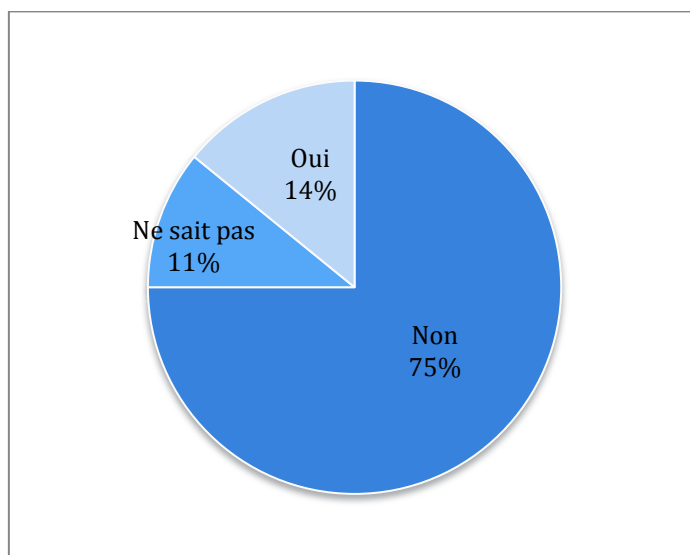


Figure 12 : Auto-tentatives de décalottage

Parmi cette minorité d'enfants vue par leurs parents en train d'essayer de se décalotter, on remarque que la majorité des enfants était âgée d'au moins 22 mois. En effet sur ces 13 garçons en question, 12 étaient âgés de 22 à 60 mois et seulement un enfant était âgé de 12 mois.

Les garçons, qui n'avaient pas été vus essayer de se décalotter, étaient plutôt âgés de moins de 22 mois : 40 garçons avaient moins de 22 mois, et 29 avaient entre 22 et 60 mois.

On retrouve une association statistiquement significative entre l'existence d'auto tentatives de décalottage et l'âge de l'enfant (p-value : 0,0015 selon le Test Exact de Fisher).

Tranches d'âge	Non	Oui	Ne sait pas
2 – 21 mois	40	1	5
22 – 60 mois	29	12	5
Total	69	13	10

Tableau 2 : Existence d'auto-tentatives de décalottage en fonction de l'âge de l'enfant

## 4.2.2 Nombre de tentatives de décalottage du parent sur l'enfant

La majeure partie des parents répondeurs (54%) n'a jamais essayé de décalotter leur garçon.

Puis on observe une répartition comparable entre les autres groupes : 19% ont essayé plus de 10 fois, 14% entre deux et 10 fois, et enfin 13% ont essayé de le décalotter une seule fois.

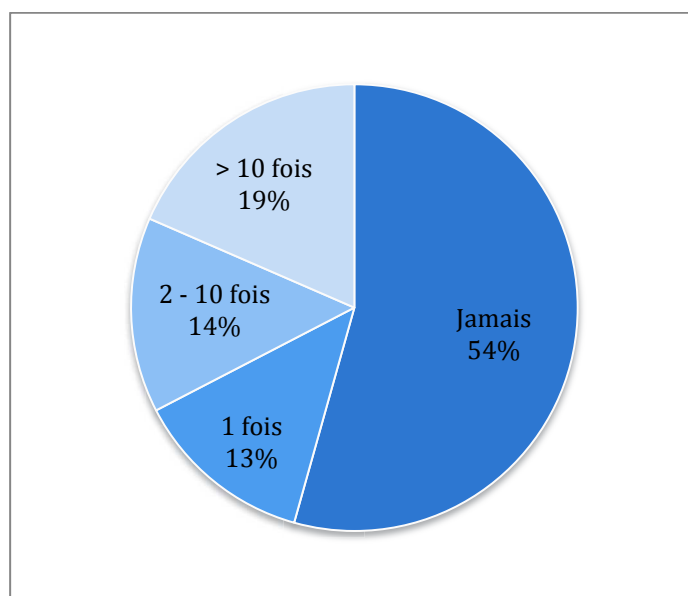


Figure 13 : Nombre de tentatives de décalottage

### 4.2.2.1 Selon le sexe du parent

On constate que la majorité des mères (59%) n'avait jamais essayé de décalotter leur enfant. Alors que les pères réalisaient une ou plusieurs tentatives de décalottage sur leur enfant la plupart du temps (65%).

On retrouve une association statistiquement significative entre le sexe du parent et la pratique de décalottage sur l'enfant (p-value : 0,0275 selon le Test Exact de Fisher).

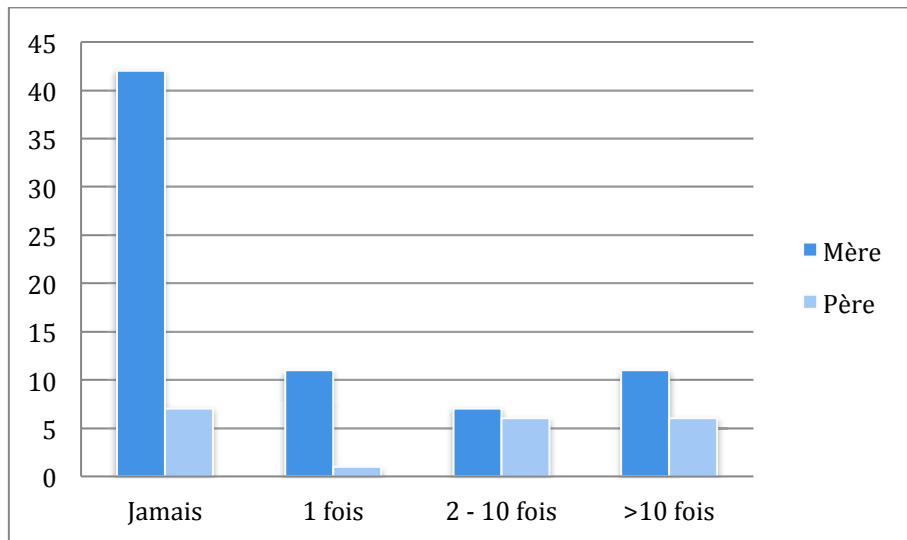


Figure 14 : Nombre de tentatives de décalottage en fonction du sexe du parent

#### 4.2.2.2 Selon l'âge du parent

En analysant le nombre de tentatives de décalottage selon l'âge du parent, on ne constatait pas de différence significative selon l'âge. La majorité des parents, toute tranche d'âge confondue, n'avait jamais réalisé de tentative de décalottage sur leur garçon.

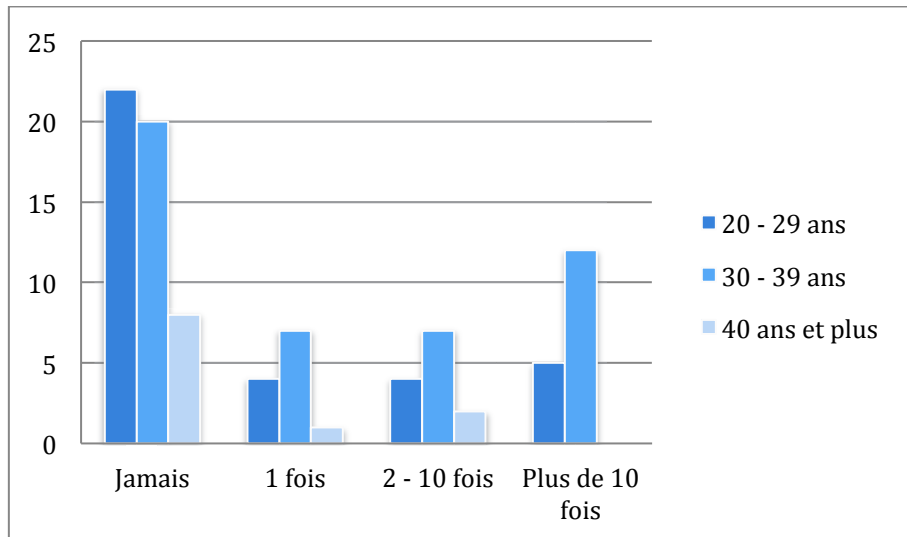


Figure 15 : Nombre de tentatives de décalottage en fonction de l'âge du parent



### 4.2.3 Existence de difficultés de décalottage chez l'enfant

La majorité des parents (55%) ne savait pas s'il existait ou non des difficultés de décalottage chez leur garçon. À peu près un quart des parents (24%) ont répondu qu'il en existait. Et enfin 21% ont répondu qu'il n'existait pas de difficultés de décalottage chez leur enfant.

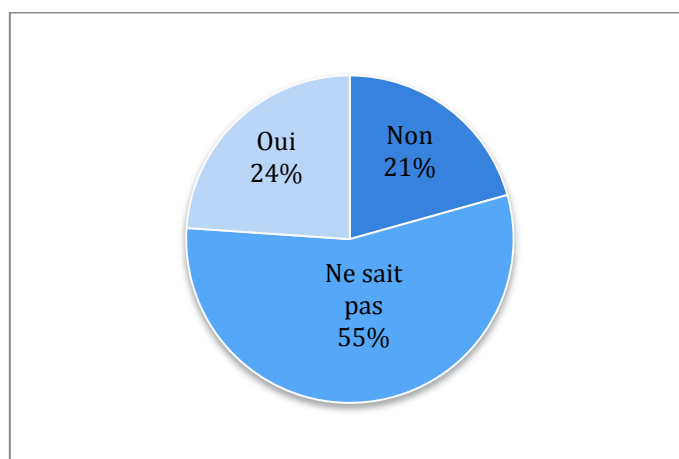


Figure 16 : Existence de difficultés de décalottage

A la question « Quelle est votre niveau d'inquiétude ? », une échelle d'inquiétude a été proposée, allant de 1 à 10, 1 étant l'absence d'inquiétude, et 10 étant une inquiétude maximale. Les parents devaient cocher leur niveau d'inquiétude sur l'échelle.

Afin de faciliter l'analyse des réponses, nous avons divisé le niveau d'inquiétude en deux groupes :

- de 1 à 5 lorsque les parents étaient peu ou pas inquiets
- de 6 à 10 lorsqu'ils étaient moyennement inquiets ou très inquiets.

On constate que la grande majorité des parents (78 %) était peu ou pas inquiète, et qu'une minorité soit 22% était moyennement à très inquiète.

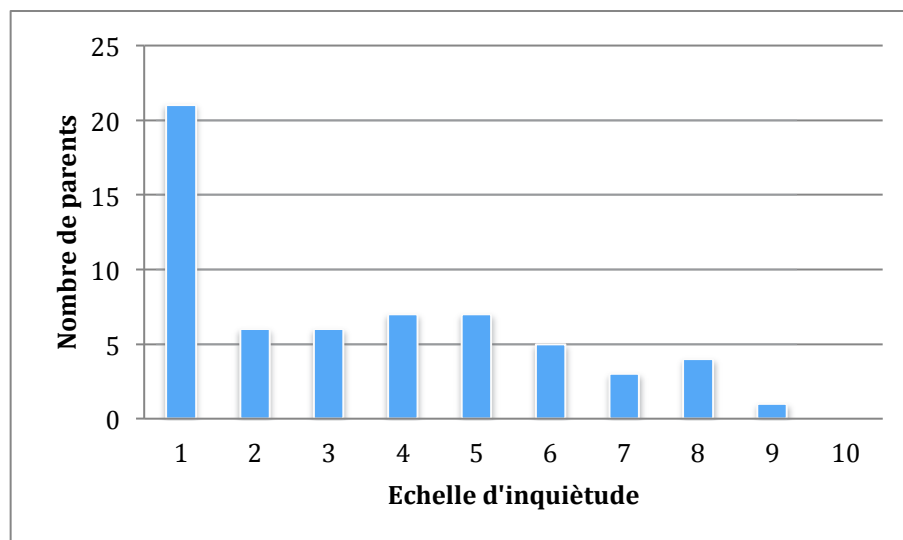


Figure 17 : Échelle d'inquiétude

L'âge de l'enfant, l'âge et le sexe du répondant ont été comparés selon le niveau d'inquiétude du répondant à l'aide d'un test exact de Fisher pour les variables qualitatives, et d'un test de Wilcoxon pour les variables quantitatives.

