



*Université Lille 2*  
*Droit et Santé*

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**ETAT DES CONNAISSANCES DES PARENTS DE NOURRISSON  
SUR LA GASTROENTERITE ET SON TRAITEMENT**

Présentée et soutenue publiquement le 10 mars 2014 à 18 heures  
au Pôle Formation  
**Par Alexandre Bardis**

### **JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Dominique TURCK**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Alain MARTINOT**

**Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE**

**Monsieur le Professeur Nicolas KALACH**

**Directeur de Thèse :**

**Madame le Docteur Thérèse HEUCLIN**

# PLAN

<b>Introduction</b>	p08
<b>Materiel et Méthodes</b>	p11
<b>Résultats</b>	p14
• Population	p14
• Connaissance sur les symptômes de la GEA	p15
• Connaissance sur le traitement de la GEA	p17
• Connaissance sur le SRO	p17
• Impact des facteurs	p18
<b>Discussion</b>	p23
• Principaux résultats de l'étude	p23
• Limites de l'étude	p25
• Données de la littérature	p27
<b>Conclusion</b>	p33
<b>Références bibliographiques</b>	p35
<b>Annexes</b>	
<i>Questionnaire réalisé en filière pédiatrique des urgences du C.H de Douai</i>	p39
<i>Carnet de santé (page 22)</i>	p41
<i>Extrait des recommandations du comité de nutrition de la Société française de pédiatrie</i>	p42

## **INTRODUCTION**

La diarrhée est due à un déséquilibre entre l'absorption et la sécrétion intestinale d'eau et d'électrolytes. Selon l'agent responsable (virus ou bactérie) les mécanismes physiopathologiques des diarrhées aiguës associent une hypersécrétion hydroélectrolytique au niveau des cryptes et/ou un processus invasif à l'origine d'une diminution des capacités d'absorption d'eau et d'électrolytes au niveau des villosités. C'est pourquoi le traitement des diarrhées aiguës de l'enfant repose essentiellement sur la correction des pertes en eau et en électrolytes et sur le maintien de l'équilibre hydroélectrolytique par l'utilisation des solutions de réhydratation orale (SRO) associés à la réalimentation précoce **(1)**.

L'observation des mécanismes physiologiques d'absorption et de sécrétion de l'eau et des électrolytes a permis de définir les principes de la réhydratation par voie orale. L'absorption de l'eau s'effectue par un mécanisme passif qui suit le transport actif des électrolytes. L'eau et les électrolytes sont continuellement sécrétés et réabsorbés. Le glucose stimule l'absorption des électrolytes et donc de l'eau. Ces phénomènes physiologiques ont conduit à une réflexion dont l'aboutissement est l'élaboration des SRO. L'absorption intestinale du sodium est en outre facilitée par la présence concomitante de glucose dans le SRO.

Les diarrhées sont fréquentes (de 1,3 à 2,3 épisodes annuels par enfant de moins de cinq ans), coûteuses et responsable de 10% des hospitalisations à cet âge **(2)**. Le nombre de diagnostics de diarrhée aiguë a été estimé entre 845 000 et 910 000 par an chez l'enfant de moins de 5 ans **(3)**.

Les diarrhées aiguës représentent la première cause de décès évitable chez le jeune enfant aux Etats-Unis **(2)**. Les décès par déshydratation aiguë du jeune enfant représentent la seconde affection en cause dans les plaintes à l'encontre de pédiatres ou de médecins généralistes assurés du groupe Sou Médical MACSF (GAMM). Le médecin doit veiller à noter, en plus de l'évaluation précise clinique de l'enfant, la prescription de SRO et la délivrance de conseils pour reconsulter **(4)**.

En dépit de progrès régulier, la réhydratation orale est encore insuffisamment prescrite par les médecins et/ou utilisée par les familles. Il faut utiliser exclusivement les SRO et proscrire l'utilisation de solutions « maison », a fortiori de l'eau pure ou des boissons gazeuses à base de cola **(5)**.

Le principe des SRO a été « publié » en 300 avant Jésus Christ en Inde où l'on conseillait de l'eau tiède, de la mélasse et du sel de roche pour traiter les diarrhées. Ce n'est qu'au vingtième siècle que ces solutions ont été redécouvertes et largement utilisées à partir des années 1960, ce qui donna lieu en 1978 à un éditorial du Lancet intitulé « de l'eau, du sucre et du sel, le plus grand progrès médical du vingtième siècle » **(6) (7)**.

La première solution était conçue par l'OMS pour traiter le choléra. Elle a permis la réduction de la mortalité d'épidémies de choléra de 30% à moins de 3% et la fermeture des salles de réhydratation intraveineuse dans les pays en voie de développement.

Il existe plusieurs types de SRO. En France la composition des SRO a été établie à partir des recommandations ESPGHAN **(8)** et des recommandations OMS/UNICEF (mai 2002) **(9)**.

Le remboursement est effectif depuis 2003. Le recours aux SRO a nettement augmenté depuis le début des années 2000 **(10) (11)**.

Dans la pratique médicale la prescription semble acquise. Aujourd'hui, les améliorations à apporter semblent plutôt concerner l'information délivrée aux parents, notamment dans les modalités d'administration.

L'objectif de l'étude était d'évaluer les connaissances des parents de nourrisson concernant les symptômes, le traitement et les modalités d'administration du traitement de la gastroentérite aigue du nourrisson (GEA) ; de savoir qui leur avait délivré ces informations et de mesurer l'impact de facteurs sociaux et d'antécédents sur ces connaissances.

## **MATERIEL ET METHODES**

- **Matériel**

La population des urgences pédiatriques de Douai est mixte avec un recrutement de ville comme de campagne et totalise en moyenne 54 entrées/jour (19692 entrées en 2013). Elles accueillent les enfants de quelques jours à 16 ans pour les pathologies médicales, chirurgicales et/ou traumatologiques et psychiatriques. On y trouve en journée 1 médecin sénior pédiatre, 1 à 2 internes de médecine générale et/ou de pédiatrie, 1 à 2 externes, 1 infirmière ou puéricultrice et 1 auxiliaire de puériculture.

- **Méthodes**

Il s'agissait d'une étude observationnelle prospective, monocentrique, réalisée au sein des urgences pédiatriques du Centre Hospitalier de Douai, du 24 mars au 8 avril 2011. Le questionnaire était donné à l'entrée par la puéricultrice ou l'infirmière ou l'auxiliaire de puériculture aux parents de chaque enfant âgé de 28 jours à 18 mois consultant au service d'accueil des urgences quel que soit le motif de consultation. Le questionnaire rempli par les parents était récupéré au cours de la consultation. Il est à noter qu'il n'y avait pas, au moment de l'étude, de panneau informatif sur la gastroentérite ou les SRO dans les locaux du SAU. Par ailleurs, à la demande de plusieurs parents ayant participé à cette étude, une information orale et une fiche de consignes concernant la gastroentérite aiguë et les SRO étaient délivrées une fois le questionnaire récupéré.

### **Critères d'inclusion :**

Etaient inclus :

- les nourrissons âgés de 28 jours à 18 mois,
- quel que soit le motif de consultation,
- consultant au SAU de 9h à 24h (horaires de présence sur place du pédiatre et d'ouverture de la filière pédiatrique aux urgences lors de la réalisation de l'étude).

Ces choix ont été fait afin:

- de cibler la population la plus susceptible de présenter une déshydratation au cours d'une GEA (médiane de déshydratation à 10 mois dans les GEA)
- de cibler la population où la GEA sera en grande majorité d'origine virale et dont le traitement ne relèvera que rarement de l'antibiothérapie
- d'exclure les pathologies relevant de la néonatalogie.

### **Critères d'exclusion :**

Étaient exclus :

- les enfants de moins de 28 jours ou de plus de 18 mois
- les nourrissons se présentant entre 24h et 9h
- les enfants se présentant une 2<sup>e</sup> fois au SAU ou dont les parents avaient remplis le questionnaire pour un frère ou une sœur (seul le premier questionnaire était retenu)
- les enfants dont les parents ne pouvaient lire le français.

### **Données recueillies :**

Les données recueillies concernaient :

- les caractéristiques de l'enfant (âge, sexe, fratrie, niveau d'étude de la mère, suivi de l'enfant)

- les connaissances sur la gastroentérite (symptômes, traitement, signes de gravité),
- les antécédents (de GEA, d'hospitalisation pour GEA)
- les connaissances sur les solutés de réhydratation (prescription, modalités du traitement).

Les réponses inadéquates étaient considérées comme la réponse « je ne sais pas ».

Le questionnaire est reproduit en Annexe 1.

### **Analyse des résultats**

Les données recueillies ont été saisies puis analysées statistiquement à l'aide du logiciel Microsoft Excel.



## RESULTATS

### 1. POPULATION *(tableaux 1-1 et 1-2)*

Nous avons recueilli 40 questionnaires sur la durée de l'étude.

L'âge moyen était de 9 mois et 1 jour (écart type 5 mois et 14 jours) avec un âge médian de 8 mois et 11 jours; les valeurs extrêmes étaient de 1 mois et 9 jours et 1 an 5 mois et 22 jours.

---

Age	
Age moyen (+/- écart type)	9 mois et 1 jour (+ /- 5 mois et 14 jours)
Age médian	8 mois et 11 jours

---

tableau 1-1 : âges moyen et médian des enfants inclus

Il y avait 62,5% de garçons (25) pour 37,5% de filles (15), soit un ratio de 1,7.

Quarante pour cent des enfants (16) n'avaient pas de frère et sœur; pour les 60% restant nous n'avons pas relevé la taille de la fratrie.

Le niveau d'étude de la mère était sans aucun diplôme dans 15% des cas (6); niveau Brevet dans 22,5% des cas (9); niveau bac dans 30% des cas (12) et niveau études supérieures dans 34,5% cas (13).

L'enfant était suivi par un médecin généraliste dans 85% des cas (34); par un pédiatre dans 40% des cas (16); en PMI dans 12,5% des cas (5) et enfin par un autre professionnel de santé dans 5% des cas (2).

Chez les enfants dont la mère n'avait aucun diplôme, 100%(6) étaient suivis par le médecin généraliste et 16,7%(1) suivis par un pédiatre ; alors que chez les enfants dont la mère avait

fait des études supérieures, 69,2%(9) étaient suivis par un médecin généraliste et 76,9%(10) par un pédiatre.

Vingt pour cent des enfants (8) avaient déjà présenté une GEA.

Dix pour cent des enfants (4) avaient déjà été hospitalisés pour une GEA.

	n (%)
Sexe	
Féminin	15(37,5)
Masculin	25(62,5)
Niveau d'étude de la mère	
Sans diplôme	6(15)
Brevet	9(22,5)
Baccalauréat	12(30)
Etudes supérieures	13(34,5)
Suivi	
Médecin généraliste	34(85)
Pédiatre	16(40)
PMI	5(12,5)
Autre	2(5)
Antécédent de GEA	8(20)
Antécédent d'hospitalisation pour GEA	4(10)

tableau 1-2 : caractéristiques des enfants inclus

## 2. CONNAISSANCES SUR LES SYMPTOMES DE LA GEA (tableau 2)

Sur les 40 parents interrogés sur les symptômes de la GEA, 95%(38) citaient la diarrhée, 90%(36) des vomissements, 50%(20) de la fièvre, 5%(2) ne savaient pas.

Chez les parents citant les vomissements, 38(100%) citaient également la diarrhée.

Chez les parents citant la diarrhée, 36(94,7%) citaient également les vomissements.

Une information avait été donnée sur le GEA chez 11(27,5%) parents.

Cette information avait été donnée par un médecin généraliste dans 6 cas (15% des parents interrogés ; 54,5% des parents interrogés ayant reçu une information), par un pédiatre dans 3 cas (7,5% des parents interrogés ; 27,3% des parents interrogés ayant reçu une information) ; par la PMI dans 1 cas (2,5% des parents interrogés ; 9,1% des parents interrogés ayant reçu une information) ; par un autre moyen d'information dans 1 cas (2,5% des parents interrogés ; 9,1% des parents interrogés ayant reçu une information) . Aucun n'avait reçu une information par un pharmacien.

<b>Symptômes</b>		n (%)
Diarrhée		38 (95)
	avec vomissements	36 (94,7)
	sans vomissements	2 (5,3)
Vomissements		36 (90)
	Avec diarrhée	36 (100)
	Sans diarrhée	0 (0)
Fièvre		20 (50)
Ne sait pas		2 (5)
<b>Information</b>		
Oui		11 (27,5)
	par le médecin généraliste	6 (54,5)
	par le pédiatre	3 (27,3)
	par la PMI	1 (9,1)
	par le pharmacien	0 (0)
	autre	1 (9,1)
Non		29 (72,5)

tableau 2 : connaissance sur les symptômes de la GEA

### 3. CONNAISSANCES SUR LE TRAITEMENT DE LA GEA (tableau 3)

En traitement de la GEA, 82,5%(33) des parents citaient les anti diarrhéiques ; 80%(32) le SRO ; 62,5%(25) les antiémétiques; 62,5%(25) les antipyrétiques ; 30%(12) les règles hygiéno-diététiques; 5%(2) ne savaient pas.

Le traitement le plus important de la GEA était le SRO pour 55%(22) des parents ; les antipyrétiques pour 10%(4) ; le régime, les anti diarrhéiques et les antiémétiques obtenaient le même résultat de 2,5%(1) ; les parents ne savaient pas quel était le traitement le plus important dans 27,5% (11) des cas.

	Quels sont les traitements d'une GEA chez un nourrisson ? n (%)	Quel est le traitement principal ? n (%)
Anti diarrhéiques	33 (82,5)	1 (2,5)
Antiémétiques	25 (62,5)	1 (2,5)
Régime	12 (30)	1 (2,5)
Antipyrétiques	25 (62,5)	4 (10)
SRO	32 (80)	22 (55)
Ne sait pas	2 (5)	11 (27,5)

tableau 3 : connaissance sur les traitements de la GEA

### 4. CONNAISSANCES SUR LE SRO (tableau 4)

Les recommandations de la société française de pédiatrie préconisent la délivrance du SRO « frais, fractionné, et à volonté ». Nous avons voulu savoir si les parents avaient reçu et compris ces recommandations.