Les tests ne sont pas statistiquement significatifs, mais on a beaucoup de données manquantes sur l'échelle d'inquiétude (32/92, soit 35% de valeurs manquantes), et le groupe de répondants inquiets (c'est-à-dire l'échelle d'inquiétude  $>5$ ) est petit ( $n=13$ ).

Il est toutefois intéressant de noter que parmi le groupe de patients inquiets, il n'y a pas de répondant de la tranche d'âge supérieure ou égale à 40 ans. A noter également qu'il y a plus de répondants père parmi les inquiets.

### 4.3 Le suivi médical et les recherches internet

#### 4.3.1 Suivi médical

Le tableau ci-dessous résume les différents types de suivis médicaux des enfants des parents interrogés.

On constate que plus de 96% des garçons étaient suivis par un pédiatre et/ou un médecin généraliste. À noter qu'une minorité des enfants était suivie par la PMI.

Type de suivi médical	Nombre d'enfants	Pourcentages
Médecin généraliste	37	40,2%
Pédiatre	36	39,1%
PMI	3	3,3%
Mixte :	16	17,4%
- Médecin généraliste et Pédiatre	12	
- Médecin généraliste et PMI	3	
- Pédiatre et PMI	1	

*Tableau 3 : Les différents suivis médicaux*

##### 4.3.1.1 Discussion avec le médecin

La majorité des parents interrogés (58%) n'ont jamais évoqué le sujet des difficultés de décalottage avec leur médecin et/ou la PMI. 42% des parents en ont parlé avec un médecin et/ou la PMI.

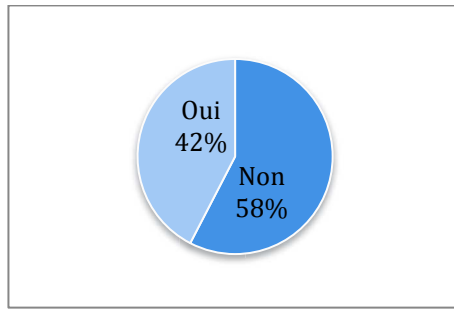


Figure 18 : Discussion avec le médecin

*i. Selon le sexe du parent*

La majorité des mères interrogées (61%) n'en avait pas discuté avec leur médecin. Les pères étaient répartis de façon égale, avec 50% ayant répondu « oui » et 50% ayant répondu « non ».

Il n'a pas été retrouvé d'association significative entre le sexe du parent et le fait de discuter avec un médecin de difficultés de décalottage. ( $p=0,4477$  selon le test exact de Fischer).

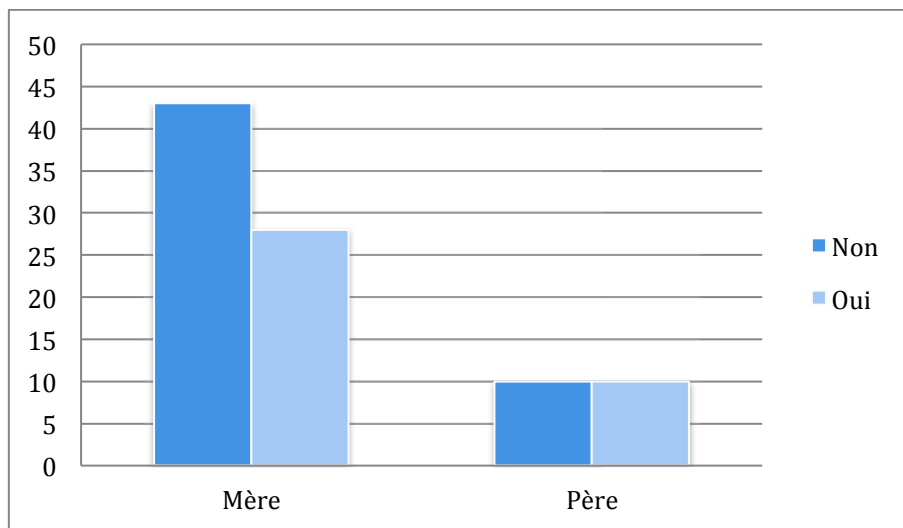


Figure 19 : Discussion avec le médecin en fonction du sexe du parent

*ii. Selon l'âge du parent*

On remarque que les parents de la catégorie d'âge 30-39 ans sont ceux qui discutent le plus des difficultés de décalottage avec leur médecin (54%).

Quant aux parents âgés de moins de 30 ans, et ceux de 40 ans et plus, ils répondaient majoritairement qu'ils n'en discutaient pas avec leur médecin.

Il a été retrouvé une association statistiquement significative entre l'âge du parent et le fait de discuter avec un médecin de difficultés de décalottage de son enfant. ( $p=0,034$  selon le test exact de Fisher).

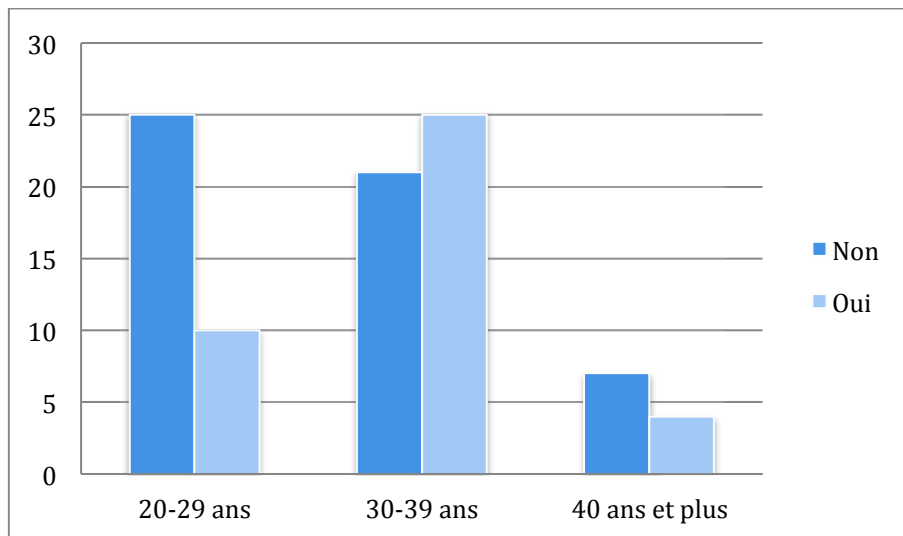


Figure 20 : Discussion avec le médecin en fonction de l'âge du parent

#### 4.3.1.2 Conseils donnés par le médecin

Les conseils donnés ont été résumés dans le tableau ci-joint. A noter le faible effectif ( $n=40$ ) pour cette question, avec seulement une réponse pour le groupe PMI.

Le conseil le plus donné, dans 39% des cas, était l'abstention thérapeutique. Il était le conseil le plus donné par les pédiatres, les médecins généralistes et la PMI.

Le deuxième conseil le plus donné par les médecins généralistes et les pédiatres à 27% était d'essayer de décalotter l'enfant à domicile.

Le troisième conseil le plus donné par les médecins généralistes était de voir un spécialiste, puis le quatrième était d'appliquer un dermocorticoïdes et enfin le cinquième était de le décalotter au cabinet.

Enfin, le troisième conseil le plus donné par les pédiatres était d'appliquer un dermocorticoïdes, puis les quatrièmes conseils à égalité étaient de voir un spécialiste et/ou de le décalotter au cabinet.

Conseils donnés	Médecin généraliste	Pédiatre	PMI	Pourcentages
Ne rien faire	9	10	1	39%
Décalotter à la maison	8	6	0	27%
Appliquer de la pommade	3	3	0	12%
Voir un spécialiste	6	2	0	16%
Décalotter au cabinet	1	2	0	6%

*Tableau 4 : Les conseils médicaux*

On constate que la plupart des parents interrogés (71%) étaient satisfaits ou très satisfaits des conseils médicaux donnés, contre 29% de parents peu ou pas satisfaits.

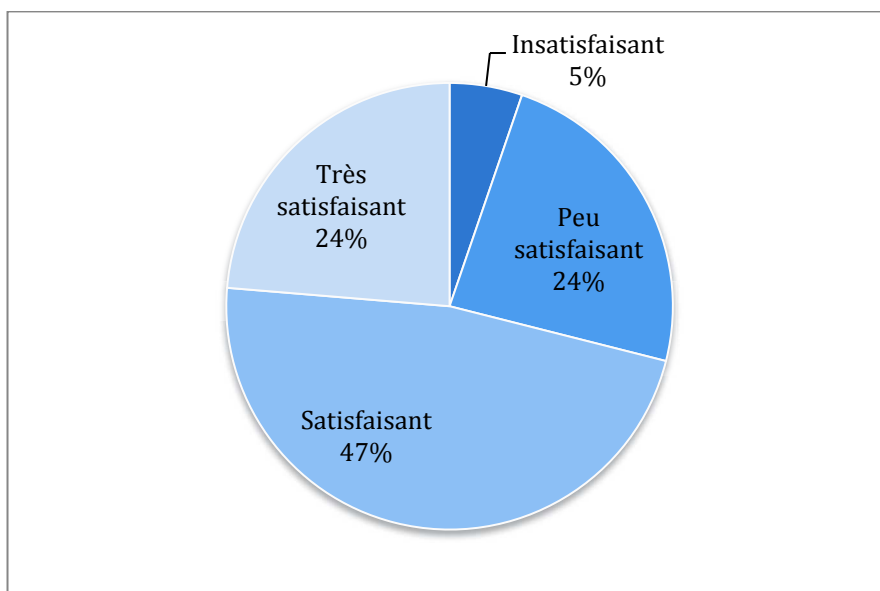


Figure 21 : Satisfaction concernant les conseils médicaux

#### 4.3.2 Recherches internet

La majorité des parents interrogés (73%) n'avait pas réalisé de recherches internet concernant les difficultés de décalottage.

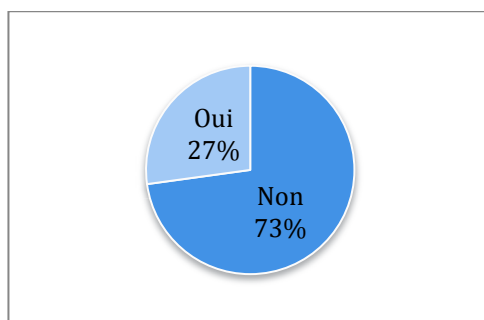


Figure 22 : Recherches internet

Parmi les 27% de parents ayant réalisé des recherches internet, la moitié était satisfaite à très satisfaite des recherches, et l'autre moitié était peu satisfaite. Dans aucun cas, un parent était insatisfait.

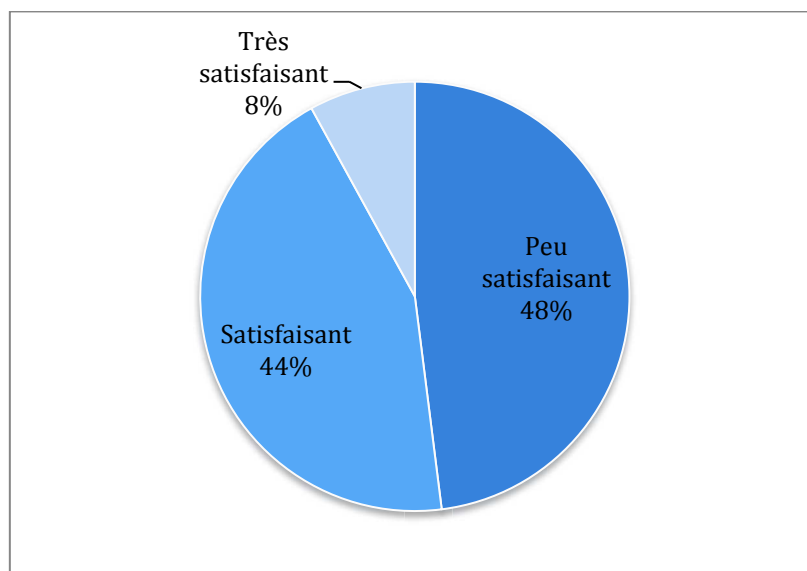


Figure 23 : Satisfaction concernant les recherches internet

On ne retrouvait pas de différence selon l'âge et le sexe du parent interrogé: en effet la majorité des parents, sans distinction d'âge ou de sexe, n'avait pas réalisé de recherches internet sur le sujet.