Dans notre échantillon 15 (37,5%) parents avaient eu un SRO prescrit pour l'un de leurs enfants

Parmi ces 15 parents, la modalité frais étaient choisie par 40% (6) des parents, la modalité fractionné par 53,3% (8), la modalité à volonté par 53,3% (8).

Ainsi, 6 parents connaissaient 2 ou 3 modalités de prise correctes (frais ; fractionné et à volonté); 9 parents connaissaient 1 ou aucune modalité de prise correcte.

Modalités d'administration des SRO	n(%)
Frais	6 (40,0)
Fractionné	8 (53,3)
A volonté	8 (53,3)
Ne sait pas	1 (6,7)
2 ou 3 modalités de prise correctes	6 (40,0)
1 ou aucune modalité de prise correcte	9 (60,0)

tableau 4 : connaissances sur le SRO

Par ailleurs, 87,5% (7) des enfants qui avaient présenté une GEA et 100% (4) de ceux qui avaient été hospitalisés pour une GEA, avaient reçu une prescription de SRO.

## 5. IMPACT DES FACTEURS (tableaux 5-1 à 5-5)

Nous avons étudié l'impact des facteurs sociologiques et des antécédents sur l'état des connaissances des parents. Pour rappel sur les 40 parents de l'étude, 55% des parents (22) avaient retenu le SRO comme traitement le plus important de la GEA chez le nourrisson.

### A. FACTEURS SOCIOLOGIQUES

#### 1. FRATRIE

Nous nous sommes demandé si les parents ayant plusieurs enfants étaient mieux informé que

les autres.

56,3% (9) des parents d'enfants n'ayant ni frère ni sœur considéraient le SRO comme traitement principal de la GEA chez le nourrisson contre 54,17% (13) des parents d'enfant ayant au moins un frère ou une sœur.

Nous avons réalisé un Test exact de Fisher afin de déterminer si il existait une différence entre ces deux populations ; nous n'avons pas trouvé de différence significative entre ces deux populations ( $p=1$ ).

Le SRO est le traitement le plus important dans la GEA du nourrisson. %(n)	
Enfant sans frère ni sœur	56,2(9)
Enfant ayant au moins un frère ou une sœur	54,12(13)

tableau 5-1 : SRO comme traitement principal et fratrie

## 2. NIVEAU D'ETUDE

Nous nous sommes demandé si le niveau d'étude de la mère influait sur l'état des connaissances des parents.

33,3% (2) des parents n'ayant aucun diplôme considéraient le SRO comme traitement principal de la GEA chez le nourrisson contre 66,7% (6) des parents ayant le niveau brevet (6), 41,7% (5) des parents ayant le niveau baccalauréat et 69,2% (9) des parents ayant fait des études supérieures. Nous avons alors regroupé les sous groupes en deux groupes distincts, un dont les mères n'avaient pas le niveau baccalauréat (aucun diplôme et niveau brevet) et un dont les mères avaient le niveau baccalauréat ou plus (niveau baccalauréat et niveau études supérieures).

Nous avons réalisé un Test exact de Fisher afin de déterminer si il existait une différence entre ces deux populations ; nous n'avons pas trouvé de différence significative entre ces deux populations ( $p=1$ ).

	Le SRO est le traitement le plus important dans la GEA du nourrisson. n(%)
Enfant dont la mère n'a aucun diplôme	2 (33,3)
Enfant dont la mère a le niveau brevet	6 (66,7)
Enfant dont la mère a le niveau baccalauréat	5 (41,7)
Enfant dont la mère a fait des études supérieures	9 (69,2)
Enfant dont la mère à moins que le niveau baccalauréat	8 (53,3)
Enfant dont la mère à au moins que le niveau baccalauréat	14 (56,0)

tableau 5-2 : SRO comme traitement principal et niveau d'étude de la mère

### 3. SUIVI MEDICAL

Nous avons voulu savoir si le fait que l'enfant soit suivi par un pédiatre favorisait les connaissances concernant le SRO.

50% (17) des parents dont l'enfant était suivi par un médecin généraliste considéraient le SRO comme traitement principal de la GEA chez le nourrisson contre 68,8% (11) des parents de ceux suivis par un pédiatre, 60% (3) de ceux suivis en PMI, 50% (1) de ceux au suivi autre.

Nous avons réalisé un test exact de Fisher afin de déterminer si il existait une différence entre les enfants suivi par un pédiatre et les autres ; nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence entre ces deux populations ( $p=0,2$ ).

	Le SRO est le traitement le plus important dans la GEA du nourrisson. %(n)
Enfant suivi par un médecin généraliste	50 (17)
Enfant suivi par un pédiatre	68,8 (11)
Enfant suivi en PMI	60 (3)
Enfant au suivi autre	50 (1)

tableau 5-3 : SRO comme traitement principal et suivi

## B. ANTECEDENTS

### 1. ANTECEDENT DE GEA

Nous avons voulu savoir si un antécédent de GEA chez l'enfant améliorerait la connaissance du SRO comme traitement principal de la GEA.

Soixante-quinze pour cent (6) des parents dont l'enfant avait déjà présenté une GEA considéraient le SRO comme traitement principal de la GEA chez le nourrisson contre 50% (16) des parents dont l'enfant n'avait jamais présenté de GEA.

Nous avons réalisé un Test exact de Fisher afin de déterminer si il existait une différence entre ces deux populations ; nous avons trouvé une différence significative entre ces deux populations ( $p=0,047$ ) ; l'odds ratio est de 5.7987 avec un intervalle de confiance à 95% [0.9066 ; 65.1103].

	Le SRO est le traitement le plus important dans la GEA du nourrisson. %(n)
Enfant ayant déjà présenté une GEA	75 (6)
Enfant n'ayant jamais présenté une GEA	50 (16)

tableau 5-4 : SRO comme traitement principal et antécédent de GEA



## 2. ANTECEDENT D'HOSPITALISATION POUR GEA

Nous avons étudié l'état de connaissances des parents dont les enfants avaient été hospitalisés pour une GEA.

50% (2) des parents dont l'enfant avait été hospitalisé pour une GEA considéraient le SRO comme traitement principal de la GEA contre 55,56 (20) de ceux dont l'enfant n'avait pas été hospitalisé. Nous avons réalisé un Test exact de Fisher afin de déterminer si il existait une différence entre ces deux populations ; nous n'avons pas trouvé de différence significative entre ces deux populations ( $p=0,61$ ).