#### **4.4 Les connaissances générales des parents et leur besoin d'information**

##### **4.4.1 Est-ce que les difficultés de décalottage sont inquiétantes ?**

La plupart des parents, avec quasiment un parent sur deux (47 %), ne savaient si des difficultés de décalottage chez un garçon de moins de cinq ans étaient inquiétantes. 36% ont répondu qu'elles étaient inquiétantes. Et enfin seulement 17% pensaient qu'elles n'étaient pas inquiétantes.



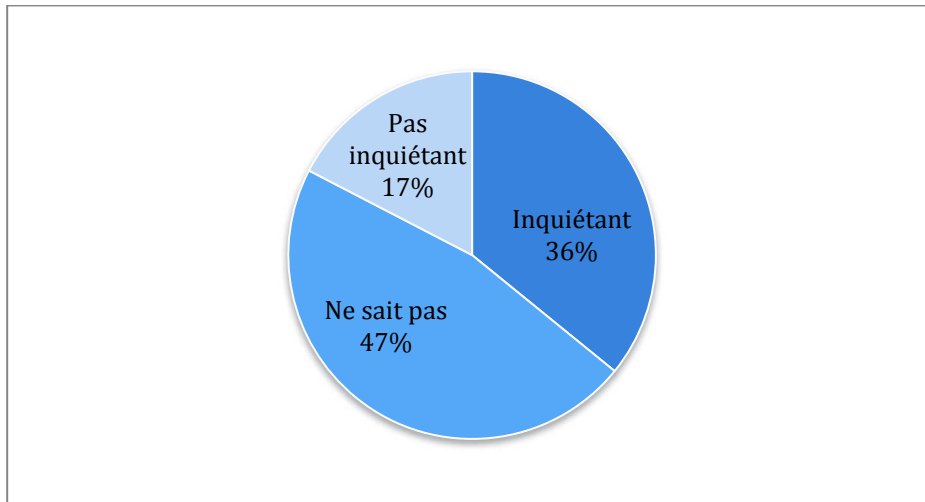


Figure 24 : Inquiétude face aux difficultés de décalottage

#### 4.4.1.1 Selon le sexe

Les mères ne savaient globalement pas répondre à la question. En effet, à peu près une mère sur deux (49%) ne savait pas répondre.

Concernant les pères, la répartition des réponses était comparable, sous réserve du faible effectif : ils étaient 40% à trouver ces difficultés inquiétantes, 35% à ne pas savoir répondre, et enfin 25% à ne pas les trouver inquiétantes.

Il n'existait pas d'association statistiquement significative entre le sexe du parent répondeur et l'avis sur les difficultés de décalottage de l'enfant. ( $p = 0,4426$  selon le Test Exact de Fisher).

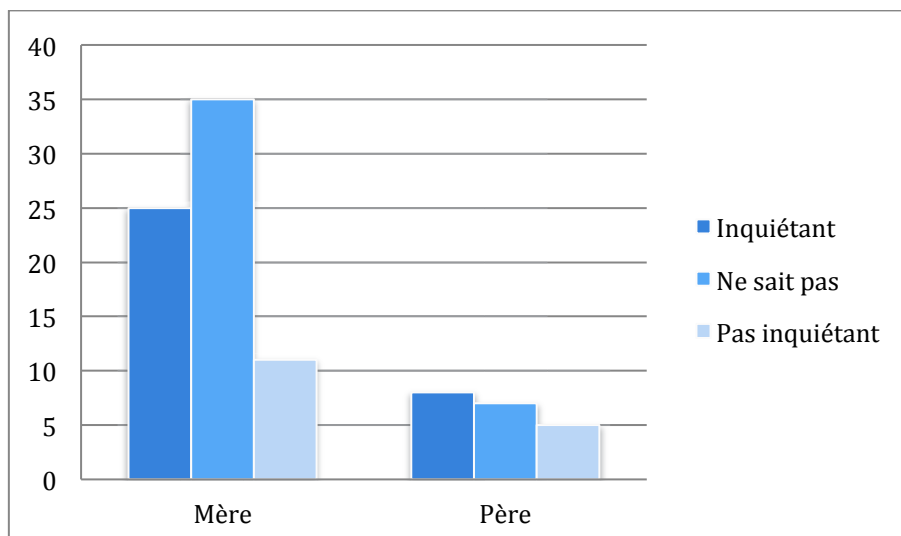


Figure 25 : Avis sur les difficultés de décalottage en fonction du sexe du parent

#### 4.4.1.2 Selon l'âge

Les parents âgés de 30 à 39 ans étaient les plus inquiets concernant les difficultés de décalottage de l'enfant. En effet, ils étaient 46% à penser que les difficultés de décalottage chez un enfant de moins de cinq ans étaient inquiétantes.

Dans les deux groupes d'âge, de moins de 30 ans et de 40 ans et plus, la plupart ne savaient pas répondre à la question.

Il n'existait pas d'association statistiquement significative entre l'âge du parent répondeur et l'avis sur les difficultés de décalottage de l'enfant. ( $p = 0,5909$  selon le Test Exact de Fisher).

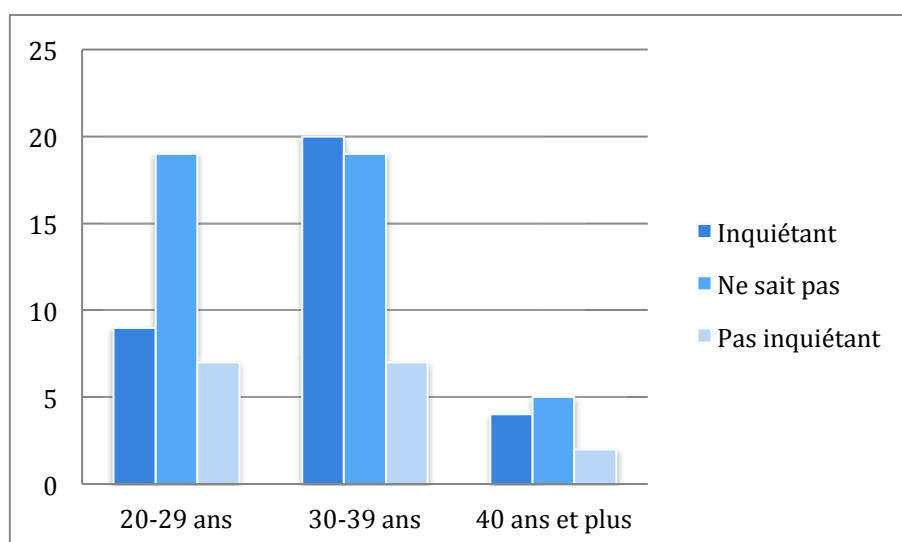


Figure 26 : Avis sur les difficultés de décalottage en fonction de l'âge du parent

#### 4.4.1.3 Selon la fratrie

On remarque que la plupart des parents de fratrie avec plusieurs garçons (44%) trouvaient les difficultés de décalottage inquiétantes.

Alors que la majorité des parents d'un seul garçon (52%) ne savait pas répondre à la question.

Il n'existait pas d'association statistiquement significative entre le type de fratrie et l'avis sur les difficultés de décalottage de l'enfant. ( $p = 0,3687$  selon le Test Exact de Fisher).

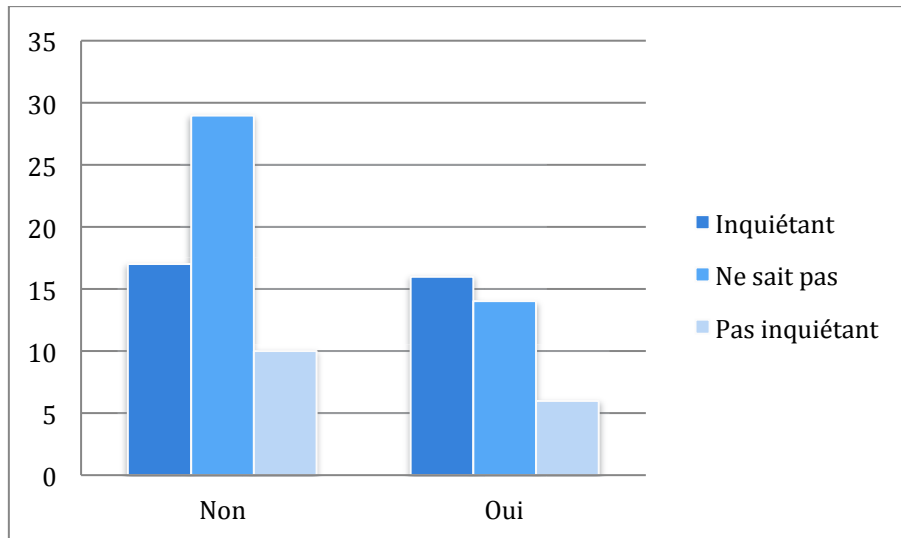


Figure 27 : Avis sur les difficultés de décalottage en fonction de la fratrie

#### 4.4.2 Faut-il décalotter ?

On voit encore que la première réponse donnée par les parents (43%) est « ne sait pas ». Puis 37% d'entre eux pensaient qu'il était nécessaire de décalotter en cas de difficultés de décalottage. Et enfin 20% pensaient qu'il ne fallait pas le décalotter.

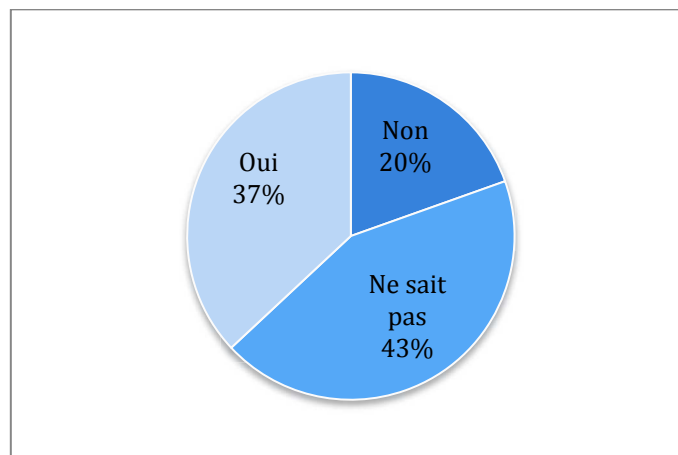


Figure 28 : Faut-il décalotter ?

#### 4.4.2.1 Selon le sexe

Presque une mère sur deux (48%) ne savait pas répondre à la question. Alors qu'un père sur deux (50%) pensait qu'il était utile de décalotter.

Il n'existait pas d'association statistiquement significative entre le sexe du parent répondeur et l'avis sur la pratique du décalottage de l'enfant. ( $p = 0,2882$  selon le Test Exact de Fisher).

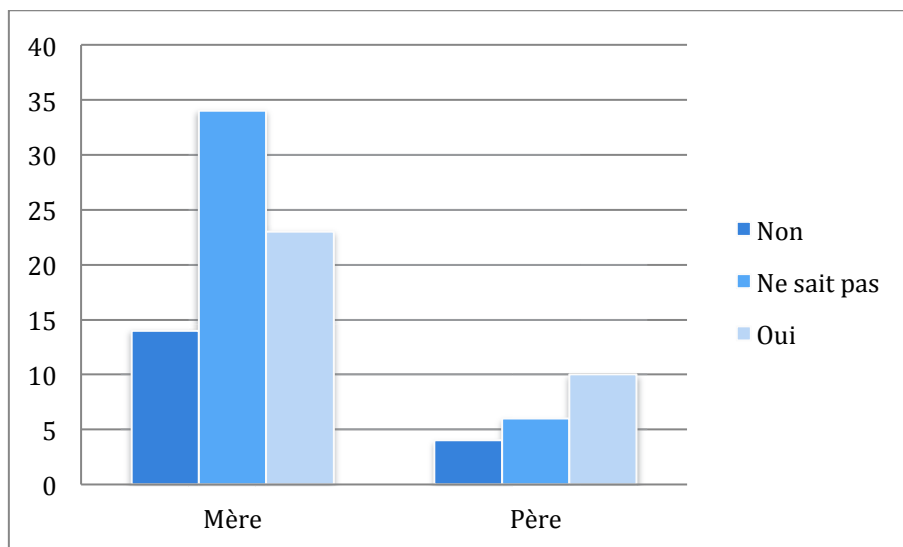


Figure 29 : Avis sur la pratique du décalottage en fonction du sexe du parent

#### 4.4.2.2 Selon l'âge

Les parents âgés de moins de 30 ans ne savaient pas répondre dans la majorité des cas (57%).