---

Le SRO est le traitement le plus important dans la GEA du nourrisson. %(n)	
Enfant ayant été hospitalisé pour GEA	50 (2)
Enfant n'ayant pas été hospitalisé pour GEA	55,6 (20)

---

tableau 5-5 : SRO comme traitement principal et antécédent d'hospitalisation pour GEA

## DISCUSSION

### 1. PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ETUDE

#### A. DES PARENTS BIEN INFORMES SUR LA GEA

##### 1. LES PARENTS DE NOURRISSON AYANT DEJA FAIT UN EPISODE DE GEA SONT LES MIEUX INFORMES.

Notre étude semble montrer que les parents de nourrisson ayant déjà été confronté à une GEA considèrent significativement plus le SRO comme traitement principal de la GEA. Certes attendu, ce résultat montre toutefois que le message, une fois délivré par un professionnel de santé, est bien retenu par les parents de notre échantillon.

Cependant, cette donnée n'a que peu d'intérêt en pratique, car c'est souvent le premier épisode de GEA chez un nourrisson qui est le plus à risque.

##### 2. LA GEA : DES SYMPTOMES BIEN CONNUS DES PARENTS

Il apparaît que les parents questionnés connaissent bien les symptômes de la gastroentérite, sans pour autant déclarer avoir reçu une information par un professionnel de santé.

Sur les 40 parents interrogés sur les symptômes de la GEA 95%(38) citaient en effet une diarrhée, 90%(36) des vomissements, 50%(20) de la fièvre. Seuls 5%(2) ne savaient pas.

Chez les parents citant les vomissements, 38(100%) citaient également la diarrhée.

De bonnes connaissances des symptômes de la GEA avaient été relevées dans d'autres études.

Une étude togolaise (12) souligne ainsi que 100% des mères définissent la GEA comme de

« nombreuses selles liquides ». Une enquête téléphonique française retrouve également de bonne connaissance de la gastroentérite par les mères de nourrisson (13).

La plupart des parents déclarent pourtant ne pas avoir été informés sur la GEA par un professionnel de santé. Vingt-neuf de nos 40 parents disent ainsi n'avoir pas reçu d'information spécifique.

### 3. LE MEDECIN GENERALISTE, RELAIS PRINCIPAL DE L'INFORMATION

Une information avait été donnée à 11(27,5%) parents.

Cette information avait été donnée par un médecin généraliste dans six cas (15% des parents interrogés ; 54,6% des parents interrogés ayant reçu une information), par un pédiatre dans trois cas (7,5% des parents interrogés ; 27,3% des parents interrogés ayant reçu une information) ; par la PMI dans un cas (2,5% des parents interrogés ; 9,1% des parents interrogés ayant reçu une information) ; par un autre moyen d'information dans un cas (2,5% des parents interrogés ; 9,1% des parents interrogés ayant reçu une information). Aucun ne déclare avoir été informé par un pharmacien.

## B. UNE BONNE CONNAISSANCE DES TRAITEMENTS DE LA GEA

### 1. ANTI DIARRHEIQUES ET SRO, PREMIERS TRAITEMENTS CITES

En traitement de la GEA, 82,5%(33) des parents citaient les anti diarrhéiques et 80%(32) le SRO. Un résultat rassurant vu qu'il s'agit des deux traitements majeurs préconisés pour la GEA.

### 2. LE SRO CONSIDERE COMME LE TRAITEMENT LE PLUS IMPORTANT

Rassurant aussi, le fait que plus de la moitié des parents de notre étude citent le SRO comme traitement principal. Alors même que le SRO n'avait été prescrit que pour quinze parents (37,5%) sur quarante. La connaissance du SRO semble donc assez bien répandue auprès des parents de nourrissons qu'ils aient eu affaire ou non à un professionnel de santé ou à un précédent épisode de GEA.

Le traitement le plus important de la GEA était en effet le SRO pour 55%(22) des parents interrogés.

Seuls 17,5% des parents classent en tête un autre traitement : 10% citent comme traitement principal les antipyrétiques ; 2,5% le régime ; 2,5% les anti diarrhéiques ; 2,5% les antiémétiques.

### C. DES MODALITES DE DELIVRANCE DU SRO MAL CONNUES

Le SRO semble donc assez bien connu par les parents. Son mode d'administration l'est moins. Il est en effet préconisé de le délivrer frais, fractionné, et à volonté.

Sur le petit échantillon qui avaient reçu une prescription de SRO (quinze parents) ; seul six parents (40%) avaient deux ou trois modalités de prise correctes (frais ; fractionné et à volonté); neuf (60%) parents avaient une ou aucune modalité de prise correcte.

Sur ces modalités de délivrance, l'information donnée aux parents gagnerait sans doute à être plus précise.

## 2. LIMITES DE L'ETUDE

### A. LIMITES DE LA METHODE

#### 1. DES QUESTIONNAIRES NON RETOURNES

La période d'étude correspondant à la période épidémique, l'inclusion n'a pas pu être exhaustive.

#### 2. UN ECHANTILLON PARTIEL

Notre étude porte sur un petit échantillon. Qui plus est, la population des parents consultant aux urgences du CH Douai n'est sans doute pas entièrement représentative de la population générale. **(14) (15)**

Notre étude gagnerait à être élargie, quantitativement, à un échantillon de population plus important, ainsi qu'à d'autres régions, d'autres lieux de consultation.

#### 3. DES REPONSES ORIENTEES ?

Le questionnaire reproduit en annexe 1 comportait plusieurs questions orientées « SRO » ; le terme « soluté de réhydratation orale » figurant dans 5 questions ou réponses sur 13 ; on peut donc imaginer que certains parents ont considéré le SRO comme traitement principal de ce fait.

### B. LIMITES DE L'ANALYSE

L'échantillon est petit donc la puissance est faible et les conclusions statistiques peu satisfaisantes. De ce fait, certains critères socioéconomiques habituels de bonnes connaissances ne sont pas ressortis de l'étude.

Des tendances attendues se sont cependant dégagées :

- L'influence du niveau d'études :

Le SRO est le traitement le plus important dans la GEA du nourrisson pour 33,3% des parents quand la mère n'a aucun diplôme. Quand la mère a fait des études supérieures le taux monte à 69,2%.

- Le suivi médical :

Les parents dont l'enfant est suivi par un pédiatre semblent avoir une meilleure connaissance du SRO que ceux suivis par un médecin généraliste. En effet, le SRO est désigné comme traitement principal de la GEA par 50% des parents dont l'enfant est suivi par un médecin généraliste ; par 68,8% des parents quand l'enfant est suivi par un pédiatre. Cette tendance rejoint cependant la précédente. La population non diplômée est suivie par un généraliste dans 100% des cas ; par un pédiatre pour seulement 16,7% d'entre eux. Alors que les diplômés supérieurs font suivre leurs enfants par un pédiatre dans 76,9% des cas (69,2% de suivi par un médecin généraliste).

### 3. DONNEES DE LA LITTERATURE

#### A. UN PROBLEME MAJEUR DE SANTE PUBLIQUE

La GEA reste une maladie fréquente, à l'origine d'une mortalité importante y compris dans les pays développés.