Les deux autres groupes d'âge, de 30 ans et plus, répondaient plutôt qu'il était nécessaire de décalotter :

- 41% dans la tranche d'âge 30-39 ans
- 55% dans la tranche d'âge 40 ans et plus.

Cependant, il n'existait pas d'association statistiquement significative entre l'âge du parent répondeur et l'avis sur la pratique du décalottage de l'enfant. ( $p = 0,16070$  selon le Test Exact de Fisher).

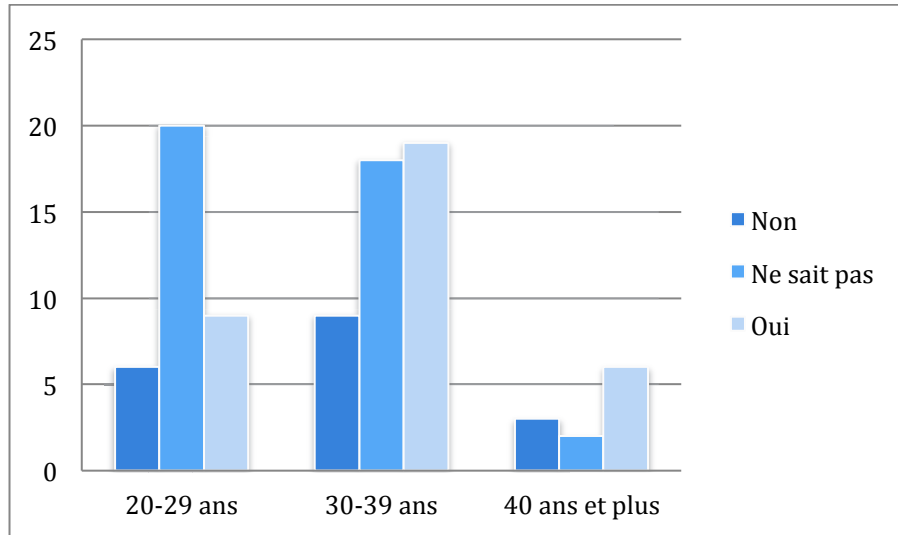


Figure 30 : Avis sur la pratique du décalottage en fonction de l'âge du parent

#### 4.4.2.3 Selon la fratrie

La plupart des parents d'un seul garçon répondaient ne pas savoir s'il était nécessaire de décalotter dans la plupart des cas.

Alors que les parents de plusieurs garçons répondaient de façon égale, soit qu'il était nécessaire de décalotter soit qu'ils ne savaient pas répondre à la question.

Il n'existait pas d'association statistiquement significative entre l'existence d'une fratrie et l'avis sur la pratique du décalottage ( $p = 0,7258$  selon le Test Exact de Fisher).

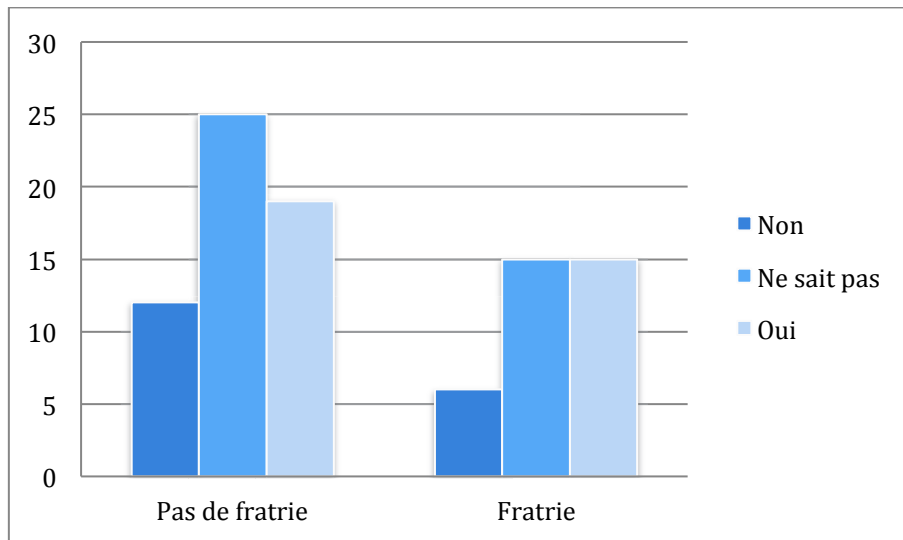


Figure 31 : Avis sur la pratique du décalottage en fonction de la fratrie

#### 4.4.3 Faut-il circoncire ?

Les parents étaient globalement en faveur de la circoncision en cas de difficultés de décalottage (41%).

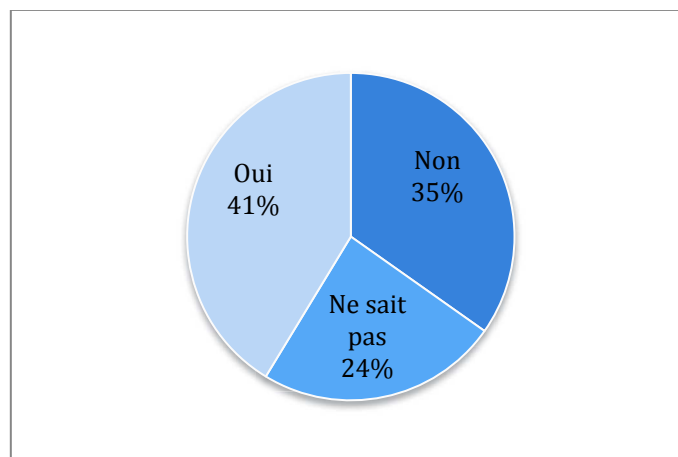


Figure 32 : Faut-il circoncire ?

##### 4.4.3.1 Selon l'âge

Les parents âgés de moins de 30 ans répondaient plutôt ne pas savoir (37%). Les parents âgés de 30 à 39 ans avaient tendance à penser qu'il était nécessaire de circoncire.

Les parents âgés de 40 ans et plus répondaient plutôt qu'il n'était pas nécessaire de circoncire. Mais la répartition était quasiment égale entre les groupes « ne pas circoncire » et « circoncire ». Aucun d'entre eux n'a indiqué ne pas savoir répondre à cette question.

Il n'existait pas d'association statistiquement significative entre l'âge du parent répondeur et l'avis sur la circoncision de l'enfant. ( $p = 0,0921$  selon le Test Exact de Fisher).

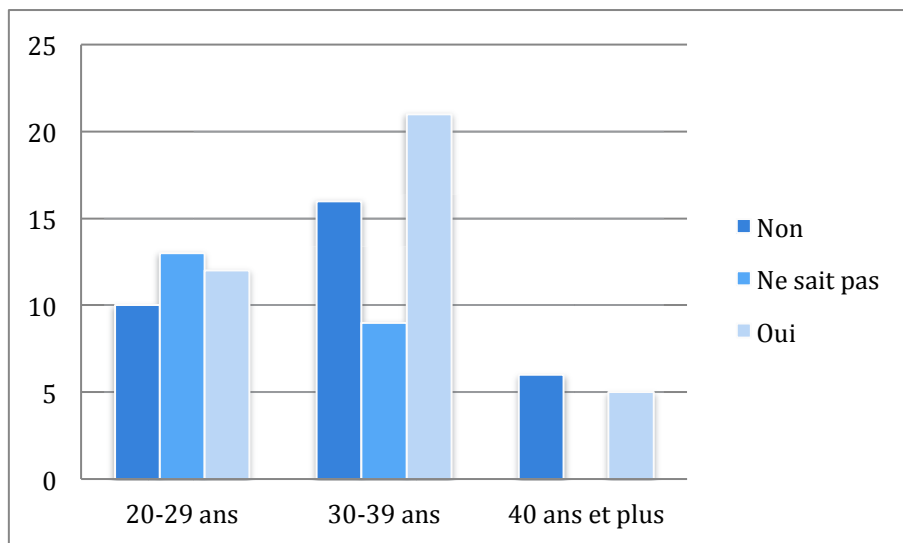


Figure 33 : Avis sur la circoncision en fonction de l'âge du parent

#### 4.4.3.2 Selon le sexe

On voit que les mères répondaient plutôt qu'il était utile de circoncire (45%).

A l'inverse, un père sur deux (50%) pensaient qu'il n'était pas nécessaire de circoncire.

Il n'existait pas d'association statistiquement significative entre le sexe du parent répondeur et l'avis sur la circoncision de l'enfant. ( $p = 0,1993$  selon le Test Exact de Fisher).

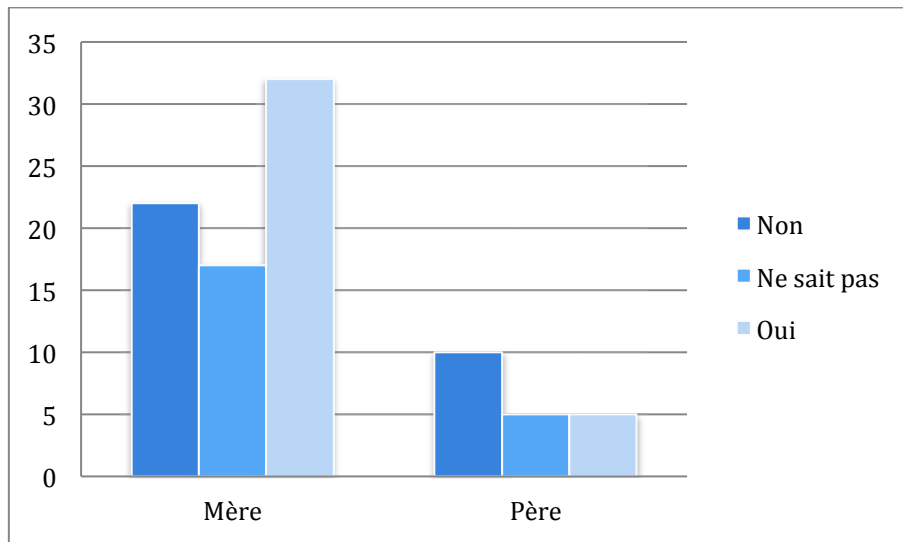


Figure 34 : Avis sur la circoncision en fonction du sexe du parent

#### 4.4.3.3 Selon la fratrie

On voit que les parents d'un garçon unique pensaient plutôt qu'il fallait circoncire (46%). Alors que les parents d'au moins deux garçons étaient plutôt contre la pratique de la circoncision (42%).

Il n'existait pas d'association statistiquement significative entre le type de fratrie et l'avis des parents concernant la circoncision de l'enfant. ( $p = 0,4306$  selon le Test Exact de Fisher).

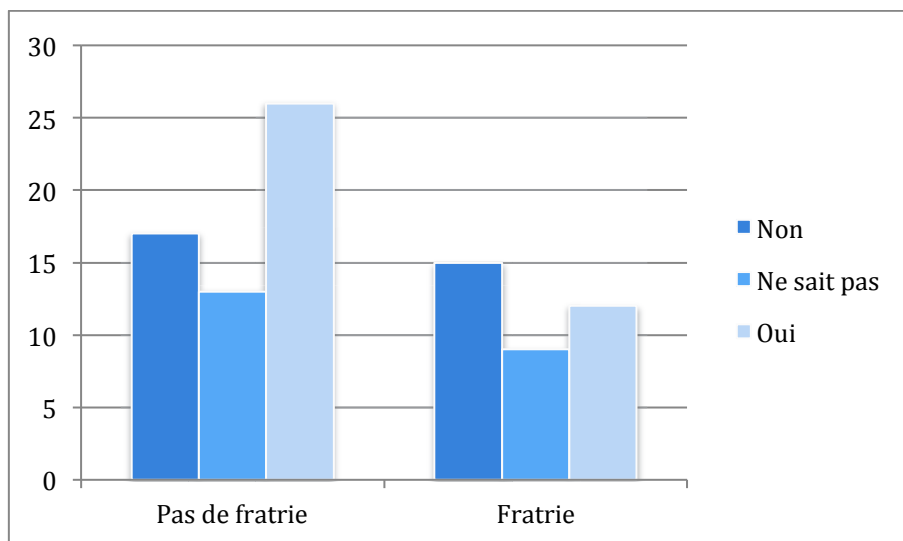


Figure 35 : Avis sur la circoncision en fonction de la fratrie



#### 4.4.4 Êtes-vous suffisamment informés ?

Nous avons demandé aux parents si ils se sentaient suffisamment informés sur les difficultés de décalottage. La plupart d'entre eux (63%) ont répondu ne pas être suffisamment informés sur le sujet.