Aux Etats-Unis, une étude de 1996 **(16)** estimait l'incidence de la GEA de 1.3 à 2.5 épisodes annuels chez les nourrissons. La GEA étant responsable de 300 décès par an aux Etats-Unis. Une autre étude relevait que 10% des hospitalisations d'enfants âgés de moins de 5 ans aux Etats-Unis avaient pour motif la GEA **(2)**.

En France, on estimait que la GEA était responsable de 60000 hospitalisation d'enfants de moins de 5 ans et à l'origine de 14 à 39 décès en 1997 **(19)**. Une autre étude menée la même année estimait le nombre de décès entre 45 à 80 dont les trois quarts chez les nourrissons **(17)**.

## B. COUT IMPORTANT, EN ARGENT MAIS AUSSI EN TEMPS

Une étude estimait le coût de prise en charge d'une GEA d'un nourrisson en ambulatoire à (166-476€) contre le double au SAU (334-770€); lorsque l'hospitalisation était nécessaire la facture s'élevait à 1525-2101€. Cette même étude estimait le coût en temps pour les parents de 2,3 à 7,5 jours **(18)**.

Une autre étude estimait le coût des hospitalisations à 62 millions € en 1997 (soit environ 1200 euros par hospitalisation) avec une durée moyenne de séjour de 4,1 jours chez l'enfant de moins de 1 ans **(19)**.

Enfin, concernant le temps de prise en charge, une étude réalisée en SAU estimait le temps de prise en charge d'un nourrisson se présentant aux urgences sans signe de déshydratation à 55min (30minutes de prise en charge par le personnel paramédical et 25 minutes par le personnel médical) et encore plus de temps si l'enfant était déshydraté. Elle retrouvait plusieurs pics de consultation en milieu de journée : ainsi, deux tiers (67%) des enfants consultaient sur un tiers de la journée (10h-18h). L'auteur concluait que le temps consacré au GEA pouvait poser problème en période épidémique **(20)**.

Enfin, une étude relevait que les cas de déshydratation représentaient la seconde affection en cause dans les plaintes après la méningite. Néanmoins, la prescription de SRO est peu prise en compte dans les jugements et/ou expertises des plaintes médico-légales sur des cas de déshydratation **(4)**.

## C. SRO : TRAITEMENT EFFICACE MAIS SOUS PRESCRIT

### 1. UN TRAITEMENT EFFICACE...

L'étude de N. Gavin et al. parue en 1996 **(3)** montre bien l'efficacité du SRO dans la grande majorité des épisodes de GEA du nourrisson. Elle prouve en effet que, quelle que soit la cause

et la physiopathologie de la diarrhée, il persiste dans la quasi-totalité des cas des capacités d'absorption intestinale des électrolytes et de l'eau. Le SRO permet de compenser par voie orale les pertes hydro électrolytiques fécales.

Par ailleurs, l'étude de H. Haas et al. de 2008 **(21)** constate que la réhydratation par voie orale est aussi efficace que la réhydratation par voie intraveineuse pour favoriser la prise de poids et réduire la durée d'hospitalisation.

## 2. ...MAIS SOUS PRESCRIT.

Médecins et parents ne semblent pas encore vraiment convaincus de l'importance du SRO.

Plusieurs enquêtes réalisées au courant des années 2000 révèlent qu'une large marge de d'amélioration est possible dans la prescription du SRO.

Certains professionnels de santé restent réticents à prescrire du SRO. Parfois au profit d'autres traitements : anti diarrhéiques, surtout, mais aussi antibiotiques, voire des traitements inadaptés.

Ainsi :

- Une enquête réalisée dans le cadre d'une thèse en 2005 sur la base de cas simulés de GEA auprès de médecins généralistes retrouvait 28% de médecins non prescripteurs de SRO. **(22)**
- Une enquête téléphonique menée sur 4 mois auprès de 65 médecins généralistes en Loire-Atlantique sur un cas clinique simulé d'un enfant de 9 mois présentant une GEA invasive montre que 79,6% prescrivent une SRO. **(23)**
- L'étude de S. Uhlen et al. de 2004 montre que les antibiotiques prescrits plus souvent en pratique que dans les recommandations. Dans cette enquête, 97% des pédiatres prescrivent un anti diarrhéique ; 63% des pédiatres prescrivent le SRO ; 66% prescrivent des régimes dont 47% un changement de lait **(24)**.



- Dans l'échantillon d'une enquête réalisée en 2004 dans la région Midi-Pyrénées, le SRO est proposé uniquement par 48.5% des réponders, une boisson inadaptée est proposée dans 71.3% des cas, l'arrêt de l'alimentation lactée est conseillé dans 40% des cas. 12,9% proposent un médicament inapproprié ou inadapté **(25)**.

De plus, plus les enfants avancent en âge, moins le SRO semble s'imposer.

- Une étude a été menée sur deux ans. Seuls 50% des nourrissons concernés ont reçu du SRO ; 60% du RACECADOTRIL. Si les prescriptions de SRO sont en augmentation sur la période, il reste que le SRO est moins prescrit avec l'âge, contrairement au RACECADOTRIL.
- Cette même étude fait aussi apparaître d'autres données intéressantes pour notre sujet : le SRO est moins donné en ville qu'à l'hôpital ; plus prescrit par les pédiatres que par les médecins généraliste (cela vient recouper les tendances relevées par notre étude). Il est également à noter que le SRO est moins prescrit si un anti diarrhéique est donné **(26) (27)**. Une autre enquête réalisée sur les enfants de moins de 2 ans ayant bénéficié d'une prescription de traitement anti diarrhéique en période épidémique note ainsi que seulement 23% ont reçu du SRO **(27)**.

## D. AUTRES TRAITEMENTS DE LA GEA

### 1. ANTIBIOTIQUES

Les antibiotiques gardent évidemment leur place dans le traitement de certaines diarrhées aiguës de nourrisson d'origine bactérienne. Les traitements probabilistes ont une place restreinte :

-les formes sévères avec bactériémies, dans les diarrhées invasives avec suspicion de bactériémie nécessitent une antibiothérapie pour traiter la septicémie en premier lieu

-les shigelles nécessitent toujours une antibiothérapie ; par céphalosporine de 3<sup>e</sup> génération ou fluoroquinolone en intraveineux dans les formes sévères ; per os par macrolide (AZITHROMYCINE) ou fluoroquinolone en l'absence de signe de gravité; il faut attendre les résultats bactériologiques avant traitement sauf si on relève des cas contacts

- pour les salmonelles, la fièvre typhoïde doit évidemment être traitée ; cependant le portage ne doit être traité que si l'enfant présente des risques liés à son âge (inférieur à 3 mois) ou son terrain (drépanocytaire ou déficit immunitaire)

-les diarrhées à *Campylobacter jejuni* nécessitent un traitement par macrolide (AZITHROMYCINE) **(28) (29)**.