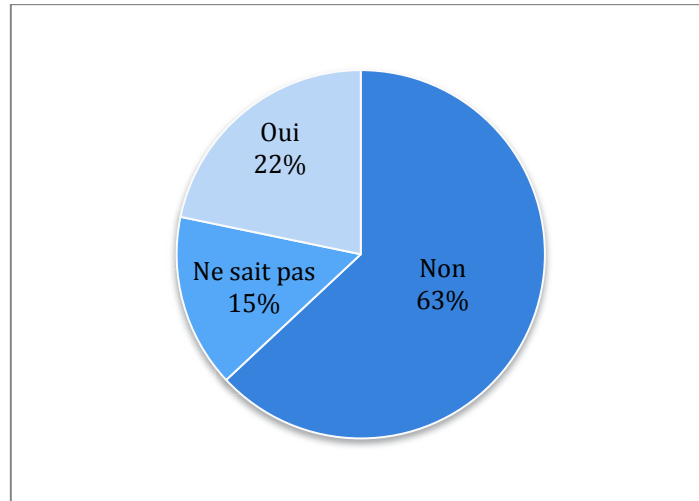


Figure 36 : Êtes-vous suffisamment informés ?

#### 4.4.5 Quels formats de recommandations ?

Nous avons proposé différents formats de recommandations médicales à destination des parents, concernant les difficultés de décalottage de l'enfant. Deux choix étaient possibles.

Les deux formats de recommandations préférés par les parents étaient :

- une page dans le carnet de santé
- une information orale lors des consultations médicales avec le médecin.

On remarque que les formats papier, vidéo et page web étaient beaucoup moins plébiscités.

Formats de recommandations	Pourcentages
Carnet de santé	46%
Médecin généraliste / Pédiatre	42%
Brochure papier	8%
Vidéo	3%
Page Web	1%

*Tableau 5 : Formats de recommandations officielles*

## 5 DISCUSSION

---

### 5. 1. Les limites de l'étude

Il existe un biais de sélection dans notre étude, ne nous permettant pas d'avoir une bonne représentation des attitudes parentales face aux difficultés de décalottage de l'enfant. En effet, la région de Mulhouse est urbaine et cosmopolite, avec un niveau socio économique plus faible que la moyenne nationale : par exemple, en 2018 le taux de chômage des 15-64 ans était de 27,3% dans la ville de Mulhouse et de 17,7 % en incluant son agglomération, pour une moyenne nationale de 13,4 %, et le taux de pauvreté était de 33 % dans la ville et de 18% dans la ville et son agglomération, contre 14,8% au niveau national (27). Afin d'avoir une meilleure représentation des attitudes parentales, une étude multicentrique avec une analyse à plus grande échelle incluant les zones rurales aurait été nécessaire.

De plus, le faible effectif de parents entraîne un manque de puissance pour notre étude. La diffusion du questionnaire aux urgences pédiatriques de Mulhouse avait pour but de récolter le maximum de réponses mais a engendré un biais du fait d'oublis de distribution.

Cela s'explique aussi par le fait que plusieurs parents étaient dans l'impossibilité de répondre au questionnaire, pour cause de barrière de la langue.

### 5. 2. Une majorité de mères interrogées

Parmi les parents interrogés, on retrouve une majorité de mères, soit 77%. Il a déjà été démontré que les femmes en couple étaient plus impliquées dans le soin des enfants, même

lorsque les deux conjoints étaient salariés, et jouaient un rôle fondamental dans la santé de l'enfant, en étant le premier interlocuteur face aux professionnels de santé (12).

On retrouve cette même idée concernant la toilette de l'enfant. En effet, cette tâche n'était pas répartie de façon équitable entre les parents. Dans environ deux tiers des cas, la toilette était faite par les deux parents, et dans un tiers des cas par la mère uniquement, mais elle n'était jamais réalisée par le père uniquement.

### **5. 3. Le peu d'intérêt et une attitude passive**

Avant de débiter notre étude, nous supposions que les difficultés de décalottage de l'enfant étaient une source d'inquiétude chez les parents, en nous basant sur nos expériences professionnelles.

Pourtant, la plupart de nos résultats montraient qu'il existait un manque d'intérêt des parents sur les difficultés de décalottage et la pratique du décalottage. En effet, plus d'un parent sur deux ne savait pas si son enfant présentait des difficultés de décalottage, et ce sujet n'était pas une source d'inquiétude chez la plupart d'entre eux.

Par ailleurs, les parents étaient plutôt sans opinion concernant les difficultés de décalottage et l'intérêt de décalotter : quasiment un parent sur deux ne savait pas si les difficultés de décalottage chez l'enfant étaient inquiétantes et si le décalottage était un geste nécessaire.

Cette question de la nécessité de décalotter avait été traitée dans deux sujets de thèse en 2002 et 2013, et la majorité des parents avait répondu que le décalottage était un geste à faire (11, 12). Cependant, dans notre étude, seulement un tiers des parents interrogés étaient favorables à cette pratique. De plus, un peu moins d'un tiers d'entre eux avaient recherché des informations sur les difficultés de décalottage sur internet.

L'attitude des parents interrogés semblait plutôt passive, 59% de parents n'ayant jamais décalotté leur enfant. Mais il existait une influence significative du sexe du parent sur la réalisation de manœuvre de décalottage, avec une part plus importante de pères effectuant ce geste.

Trois quarts des parents n'avaient jamais vu leur enfant se décalotter. Mais il existait une influence significative de l'âge de l'enfant sur l'existence d'auto tentatives de décalottage, avec une part plus importante d'auto tentatives chez les garçons âgés de plus de 22 mois. Cela semble en adéquation avec le développement psychomoteur de l'enfant, qui vers l'âge de 3 ans commence à développer une autonomie pour sa toilette (28).

#### **5. 4. Discussion avec le médecin**

Une grande partie des enfants de cette étude était suivie soit par le médecin généraliste ou le pédiatre soit par les deux de façon conjointe. Les médecins généralistes et les pédiatres sont les deux acteurs principaux du parcours de soins de l'enfant (29).

En revanche, le sujet des difficultés de décalottage n'avait pas été abordé avec le médecin dans la majorité des cas dans notre étude (58%). La majorité des parents interrogés répondait ne jamais avoir discuté de ce sujet avec leur médecin traitant, lors de consultations médicales de leur enfant. Ce sujet devrait être évoqué de manière systématique lors des visites médicales de l'enfant, afin de sensibiliser les parents et lever certaines interrogations.

Par ailleurs, l'âge du parent avait une influence significative sur le fait de discuter avec le médecin des difficultés de décalottage. En effet, les parents âgés de 30 à 39 ans demandaient significativement plus au médecin des informations sur les difficultés de décalottage de leur

enfant, alors que les parents appartenant à d'autres tranches d'âge n'en parlaient pas la plupart du temps.

La divergence de prise en charge médicale transparait dans notre étude. En effet, le conseil le plus fréquemment proposé par les médecins était de s'abstenir de décalotter l'enfant, tandis que le deuxième conseil le plus donné était de réaliser des décalottages forcés. Cela appuie un peu plus l'idée qu'il existe un manque de consensus chez les médecins. Toutefois, on peut souligner le fait que la première attitude médicale, qui est de s'abstenir de décalotter, semble en adéquation avec la littérature.

En somme, le manque de connaissances et la divergence de prise en charge des médecins généralistes et pédiatres concernant les difficultés de décalottage de l'enfant participent probablement au manque d'information des parents. Il est nécessaire d'uniformiser les pratiques de ces derniers.

## **5. 5. La circoncision**

L'avis des parents concernant la circoncision était plus affirmé. En effet, la proposition la plus choisie était « oui » (41%) à la question « Faut-il circoncire un enfant qui présente des difficultés de décalottage ? ». Il aurait été intéressant de comprendre les mécanismes et les raisons qui amenaient les parents à avoir cette opinion concernant la circoncision. Néanmoins une étude qualitative aurait été intéressante pour se faire.

Par ailleurs, nous avons trouvé intéressant de rapporter que le taux d'exclusion pour cause de circoncision de l'enfant était de 7,4% dans notre étude, soit que 7,4% des garçons âgés de moins de cinq ans étaient déjà circoncis au moment de l'étude.

La circoncision est l'une des interventions chirurgicales les plus anciennes et les plus pratiquées dans le monde (22, 30). Elle est largement pratiquée pour raison religieuse, on l'appelle alors la circoncision rituelle (7).

En France, il existe une ambivalence concernant la pratique de la circoncision rituelle: elle est admise et tolérée mais n'est pas prise en charge par l'assurance maladie puisqu'elle n'est dictée par aucune considération médicale (31, 32). Environ 90 000 circoncisions auraient été réalisées en milieu médical en France en 2018, dont une grande partie avant l'âge de 18 ans. A priori, une très faible partie nécessiterait réellement une circoncision sur le plan médical. Il semblerait aussi que le nombre de circoncisions annuelles est en réalité sous-estimé, car de nombreuses circoncisions seraient réalisées hors milieu médical (31).

Aussi, la circoncision est pratiquée de manière préventive dans plusieurs pays, notamment dans certains pays d'Afrique et aux États-Unis, afin d'éviter l'apparition d'infections urinaires chez l'enfant et la transmission d'infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH (33-35). Néanmoins, l'intérêt de la circoncision prophylactique est encore largement débattu à l'heure actuelle. Par exemple, dans le cas des infections des voies urinaires de l'enfant, la balance bénéfice risque semble défavorable, en effet environ cent circoncisions seraient nécessaires pour éviter une seule infection urinaire (7, 34). Cette politique de circoncision prophylactique n'est pas appliquée en France.

En dehors des considérations religieuses et culturelles, il est nécessaire de rappeler aux parents qu'il existe très peu d'indications médicales pour réaliser une circoncision chez un enfant de moins de cinq ans. De plus, si un traitement est nécessaire, celui-ci repose la plupart du temps sur un traitement médical par dermocorticoïdes en première intention, beaucoup moins invasive pour l'enfant (36, 37).

## **5. 6. Le besoin d'information / Les pistes de réflexion**

Les parents interrogés admettaient ne pas être suffisamment informés sur les difficultés de décalottage de l'enfant. Ils étaient favorables à ce que des informations sur le sujet soient présentes dans le carnet de santé, mais aussi transmises oralement par le médecin lors des consultations médicales de l'enfant.

### **5.1.1 Le carnet de santé**

Le carnet de santé semble être une interface idéale. Il donne des repères du développement psychomoteur de l'enfant et des conseils aux parents (38). Il délivre des informations importantes pour la santé de l'enfant et est destiné à la fois aux médecins et aux parents. Il semblait donc intéressant qu'on y ajoute des informations sur les difficultés de décalottage, afin d'améliorer l'information des parents et des médecins.

Le ministère des Solidarités et de la Santé établit le contenu du carnet sa santé, qui est identique pour tous les départements. Une révision de ce dernier a été réalisée en 2018, ce qui a conduit à l'ajout de nouvelles pages de conseils et une mise à jour du calendrier vaccinal. Chaque région ou département peut ajouter des pages au carnet de santé, au début ou à la fin du carnet. En Alsace, la Collectivité Européenne d'Alsace s'occupe de la gestion du carnet de santé.

### **5.1.2 Le médecin**

Afin d'éduquer le maximum de parents sur ce sujet, il serait nécessaire qu'il soit évoqué de façon systématique par le médecin lors des visites médicales de l'enfant. En effet, nous



avons constaté que la plupart des parents dans notre étude n'avaient jamais discuté des difficultés de décalottage avec leur médecin. Ce sujet devrait faire partie intégrante du suivi de l'enfant dans un but de prévention, au même titre que le sujet de la diversification alimentaire ou encore de la vaccination. De même, on constatait une disparité de prise en charge dans les rares cas où une discussion avait eu lieu entre les parents et le médecin.

Pour se faire, on revient à l'idée de départ selon laquelle les médecins, généralistes et pédiatres, ont besoin de recommandations claires sur le sujet, afin d'uniformiser les pratiques et guider au mieux les parents dans un deuxième temps.