## 2. ANTIDIARRHEIQUES

Le seul anti diarrhéique recommandé en première intention est le RACECADOTRIL (anti sécrétoire) **(33)** néanmoins d'autres molécules ont l'AMM chez le nourrisson : le DIOSMECTITE (agents intraluminaux) et le *Lactobacillus acidophilus LB* (probiotique) **(30)** ; plusieurs études relevait même l'utilisation de produit n'ayant pas l'AMM car potentiellement dangereux comme le LOPERAMIDE (bloqueur des fibres musculaires lisses avec petite activité anti sécrétoire) **(31)**. Le LOPERAMIDE provoque des iléus avec persistance de la sécrétion et des tableaux douloureux et/ou septiques.

## 3. VACCINATION

Le conseil supérieur de l'hygiène publique a publié un avis ne recommandant pas, chez les nourrissons, l'utilisation systématique des vaccins qui protègent des formes graves de

gastroentérite à rotavirus car les décès ne surviennent pas de façon fulminante mais après en moyenne un jour et demi d'évolution **(31)**.

La vaccination orale prévient de 95% des diarrhées sévères. Des études n'ont pas réussi à démontrer une incidence accrue d'invagination intestinale aigue. Par contre, le coût de la vaccination est de 150€ et n'est pas remboursé par la Sécurité Sociale **(29)**.

## E. REPRESENTATIVITE DES ETUDES REALISEES AUX URGENCES

Les motifs médicaux de consultation aux urgences pédiatriques ne diffèrent pas fondamentalement de ceux de médecine générale.

En effet la majorité des enfants se présentant au SAU repartent au domicile (69% des cas dans les CHG et 79% dans les CHU **(32)**).

On relèvera également que 80% des enfants sont amenés au SAU sans avoir été examiné par un médecin généraliste au préalable **(32)**, la raison principale évoquée étant l'urgence ressentie **(15)**. Cependant, la part de population qui aurait pu être prise en charge hors hôpital sans perte de chance a priori est environ 40% **(33)**.

On peut donc comprendre que les urgences pédiatriques sont un lieu privilégié pour mener des études sur la GEA, car elles sont un des maillons majeurs entre la ville et l'hôpital et que la population s'y présentant est représentative; ainsi plusieurs axes d'études peuvent y être réalisés : poids médical et économique des GEA ; évaluation des critères de gravité et de déshydratation ; évaluation des pratiques professionnelles ; évaluation de l'utilité des thérapeutiques **(14)**.

## CONCLUSION

### 1. PISTE DE REFLEXION : COMMENT AMELIORER LA DIFFUSION DE L'INFORMATION

En améliorant l'encadré de carnet de santé qui est le seul qui ne soit pas illustré,

En rendant la prescription du SRO systématique soit à la sortie de la maternité ; soit à la consultation du 1<sup>er</sup> mois (avant cette consultation, tout épisode GEA nécessite au strict minimum un passage au SAU/UHCD voire une hospitalisation systématique).

Le SRO devrait être disponible au domicile de tout nourrisson avant même le premier épisode de gastroentérite aigue **(31)**.

### 2. PISTE DE REFLEXION POUR AMELIORER LE PRODUIT « SRO » AFIN QUE D'AUTRE PRODUITS MOINS EFFICACES NE LUI SOIENT PAS SUBSTITUES

Il était noté plusieurs pistes d'améliorations possibles :

-la qualité gustative ;

-la diminution du débit des selles soit par l'instauration d'un SRO à base de céréales dans certaines diarrhées cholériques, soit par le couplage à un anti sécrétoire type

RACECADOTRIL,

-l'intérêt de certains additifs (zinc, fibres)

Néanmoins, il faut souligner qu'il existe une disproportion entre les efforts pour améliorer un produit déjà efficace mais sous utilisé **(34)**.

### 3. ETUDES POUVANT DECOULER DE CE TRAVAIL

On pourrait comparer la prescription du SRO dans la diarrhée à celle du PARACETAMOL dans la fièvre qui probablement est le traitement le mieux connu/accepté/utilisé pour une population de la même tranche d'âge, et qui est également en vente libre.

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

- (1) Programmes for control of diarrhoeal diseases, treatment of anti-diarrhoea. WHO/CDD/SEB/80,2, Rev1; 1984, Annexes 1-27
- (2) GLASS, Roger I., LEW, Judy F., GANGAROSA, Raymond E., et al. Estimates of morbidity and mortality rates for diarrheal diseases in American children. The Journal of pediatrics, 1991, vol. 118, no 4, p. S27-S33.
- (3) BOCQUET, A., BRESSON, J. L., BRIEND, A., et al. Traitement nutritionnel des diarrhées aiguës du nourrisson et du jeune enfant. Archives de pédiatrie, 2002, vol. 9, no 6, p. 610-619.
- (4) MARTINOT, A., NAJAF-ZADEH, A., PRUVOST, I., et al. Les décès par déshydratation aiguë du jeune enfant: les leçons de l'analyse d'une base de données de société d'assurances. Archives de pédiatrie, 2010, vol. 17, no 2, p. 182-183.
- (5) TURCK, D. [Prevention and treatment of acute diarrhea in infants]. Archives de pediatrie: organe officiel de la Societe francaise de pediatrie, 2007, vol. 14, no 11, p. 1375-1378.
- (6) Anonym. Water with sugar and salt. Lancet 1978; 2:300-1
- (7) MOUTERDE, O. Les solutions de réhydratation orale: Actualités sur la diarrhée aiguë de l'enfant. Revue internationale de pédiatrie, 1997, no 280-81, p. 22-26.
- (8) Report of an ESPGHAN working group. J Pediatr Gastroenterology Nutr 1992; 14:113-115
- (9) WHO 2001 Expert consultation on oral rehydration Salt Formulation. New York 2001
- (10) MARTINOT, A., DUMONCEAUX, A., GRANDBASTIEN, B., et al. Évaluation du traitement ambulatoire des diarrhées aiguës du nourrisson. Archives de pédiatrie, 1997, vol. 4, no 9, p. 832-838.
- (11) MARTINOT, A., HUE, V., EGO, A., et al. Modalités de réhydratation des diarrhées aiguës du nourrisson à l'hôpital. Impact de la présence permanente d'un pédiatre et d'une structure d'hospitalisation de courte durée. Archives de pédiatrie, 2001, vol. 8, no 10, p. 1062-1070.

- (12) DJADOU, K.-E., TSOLÉNYANU, A., KOFFI, S., et al. Connaissances des mères en matière de lutte antidiarrhéique à l'hôpital de Tsévié (Togo). *Archives de pédiatrie*, 2007, vol. 14, no 5, p. 494.
- (13) HAAS, H., OLIVES, J.-P., VIREY, B., et al. Enquête sur la perception de la gastro-entérite et de l'infection à *Rotavirus* par les mères en France. *Pathologie Biologie*, 2010, vol. 58, no 2, p. e43-e47.
- (14) MARTINOT, A., AUREL, M., PRUVOST, I., et al. L'épidémiologie clinique aux urgences peut-elle contribuer à améliorer la prise en charge des gastro-entérites aiguës du nourrisson?. *Archives de pédiatrie*, 2006, vol. 13, no 6, p. 555-557.
- (15) MARTINOT, A., BOSCHER, C., ROUSTIT, C., et al. Motifs de recours aux urgences pédiatriques: comment cette activité s'inscrit-elle dans le champ des soins ambulatoires?. *Archives de pédiatrie*, 1999, vol. 6, p. S461-S463.
- (16) MERRICK, Nancy, DAVIDSON, Bruce, et FOX, Steven. Treatment of acute gastroenteritis: too much and too little care. *Clinical pediatrics*, 1996, vol. 35, no 9, p. 429-435.
- (17) Prescrire rédaction. Diarrhée aiguë du nourrisson : La réhydratation orale est essentielle. *Rev Prescrire* 2000 ;20(207) :448-58
- (18) GIAQUINTO, Carlo, VAN DAMME, Pierre, HUET, Frédéric, et al. Costs of community-acquired pediatric rotavirus gastroenteritis in 7 European countries: the REVEAL Study. *Journal of Infectious Diseases*, 2007, vol. 195, no Supplement 1, p. S36-S44.
- (19) FOURQUET, F., DESENCLOS, J. C., MAURAGE, C., et al. Le poids médico-économique des gastro-entérites aiguës de l'enfant: l'éclairage du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI). *Archives de pédiatrie*, 2003, vol. 10, no 10, p. 861-868.
- (20) HAAS, H., SUAU, B., ALLAERT, F.-A., et al. Évaluation de la charge de travail induite aux urgences pédiatriques par les gastroentérites aiguës en période épidémique. *Médecine et maladies infectieuses*, 2008, vol. 38, no 12, p. 642-647.
- (21) GAVIN, Norma, MERRICK, Nancy, et DAVIDSON, Bruce. Efficacy of glucose-based oral rehydration therapy. *Pediatrics*, 1996, vol. 98, no 1, p. 45-51.
- (22) Akoétévi, Daniel-Kovi Amélioration des Pratiques Médicales dans les diarrhées aiguës du nourrisson. Essai d'une intervention auprès des médecins généralistes dans le secteur géographique d'Albert. Thèse de Doctorat en médecine. Lille 2005

- (23) LECHAT, E., JOBERT-GIRAUD, A., et CHASLERIE, A. SFP-P152–Hépatologie, gastro-entérologie et nutrition–Prise en charge ambulatoire de la gastro-entérite aiguë du nourrisson en Loire Atlantique. *Archives de Pédiatrie*, 2008, vol. 15, no 5, p. 988-989.
- (24) UHLEN, S., TOURSEL, F., et GOTTRAND, F. Traitement des diarrhées aiguës: les habitudes de prescription des pédiatres libéraux. *Archives de pédiatrie*, 2004, vol. 11, no 8, p. 903-907.
- (25) LAPEYRE-MESTRE, M. et PIN, M. Prise en charge de la diarrhée aiguë du nourrisson: enquête sur le conseil pharmaceutique à l'officine dans la région Midi-Pyrénées. *Archives de pédiatrie*, 2004, vol. 11, no 8, p. 898-902.
- ( 26) MODICA, M., VANHEMS, P., et FLORET, D. Traitements médicamenteux de la diarrhée aiguë des nourrissons en Rhône-Alpes. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 2008, vol. 56, no 5, p. 309.
- (27) MAGNY, J.-P. La réhydratation orale: transfert inverse de technologie. *Archives de pédiatrie*, 2005, vol. 12, no 12, p. 1804-1807.
- (28) GENDREL, D. et COHEN, R. Diarrhées bactériennes et antibiotiques: les recommandations européennes. *Archives de pédiatrie*, 2008, vol. 15, p. S93-S96.
- (29) TURCK, D. Prévention et traitement de la diarrhée aiguë du nourrisson. *Archives de pédiatrie*, 2007, vol. 14, no 11, p. 1375-1378.
- (30) CÉZARD, J. P., CHOURAQUI, J. P., GIRARDET, J. P., et al. Traitement médicamenteux des diarrhées aiguës infectieuses du nourrisson et de l'enfant. *Archives de pédiatrie*, 2002, vol. 9, no 6, p. 620-628.
- (31) MOUTERDE, O. Solutions de réhydratation orale et diarrhée aiguë: état des lieux. *Archives de pédiatrie*, 2007, vol. 14, p. S165-S168.
- (32) DEVICTOR, D., COSQUER, M., et SAINT-MARTIN, J. L'accueil des enfants aux urgences: résultats de deux enquêtes nationales « Un jour donné ». *Archives de pédiatrie*, 1997, vol. 4, no 1, p. 21-26.
- (33) Gueguen Marie José. Recours aux urgences pédiatriques de CHRU de Brest : Analyse du comportement des usagers et de leur prise en charge. Axes d'amélioration. Thèse de Doctorat en médecine. Vannes : Université de Brest, 2012, 109 p.



(34) MARTINOT, A., HALNA-TAMINE, M., GUIMBER, D., et al. Freins à l'application des recommandations: l'exemple des solutions de réhydratation orale. Archives de pédiatrie, 2004, vol. 11, no 6, p. 712-713.

## Annexe 1 : Questionnaire réalisé en filière pédiatrique des urgences du C.H de Douai

Madame, Monsieur, je réalise une étude dans le cadre de ma thèse de médecine sur la gastroentérite aiguë chez les nourrissons du Douaisis. Je vous remercie de bien vouloir remplir ce questionnaire dont les données seront traitées de façon anonyme. En vous remerciant de votre participation !

### 1a) Par qui votre enfant est-il suivi: (plusieurs réponses possibles)

Médecin généraliste      Pédiatre      Centre de PMI      Autre

### 1b) Votre enfant a-t-il des frères et sœurs ?

OUI      NON

### 1c) Quel est le niveau d'étude de la mère de l'enfant ?

Aucun diplôme      Brevet des collèges      Baccalauréat (ou équivalent)      Etudes supérieures

### 2a) Quels sont les symptômes d'une gastroentérite aiguë ? (Plusieurs réponses possibles)

Diarrhée      Vomissement      Fièvre      Je ne sais pas

### 2b) Quel est le traitement d'une gastroentérite aiguë chez un nourrisson ? (Plusieurs réponses possibles)

Antidiarrhéique (contre la diarrhée)      Antiémétique (contre les vomissements)      Régime adapté

Antipyrétique (contre la fièvre)      Soluté de réhydratation orale      Je ne sais pas

### 2c) Quel est le traitement le plus important chez un nourrisson ? (Une seule réponse)

Antidiarrhéique (contre la diarrhée)      Antiémétique (contre les vomissements)      Régime adapté

Antipyrétique (contre la fièvre)      Soluté de réhydratation orale      Je ne sais pas

**2d) Avez vous déjà bénéficié d'une information concernant les signes de gravité, de déshydratation et/ou le traitement de la gastroentérite du nourrisson ?**

OUI                      NON                      Je ne sais pas

**2e) Si OUI, qui vous a délivré cette information ? (si NON, question suivante)**

Médecin généraliste                      Pédiatre                      Centre de PMI                      Pharmacien                      Autre