### **5.1.3 La création de fiches d'information**

Une fiche d'information destinée aux parents relative à une intervention chirurgicale pour phimosis a été créée par la Société Française d'Urologie Pédiatrique et de l'Adolescent (39). Dans cette fiche, il existe des rappels de physiologie du prépuce, et des explications sur les différents traitements du phimosis.

Il a déjà été démontré que le développement physiologique du prépuce devait être expliqué aux médecins généralistes afin de faciliter leur compréhension et comprendre l'absence d'intérêt du décalottage forcé. Par conséquent, il en va de même pour les parents.

Pour aller jusqu'au bout de notre propos, nous avons créé deux fiches d'information sur les difficultés de décalottage de l'enfant, en nous inspirant des données de la littérature (7-11, 40), de la fiche d'information de la SFUPA (39) et des résultats de notre étude.

La première fiche appelée « Votre enfant a des difficultés pour se décalotter » est adressée aux parents (Annexe 2). Nous y avons intégré des conseils concernant la façon de réaliser la toilette du sexe de l'enfant, en insistant sur l'absence d'intérêt du décalottage forcé en

développant toutes les complications qu'il entraîne. Nous avons également détaillé les situations pour lesquelles les parents et leur enfant doivent consulter, tout en précisant que si un traitement est nécessaire, la circoncision n'était pas forcément la solution de premier recours.

La deuxième fiche appelée « Les difficultés de décalottage de l'enfant » est quant à elle adressée aux médecins traitants (médecins généralistes et pédiatres) (Annexe 3). Celle-ci intègre les mêmes informations que la fiche précédente, mais précise les différentes causes de difficultés de décalottage et les principales indications de traitement.

Le service de communication du GHRMSA a participé à la mise en page de nos deux fiches d'information. La fiche d'information à destination des parents a été adaptée au format du carnet de santé.

En attendant une réponse de la CEA concernant l'ajout de notre fiche d'information destinée aux parents dans le carnet de santé, nous avons décidé de la diffuser prochainement dans le service d'accueil des urgences pédiatriques de Mulhouse, en format numérique par QR Codes afin de limiter la consommation de papier. Il serait intéressant de rechercher d'autres modes de diffusion à grande échelle de ces fiches d'information, afin d'informer le maximum de parents et de médecins.

## 6 CONCLUSION

---

Les difficultés de décalottage chez les garçons de moins de cinq ans sont très fréquentes, et la plupart d'entre elles sont physiologiques. Pourtant, il existe une méconnaissance des parents sur ce sujet.

En définitive, notre étude des connaissances et des pratiques des parents face aux difficultés de décalottage de l'enfant dans la région de Mulhouse a permis de montrer qu'il existait un manque de préoccupation et d'intérêt des parents interrogés sur le sujet, ce qui allait à l'encontre de notre supposition de départ selon laquelle les difficultés de décalottage de l'enfant étaient source d'inquiétude chez les parents.

Cependant, l'incompréhension des parents transparaissait dans l'étude, et ces derniers admettaient ne pas se sentir suffisamment informés sur ce sujet.

Des actions de prévention sont nécessaires pour pallier au manque de connaissance et d'intérêt des parents concernant les difficultés de décalottage de l'enfant, afin de les sensibiliser au sujet. Cela passe par une transmission d'informations claires et adaptées aux parents, afin de favoriser au mieux leur compréhension du sujet. Le carnet de santé semblait être une interface idéale pour cela, mais l'idée d'y ajouter des pages d'information semble limitée par le coût financier qu'elle engendrerait.

Il est probable que le manque de connaissance des médecins généralistes et pédiatres concernant les difficultés de décalottage de l'enfant participe en partie au manque d'information des parents.

En effet, la majorité des parents interrogés dans notre étude répondait ne jamais avoir reçu d'informations sur les difficultés de décalottage de l'enfant de la part de leur médecin traitant,

lors des visites médicales de l'enfant. De plus, dans les rares cas où des informations avaient été données par les médecins, celles-ci n'étaient pas toujours en accord avec les recommandations médicales.

De ce fait, l'éducation des parents passe par celle des médecins, qui doivent être informés correctement pour, dans un deuxième temps, guider au mieux les parents. Une meilleure formation des médecins sur la question participerait à une amélioration de l'éducation des parents.

Dans ce contexte, nous avons décidé de créer deux fiches d'information sur les difficultés de décalottage de l'enfant, l'une à destination des parents pour les informer directement, et l'autre à destination des médecins généralistes et pédiatres, qui transmettront ces informations aux parents dans un second temps. Elles seront prochainement diffusées sous format numérique dans le service d'accueil des urgences pédiatriques de Mulhouse, en attendant de trouver d'autres moyens de diffusion à grande échelle.

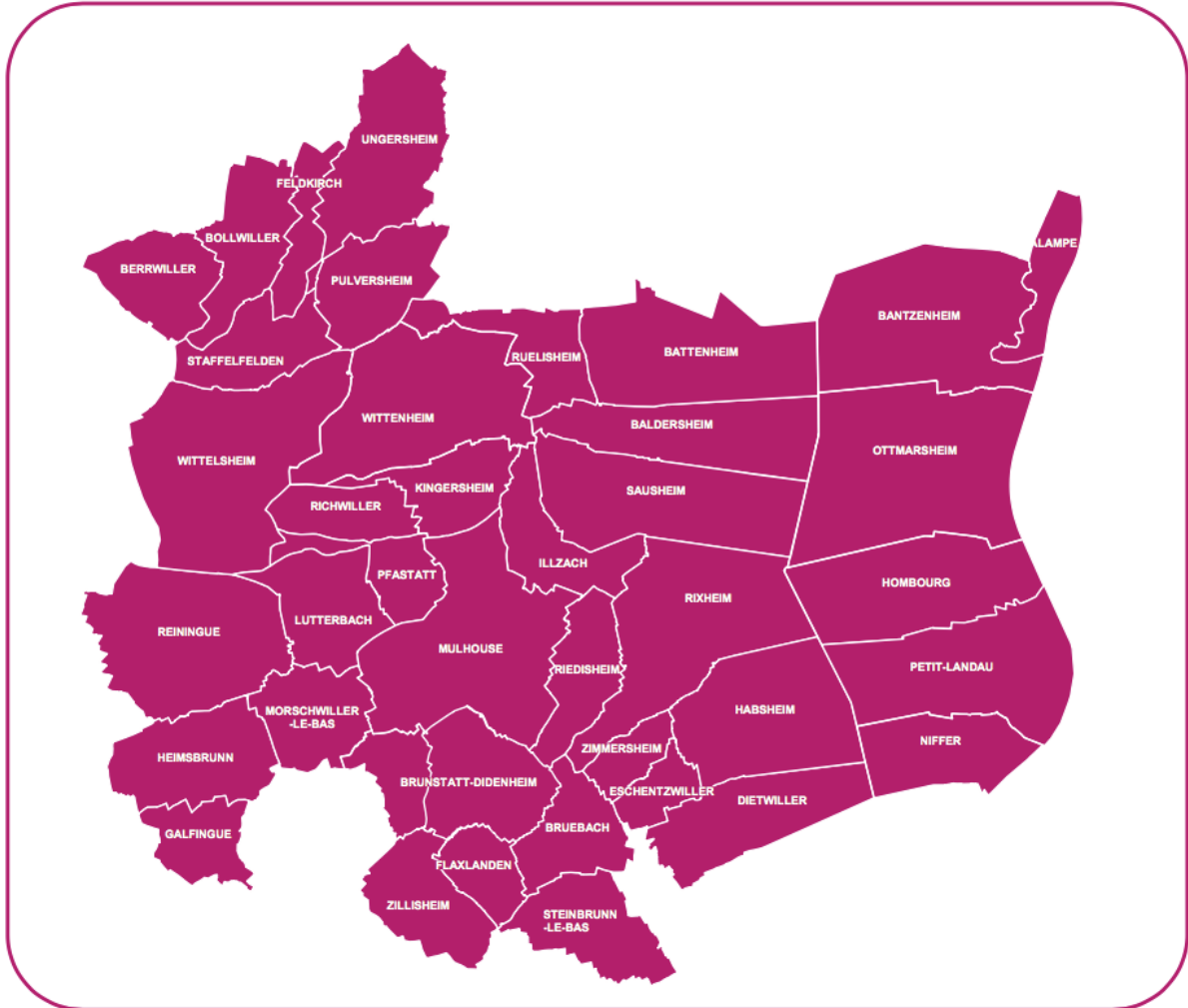
VU   
Strasbourg, le 12 mai 2022  
Le président du jury de thèse  
Professeur François BECMEUR

VU et approuvé   
Strasbourg, le 13 AVR 2022  
Le Doyen de la Faculté de  
Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé  
P. Professeur Jean SIBILLA

## 7 ANNEXES

---

### 7.1 Annexe 1: Carte M2A




*Source: Mulhouse Alsace Agglomération*

## 7.2 Annexe 2: Questionnaire

### Accueil IOA

Coller l'étiquette du patient :



**Etes-vous d'accord pour remplir ce questionnaire?**

- Oui
- Non

**Votre enfant a-t-il été circoncis?**

- Oui
- Non

## Questionnaire à destination de parents d'un garçon de moins de 5 ans, sur le thème du décalottage

Madame, Monsieur,

Nous souhaitons vous proposer de participer à une courte enquête ayant pour objectif d'évaluer les connaissances des parents d'un petit garçon sur le thème du décalottage (le décalottage est le fait de découvrir le gland en faisant glisser la peau du prépuce en arrière). Cette enquête fait partie d'un travail de thèse de médecine. Afin de répondre à ce questionnaire sur le décalottage, il est nécessaire que votre enfant n'ait pas été circoncis.

Si vous acceptez de participer à cette enquête, nous vous demanderons de remplir le questionnaire ci-joint (comptez environ 10 minutes pour compléter ce questionnaire). Toutes les données recueillies sont anonymes, aucun jugement moral ne sera porté aux réponses données, et les données traitées dans le respect du secret professionnel.

Vous êtes entièrement libre de refuser de participer à cette enquête, sans avoir à en indiquer les raisons. Cette décision sera sans conséquence sur les relations que vous avez avec les équipes soignantes qui prennent en charge votre enfant.

Avant de commencer, voici un rappel sur des termes fréquemment évoqués dans ce questionnaire:

- le prépuce est le repli de peau qui recouvre le gland
- le décalottage est le fait de découvrir le gland en faisant glisser la peau du prépuce en arrière
- lorsque la découverte du gland est incomplète voire impossible, on parle de difficultés de décalottage
- la circoncision est une chirurgie qui consiste à enlever le prépuce.

1. Quel âge a votre enfant? (Réponse libre) \_\_\_\_\_

2. Etes-vous: (une réponse possible)

- La maman
- Le papa
- Les deux

3. Quel âge a la maman? (une seule réponse)

- Moins de 20 ans
- Entre 20 et 29 ans
- Entre 30 et 39 ans
- Plus de 40 ans

**Quel âge a le papa? (une seule réponse)**

- Moins de 20 ans
- Entre 20 et 29 ans
- Entre 30 et 39 ans
- Plus de 40 ans

**4. Avez-vous d'autre(s) enfant(s) de sexe masculin?**

- Oui
- Non

**5. Qui s'occupe de la toilette de votre enfant? (une seule réponse)**

- Maman
- Papa
- Les deux

**6. Avez-vous déjà vu votre enfant se décalotter ou essayer de se décalotter seul ?**

- Oui
- Non
- Ne sait pas

**7. Avez-vous déjà essayé de décalotter votre enfant vous-même? (une seule réponse)**

- Jamais
- 1 fois
- Entre 2 et 10 fois
- Plus de 10 fois

**8. Existent-ils des difficultés de décalottage chez votre enfant? (une seule réponse)**

- Oui, le décalottage est difficile, voire impossible
- Non, le décalottage se fait sans difficulté
- Ne sait pas

**9. Si oui, sur une échelle de 1 à 10, quel est votre niveau d'inquiétude à ce sujet? (Entourez la case)**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

1 : étant une absence totale d'inquiétude.

0 : étant une inquiétude très importante, vous y pensez tout le temps.



**10. Qui suit votre enfant? (Plusieurs choix possibles)**

- Pédiatre
- Médecin généraliste/ traitant/ de famille
- PMI (Protection Maternelle et Infantile)
- Aucun

**11. Avez-vous déjà discuté de difficultés de décalottage de votre enfant avec votre médecin et/ou la PMI ?**

- Oui
- Non

**12. Si oui, que vous a-t-il conseillé ? (Plusieurs choix possibles)**

- De le décalotter à la maison
- De le décalotter lui-même au cabinet
- De mettre une pommade à base de cortisone sur le pénis pendant plusieurs semaines
- De consulter un spécialiste (urologue, chirurgien pédiatrique, pédiatre ou autre)
- De ne rien faire

**13. Si oui, les informations que le médecin vous a données étaient: (une seule réponse)**

- Très satisfaisantes
- Satisfaisantes
- Peu satisfaisantes
- Insatisfaisantes

**14. Avez vous déjà fait des recherches sur internet concernant le décalottage de l'enfant ?**

- Oui
- Non

**15. Si oui, les réponses que vous avez trouvées étaient : (une seule réponse)**

- Très satisfaisantes
- Satisfaisantes
- Peu satisfaisantes
- Insatisfaisantes

**16. Selon vous, quand un garçon de moins de 5 ans a des difficultés de décalottage, cela est: (une seule réponse)**

- Inquiétant
- Pas inquiétant
- Ne sait pas

**17. Selon vous, faut-il essayer de le décalotter ?**

- Oui
- Non
- Ne sait pas

**18. Selon vous, faut-il le circoncire?**

- Oui
- Non
- Ne sait pas

**19. En tant que parents, vous sentez-vous suffisamment informés sur les difficultés de décalottage de l'enfant ?**

- Oui
- Non
- Ne sait pas

**20. Selon vous, quel serait le meilleur moyen pour transmettre ce genre d'informations aux parents ? (2 choix maximum)**

- Une page dans le carnet de santé
- Une brochure papier
- Un site web
- Une video
- Par le médecin lors des visites médicales obligatoires

## 7.3 Annexe 3 : Fiche d'information à destination des parents

### Votre enfant a des difficultés pour se décalotter

#### Quelques rappels

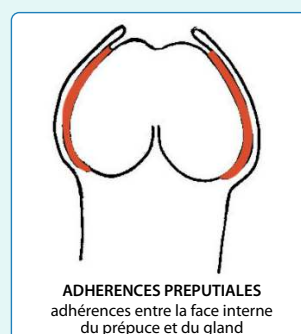
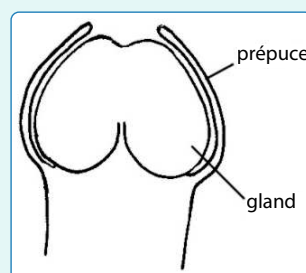
Le prépuce est un repli de peau qui recouvre le gland. Le décalottage consiste à rétracter la peau du prépuce pour découvrir le gland.

A la naissance, le décalottage est impossible chez 96% des garçons, et c'est normal. Il est impossible pour deux raisons :

- Le prépuce est collé au gland par des **adhérences**.
- Le prépuce peut aussi être étroit et serré à son extrémité, ce que l'on appelle le **phimosis**.

Progressivement, les adhérences disparaîtront et le prépuce s'assouplira, pour permettre un décalottage complet du gland vers l'âge de 5 ans.

Ne vous inquiétez pas si vous retrouvez des sécrétions blanchâtres sur son gland, c'est une substance appelée smegma, produite par le prépuce qui va justement participer à la levée des adhérences.



#### Ne décalottez pas votre enfant

##### Pourquoi ?

Car ce geste est inutile, traumatisant et risqué pour votre enfant. Il peut provoquer des saignements, des infections ou encore des cicatrices qui peuvent aggraver les difficultés de décalottage.

En décalottant de manière forcée votre enfant, vous risquez aussi de bloquer le prépuce de l'enfant en position décalottée, et que le gland se retrouve étranglé : c'est que l'on appelle le **paraphimosis**. C'est une urgence, le gland doit être libéré le plus rapidement possible sous anesthésie locale ou générale.

## La toilette du sexe

Réalisez la toilette de la partie découverte du gland, régulièrement, avec de l'eau et du savon.

Et lorsque votre enfant sera en âge de réaliser tout seul sa toilette, il pourra réaliser des tentatives douces de rétraction de son prépuce.

## Quand consulter ?

Si votre enfant est concerné par l'une ou plusieurs de ces situations, il sera nécessaire de consulter votre médecin généraliste ou pédiatre :

- Si il n'arrive toujours pas à se décalotter **à partir de l'âge de 5-6 ans**,
- Si son pénis est régulièrement irrité avec un **aspect rouge et gonflé**
- Si il a des **difficultés pour uriner** : par exemple si le prépuce gonfle lorsque l'enfant fait pipi, car l'urine reste coincée sous la peau du prépuce, ou encore si le jet d'urine est très fin.

Le médecin jugera alors de la nécessité ou non d'un traitement.

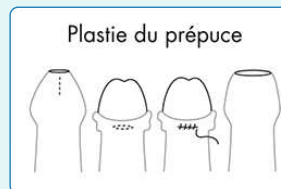
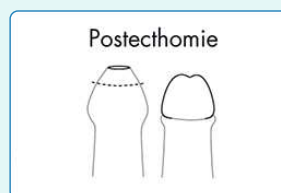
## Quels sont les traitements ?

La circoncision n'est pas le traitement de première intention !

En effet, la plupart du temps, le traitement médical suffit : il consiste à appliquer une **crème corticoïdes** sur le prépuce, tous les jours, pendant un mois voire deux mois, ce qui permet d'assouplir le prépuce et donc un décalottage complet.

C'est seulement dans les cas où ce traitement ne suffit pas, que l'on envisage la chirurgie. Il en existe deux types :

- **La postectomie** ou encore appelée la circoncision, qui consiste à enlever complètement le prépuce.
- **La plastie du prépuce** qui consiste à élargir le prépuce.



## 7.4 Annexe 4 : Fiche d'information à destination des médecins

### Les difficultés de décalottage de l'enfant

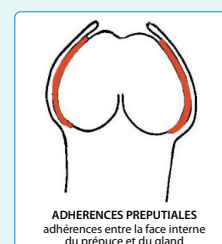
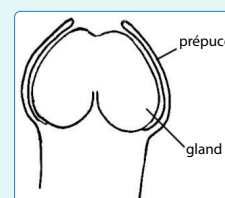
Cette fiche a pour but de rappeler quelques généralités sur les difficultés de décalottage et comment les prendre en charge en médecine générale.

#### QUELQUES DEFINITIONS

Les difficultés de décalottage sont présentes chez environ 96% des garçons à la naissance et sont donc physiologiques.

#### Le décalottage est rendu impossible par l'existence :

- Des **adhérences préputiales** : qui sont de petites membranes adhérentes entre le prépuce et le gland. Elles se développent pendant la période embryonnaire, et sont donc physiologiques à la naissance. Elles disparaîtront avec le temps, du fait de la croissance de la verge et aussi de la sécrétion de smegma par le prépuce, qui est une substance blanchâtre ayant un effet lubrifiant.
- Du **phimosis physiologique** : qui est un aspect étroit et peu élastique de l'orifice du prépuce qui rend également impossible le décalottage. Celui-ci est aussi physiologique et présent dès la naissance. L'anneau s'assouplira progressivement avec le temps.



Des difficultés de décalottage peuvent apparaître secondairement, c'est-à-dire après la naissance, que l'on appelle **phimosis pathologique**. Il est défini par une sténose fibreuse de l'anneau préputial, qui rend impossible le décalottage. Il apparaît souvent après l'âge de un an. La différence avec le phimosis physiologique est que le tissu de cet anneau est considéré comme « anormal », donc cicatriciel et/ou inflammatoire.

#### Les causes principales du phimosis pathologique sont :

- Des tentatives de décalottage répétées ou des balanoposthites à répétition qui provoquent une inflammation chronique du prépuce entraînant une fibrose de ce dernier.
- Des maladies de peau comme le lichen sclérotique qui est une dermatose inflammatoire chronique donnant un aspect blanchâtre et scléreux du prépuce, apparaissant souvent à partir de l'âge de 5 ans et d'étiologie encore inconnue.

## EN PRATIQUE, QUE FAIRE ?

### Les parents

- Les rassurer sur le caractère physiologique des difficultés de décalottage. Elles disparaîtront progressivement et naturellement, pour permettre un décalottage complet souvent vers l'âge de 5 ans.
- Expliquer l'absence d'intérêt du décalottage. Pourquoi ? Car il est inutile et risqué pour l'enfant, avec des risques de saignements, de balano posthites, de phimosis secondaire voire même de paraphimosis. Et surtout, c'est un vécu traumatique pour les enfants.
- Leur conseiller de réaliser la toilette du sexe de l'enfant avec de l'eau et du savon, au niveau de la partie découverte du gland.

Lorsque le garçon sera en âge de réaliser seul sa toilette, il pourra réaliser des tentatives douces de rétraction de son prépuce.

### Quand traiter et comment ?

Il est important d'examiner leur prépuce des garçons systématiquement au décours des examens de santé de ces derniers.

### Les situations suivantes devront vous amener à traiter l'enfant :

- Si l'enfant a toujours des difficultés pour se décalotter à partir de l'âge de 5-6 ans.
- Si l'enfant présente des balano posthites répétées.
- Si l'enfant présente des difficultés mictionnelles : à type de rétention aiguë d'urine ou de miction préputiale (stagnation des urines sous la peau du prépuce).
- Si le prépuce présente un aspect scléreux ou cicatriciel, apparu secondairement, faisant évoquer un phimosis pathologique.
- Si l'enfant présente des érections douloureuses, mais cela concernera plutôt les adolescents.

Le traitement de première intention repose sur les dermocorticoïdes : avec une application biquotidienne au niveau de l'anneau préputial pendant une durée de un mois, voire deux en cas d'efficacité partielle.

Ce traitement médical traite le phimosis, en assouplissant le prépuce serré, et permet dans un deuxième temps de libérer les adhérences préputiales.

Souvent le traitement médical suffit. Mais si ce n'est pas le cas, un **traitement chirurgical** peut être proposé, soit par plastie du prépuce soit par circoncision ou encore appelée posthextomie.

### Cas particulier

- Une circoncision d'emblée est nécessaire pour les garçons présentant une malformation urogénitale (diminution du risque d'infection urinaire haute) ou un Lichen Scléro Atrophique.

## 8 BIBLIOGRAPHIE

---

1. Concepción JCM, Fernández PG, Aránegui AM, Rodríguez MG, Casacó BM. [The need of circumcision or prepuce dilation. A study with 1200 boys]. Arch Esp Urol. août 2008;61(6):699-704.
2. Peycelon M, Parmentier B, Raquillet C, Boubnova J, Chouikh T, Grosos C, et al. [Abnormalities of the penis in boys]. Arch Pediatr Organe Off Soc Francaise Pediatr. déc 2012;19(12):1347-53.
3. Lourenção PLT de A, Queiroz DS, de-Oliveira WE, Comes GT, Marques RG, Jozala DR, et al. Observation time and spontaneous resolution of primary phimosis in children. Rev Col Bras Cir. oct 2017;44(5):505-10.
4. Kayaba H, Tamura H, Kitajima S, Fujiwara Y, Kato T, Kato T. Analysis of shape and retractability of the prepuce in 603 Japanese boys. J Urol. nov 1996;156(5):1813-5.
5. Gairdner D. The fate of the foreskin, a study of circumcision. Br Med J. 24 déc 1949;2(4642):1433-7, illust.
6. Oster J. Further fate of the foreskin. Incidence of preputial adhesions, phimosis, and smegma among Danish schoolboys. Arch Dis Child. avr 1968;43(228):200-3.
7. Bréaud J, Guys J-M. [Phimosis: medical treatment or circumcision?]. Arch Pediatr Organe Off Soc Francaise Pediatr. sept 2005;12(9):1424-32.

8. Liloku R, Buisson P, Mouriquand P. Prépuce serré chez l'enfant. *J Pédiatrie Puériculture*. 2003;16:12-6.
9. Dupré J. Conduite à tenir du médecin généraliste face au prépuce de l'enfant. Université de Nantes; 2010.
10. Pagès E. Point sur le décalottage : revue de la littérature et pratiques professionnelles françaises. Université d'Angers; 2020.
11. Alain Pelletier M-E. Phimosis et soins du prépuce en 2002 (enquête prospective auprès de 140 médecins - généralistes et pédiatres - et de 120 mères de famille). Université de Tours; 2002.
12. Pialot M. Les attitudes parentales quant au décalottage de leur(s) garçon(s) : exploration des représentations et des facteurs déterminants par des entretiens semi-dirigés. Université Paris Val-De-Marne; 2013.
13. Branger B, Sable A, Picherot G, Freour I, Merot J, Moison S, et al. [Examination of the prepuce in 511 nursery school children. The role of retraction technics]. *Ann Pediatr (Paris)*. nov 1991;38(9):618-22.
14. Patrao JD. Evaluation de la prise en charge du phimosis de l'enfant par les médecins généralistes de Picardie. Université de Picardie Jules Verne; 2016.
15. Bessède B. Evaluation de la prise en charge du phimosis de l'enfant par les médecins généralistes libéraux de Midi-Pyrénées. Université Toulouse III Paul Sabatier; 2015.



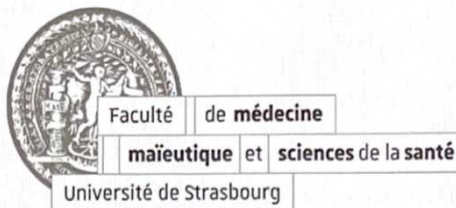
16. Université de Fribourg, Lausanne et Berne. Les organes génitaux externes [Internet]. embryology.ch. [cité 6 janv 2021]. Disponible sur:  
<https://embryology.ch/fr/organogenese/systeme-genital/organes-genitaux-externes/sexe-masculin-stade-differencie.html?p=1#sexe-masculin-stade-differencie>
17. Cunha GR, Sinclair A, Cao M, Baskin LS. Development of the human prepuce and its innervation. *Differ Res Biol Divers*. févr 2020;111:22-40.
18. Naji H, Jawad E, Ahmed HA, Mustafa R. Histopathological examination of the prepuce after circumcision: Is it a waste of resources? *Afr J Paediatr Surg AJPS*. juin 2013;10(2):164-6.
19. Dobanovacki D, Lucić Prostran B, Sarac D, Antić J, Petković M, Lakić T. [Prepuce in boys and adolescents: what when, and how?]. *Med Pregl*. août 2012;65(7-8):295-300.
20. Marques TC, Sampaio FJB, Favorito LA. Treatment of phimosis with topical steroids and foreskin anatomy. *Int Braz J Urol Off J Braz Soc Urol*. août 2005;31(4):370-4; discussion 374.
21. Martin C. Evaluation des effets des dermocorticoïdes dans la prise en charge du phimosis de l'enfant : une synthèse méthodique. Proposition de soins du prépuce au médecin généraliste. Université de Clermont-Ferrand I; 2008.
22. Hodges FM. Phimosis in antiquity. *World J Urol*. juin 1999;17(3):133-6.

23. Cooblal AS, Rampersad B. About the Foreskin: Parents' Perceptions and Misconceptions. *West Indian Med J.* sept 2014;63(5):484-9.
24. McGregor TB, Pike JG, Leonard MP. Pathologic and physiologic phimosis: approach to the phimotic foreskin. *Can Fam Physician Med Fam Can.* mars 2007;53(3):445-8.
25. Celis S, Reed F, Murphy F, Adams S, Gillick J, Abdelhafeez AH, et al. Balanitis xerotica obliterans in children and adolescents: a literature review and clinical series. *J Pediatr Urol.* févr 2014;10(1):34-9.
26. Mulhouse Alsace Agglomération. M2A est composée de 39 communes [Internet]. Mulhouse Alsace Agglomération. 2022 [cité 1 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.mulhouse-alsace.fr/agglo/presentation/communes/>
27. Insee. Comparateur de territoire, Intercommunauté -Métropole de CA, Mulhouse Alsace Agglomération (200066009) [Internet]. Insee. 2022 [cité 1 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=EPCI-200066009>
28. Oustric S. Développement psychomoteur : consultation à 3 ans [Internet]. *Pediadoc.* 2019 [cité 1 mai 2021]. Disponible sur: <https://pediadoc.fr/categorie/3/13/developpement-psychomoteur-3-ans>
29. J J-C. Les enfants doivent pouvoir choisir leur médecin traitant [Internet]. *MG France.* 2014 [cité 1 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/229-horscategorie/540-les-enfants-doivent-pouvoir-choisir-leur-medecin-traitant>

30. Genin B. [Ritual circumcision : a society challenge]. *Rev Med Suisse*. 15 févr 2017;13(550):411-3.
31. Joubert H. La circoncision en 2018, qu'en pensent les urologues? [Internet]. *e-docteur.fr*. 2018 [cité 1 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.e-docteur.fr/actu-specialites/la-circoncision-en-2018-quen-pensent-les-urologues/>
32. Tamburini S. Circoncision médicale ou rituelle : la distinction a son importance ! [Internet]. *MACSF*. 2020 [cité 1 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/Relation-au-patient-et-deontologie/circoncision-medicale-enfant>
33. Earp BD, Mishori R, Rotta AT. Newborn Circumcision Techniques and Medical Ethics. *Am Fam Physician*. 15 janv 2021;103(2):69-70.
34. Singh-Grewal D, Macdessi J, Craig J. Circumcision for the prevention of urinary tract infection in boys: a systematic review of randomised trials and observational studies. *Arch Dis Child*. août 2005;90(8):853-8.
35. Holzman SA, Chamberlin JD, Davis-Dao CA, Le DT, Delgado VA, Macaraeg AM, et al. Retractable foreskin reduces urinary tract infections in infant boys with vesicoureteral reflux. *J Pediatr Urol*. avr 2021;17(2):209.e1-209.e6.
36. Yilmaz E, Batislam E, Basar MM, Basar H. Psychological trauma of circumcision in the phallic period could be avoided by using topical steroids. *Int J Urol Off J Jpn Urol Assoc*. déc 2003;10(12):651-6.

37. Cansever G. Psychological effects of circumcision. *Br J Med Psychol*. déc 1965;38(4):321-31.
  
38. Ministère des Solidarités et de la Santé. Le carnet de santé de l'enfant [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018 [cité 1 oct 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/enfants/carnet-de-sante>
  
39. Société Française d'Urologie Pédiatrique et de l'Adolescent. Phimosi [Internet]. SFCP Société Française de Chirurgie Pédiatrique. [cité 6 janv 2021]. Disponible sur: [https://www.chirpediatric.fr/upload/documents/fiches\\_public/Fiches\\_SFUPA\\_2018/phimosi.pdf](https://www.chirpediatric.fr/upload/documents/fiches_public/Fiches_SFUPA_2018/phimosi.pdf)
  
40. The Royal Children's Hospital Melbourne. The penis and the foreskin [Internet]. The Royal Children's Hospital Melbourne. 2018 [cité 1 oct 2021]. Disponible sur: [https://www.rch.org.au/clinicalguide/guideline\\_index/The\\_penis\\_and\\_foreskin/](https://www.rch.org.au/clinicalguide/guideline_index/The_penis_and_foreskin/)

# DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : ..... KURON ..... Prénom : ..... Melodi .....

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

**A écrire à la main :** « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

*J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.*

Signature originale :

À ..... Strasbourg ....., le ..... 12.10.2022 .....

**Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.**

## ABSTRACT

### **Overview of parental behaviors regarding non retractable foreskin in boys aged under five, in the district of Mulhouse, from March 1st to April 30 th, 2021**

**Objective** : To determine parents' understanding and behaviors regarding non retractable foreskin in boys aged under five, in a effort to improve their education.

**Methods** : A questionnaire of 20 questions was administered to parents of boys aged under five consulting at the Pediatrics Emergency Department of Mulhouse, in GHRMSA, from March 1st to April 30th, 2021.

**Results** : There were 92 completed questionnaires. The majority of parents participating were mothers (77%). 59% of them never tried to forcibly retract the foreskin of their children. Most of the questions were answered with « Do not know » by parents. 58% of them never had a talk about this subject with their doctor. And the majority of the parents admitted they didn't feel informed enough about this subject.

After statistical analysis, sex of the parent had a significant influence on the use of forced retraction, age of the parent had a significant influence on asking their doctor about this subject, and age of the boy had a significant influence on the fact of being seen by his parents trying to retract his foreskin.

**Conclusion** : There is a lot of ignorance in parents about foreskin retraction difficulties in children, proving that parents need a better education and guidelines about this. Improving their education comes with a better formation of general practionners about this subject.

**Keywords** : non retractable foreskin, to retract, boy, education.

## RÉSUMÉ

**État des lieux des attitudes parentales concernant les difficultés de décalottage chez les garçons de moins de cinq ans, dans la région de Mulhouse, du 1<sup>er</sup> mars au 30 avril 2021**

**Objectif** : Évaluer les attitudes et les connaissances des parents face aux difficultés de décalottage des garçons de moins de cinq ans, dans le but d'améliorer leur éducation.

**Méthode** : Un questionnaire de 20 questions a été distribué aux parents de garçons de moins de cinq ans consultant dans le Service d'Accueil des Urgences Pédiatriques de Mulhouse, du GHRMSA, du 1<sup>er</sup> mars au 30 avril 2021.

**Résultats** : 92 questionnaires ont été remplis. La majorité des parents interrogés était des mères (77%). 59% des parents n'avaient jamais essayé de décalotter leur enfant. La plupart des parents ont répondu « Ne sait pas » aux questions posées. 58% des parents n'avaient jamais discuté de ce sujet avec leur médecin. La majorité d'entre eux admettait ne pas être suffisamment informée sur le sujet. Après analyse statistique, le sexe du parent avait une influence significative sur la pratique du décalottage forcé, l'âge du parent avait une influence significative sur le fait de demander des informations sur le sujet à leur médecin, et l'âge du garçon avait une influence significative sur l'existence d'auto-tentatives de décalottage.

**Conclusion** : Il existe un manque de connaissance important sur les difficultés de décalottage de l'enfant chez les parents, prouvant que les parents ont besoin d'une meilleure éducation sur le sujet. Une amélioration de la formation des médecins généralistes sur ce sujet permettrait aussi d'améliorer l'éducation des parents.

**Mots-clés** : difficultés de décalottage, décalotter, garçon, éducation.

Résumé :

**État des lieux des attitudes parentales concernant les difficultés de décalottage chez les garçons de moins de cinq ans, dans la région de Mulhouse, du 1<sup>er</sup> mars au 30 avril 2021**

**Objectif** : Évaluer les attitudes et les connaissances des parents face aux difficultés de décalottage des garçons de moins de cinq ans, dans le but d'améliorer leur éducation.

**Méthode** : Un questionnaire de 20 questions a été distribué aux parents de garçons de moins de cinq ans consultant dans le Service d'Accueil des Urgences Pédiatriques de Mulhouse, du GHRMSA, du 1<sup>er</sup> mars au 30 avril 2021.

**Résultats** : 92 questionnaires ont été remplis. La majorité des parents interrogés était des mères (77%). 59% des parents n'avaient jamais essayé de décalotter leur enfant. La plupart des parents ont répondu « Ne sait pas » aux questions posées. 58% des parents n'avaient jamais discuté de ce sujet avec leur médecin. La majorité d'entre eux admettait ne pas être suffisamment informée sur le sujet. Après analyse statistique, le sexe du parent avait une influence significative sur la pratique du décalottage forcé, l'âge du parent avait une influence significative sur le fait de demander des informations sur le sujet à leur médecin, et l'âge du garçon avait une influence significative sur l'existence d'auto-tentatives de décalottage.

**Conclusion** : Il existe un manque de connaissance important sur les difficultés de décalottage de l'enfant chez les parents, prouvant que les parents ont besoin d'une meilleure éducation sur le sujet. Une amélioration de la formation des médecins généralistes sur ce sujet permettrait aussi d'améliorer l'éducation des parents.

---

Rubrique de classement : Médecine Générale

---

Mots-clés : difficultés de décalottage, décalotter, garçon, éducation.

---

Président : Monsieur le Professeur François BECMEUR

Assesseurs : Madame le Docteur Isabelle TALON

Monsieur le Professeur Philippe HILD

Madame le Docteur Juliette GIRARD

---

Adresse de l'auteur : Melodi KURUN

55A rue du Val Saint Grégoire

68000 COLMAR