**3a) Votre enfant a-t-il déjà présenté une gastroentérite aigue ?**

OUI                      NON                      Je ne sais pas

**3b) Si OUI, votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé pour une gastroentérite aigue ? (si NON, question suivante)**

OUI                      NON                      Je ne sais pas

**4a) Un soluté de réhydratation orale a-t-il déjà été prescrit à votre enfant?**

OUI                      NON                      Je ne sais pas

**4b) Si un soluté de réhydratation orale vous a déjà été prescrit, quelles sont les modalités de prise de ce traitement ? (plusieurs réponses possibles)**

Frais                      Fractionné (par petites quantités)                      A volonté                      Je ne sais pas

**4c) Si un soluté de réhydratation orale vous a déjà été prescrit, qui vous a informé sur les modalités de prise de ce traitement ? (plusieurs réponses possibles)**

Médecin généraliste                      Pédiatre                      Centre de PMI                      Pharmacien                      Autre

## Annexe 2 : Carnet de santé (page 22)



### A partir de trois mois\*, que faire ?

#### Si votre enfant a de la fièvre

La fièvre, qu'est-ce que c'est ?  
Une température supérieure à 38°.

Que faire ?

- Habillez-le très légèrement (ne lui mettez pas de turbulette ou de surpyjama pour dormir).
- Faites-le boire plus souvent que d'habitude.
- Ne chauffez pas trop sa chambre (entre 18 et 20°C).



Avant de donner un médicament pour faire baisser la fièvre (antipyrétique), vérifiez toujours si votre enfant n'a pas déjà reçu le même sous un autre nom ou une autre forme.

Ne donnez qu'un seul antipyrétique.

Respectez strictement les précautions d'emploi figurant sur la notice, les doses correspondant au poids de votre enfant et les délais entre les prises.

Si votre enfant se comporte comme d'habitude :  
il joue, bouge, mange, il ne vomit pas.

- ce n'est pas indispensable de lui donner un médicament pour faire baisser la fièvre s'il la supporte bien.
- Si nécessaire, donnez-lui un médicament conseillé par votre médecin ou votre pharmacien.

Si, malgré ces mesures, votre enfant a toujours de la fièvre au bout de 48 heures, il faut consulter votre médecin.

Si votre enfant :

- a un comportement inhabituel, est abattu ou moins réactif,
- si l'aspect de sa peau a changé, s'il rougit, pâlit, a des petits boutons.

Consultez immédiatement votre médecin.

#### Si votre enfant a une diarrhée

La diarrhée, qu'est-ce que c'est ? Une modification brutale du nombre et de la consistance des selles (plus nombreuses et plus liquides).

Que faire ?

Dans tous les cas, donnez-lui à boire un soluté de réhydratation orale\*\* (SRO) au début tous les quarts d'heure et prenez sa température régulièrement.

Si votre enfant se comporte comme d'habitude :  
il joue, bouge, mange, il ne vomit pas, surveillez-le pendant 48 heures.

Si votre enfant est toujours malade au bout de 48 heures, il faut consulter votre médecin.

Si votre enfant :

- a des vomissements persistants,
- refuse toute alimentation,
- a une température supérieure à 38,5°C,
- est très fatigué,
- n'est pas comme d'habitude,
- a du sang dans les selles.

Consultez immédiatement votre médecin.

\*\*SRO, disponible sans ordonnance en pharmacie : un sachet à diluer dans 200 ml d'eau fraîche non sucrée.

### **Annexe 3 : Extrait des recommandations du comité de nutrition de la Société française de pédiatrie**

-la gravité potentielle de la diarrhée aiguë du nourrisson reste un problème de santé publique en France et doit être constamment soulignée auprès des familles et des professionnels de santé, avec en premier lieu le risque de déshydratation ;

-la prescription par les médecins et l'utilisation par les familles des SRO doit être systématique chez tout nourrisson débutant une diarrhée aiguë ;

il faut utiliser exclusivement les SRO disponibles en officine, et proscrire l'utilisation de solutions « maison » reconstituées de façon artisanale, a fortiori de l'eau pure ou des boissons gazeuses à base de cola ;

-il n'y a pas de justification d'arrêter l'allaitement maternel chez un nourrisson présentant une diarrhée aiguë ;

-il n'y a pas de justification à retarder la réintroduction de l'alimentation au-delà de quatre heures de réhydratation orale exclusive chez un nourrisson présentant une diarrhée aiguë, nourri avant l'apparition de la diarrhée par une préparation pour nourrisson ou une préparation de suite ;

chez un nourrisson de plus de quatre mois eutrophique, sans antécédents pathologiques, et présentant une diarrhée d'intensité faible ou modérée, il est licite d'utiliser, pour la réalimentation, le lait qu'il recevait avant le début de la diarrhée, avec une reconstitution d'emblée normale.

-chez un nourrisson de plus de quatre mois, l'utilisation d'une préparation sans lactose, à base de lait de vache ou à base de soja, est indiquée pendant une à deux semaines en cas de diarrhée sévère, de diarrhée trainante, d'une durée supérieure à cinq à sept jours, ou de diarrhée récidivante, soit dans 10 à 15 % des cas ;

chez le nourrisson de moins de quatre mois, l'absence d'études contrôlées ne permet pas de proposer des recommandations étayées. Il est préférable d'utiliser d'autant plus volontiers pour la réalimentation un substitut du lait à protéines hydrolysées que la diarrhée est plus sévère et l'enfant plus jeune, qu'il existe des antécédents familiaux d'allergie ou des antécédents personnels de prématurité, de retard de croissance intra-utérine ou de pathologie chronique.

**AUTEUR : Nom : Bardis**

**Prénom : Alexandre**

**Date de Soutenance : 10 mars 2014**

**Titre de la Thèse : ETAT DES CONNAISSANCES DES PARENTS DE NOURRISSON SUR  
LA GASTROENTERITE ET SON TRAITEMENT**

**Thèse - Médecine - Lille 2014**

**Cadre de classement : DES de Médecine générale**

**Mots-clés : soluté de réhydratation orale, gastroentérite aigüe**

**Résumé :**

**Contexte :**

La gastroentérite aigüe (GEA) du nourrisson est une affection fréquente et coûteuse pour laquelle il existe un traitement efficace, le soluté de réhydratation orale (SRO). En dépit de progrès réguliers, la réhydratation orale est encore insuffisamment prescrite par les médecins et/ou utilisée par les familles.

Dans ce contexte, nous avons voulu évaluer les connaissances des parents de nourrisson concernant les symptômes, le traitement et les modalités d'administration du traitement de la GEA du nourrisson et de mesurer l'impact de facteurs sociaux et d'antécédents sur ces connaissances.

**Méthode :**

Nous avons réalisé une étude observationnelle, prospective, monocentrique, au sein du service des urgences pédiatriques du Centre Hospitalier de Douai. Elle a été réalisée du 24 mars au 8 avril 2011 à l'aide de questionnaire complété par des parents de nourrisson.

**Résultats :**

Le recueil de données portait sur 40 questionnaires. Les symptômes de la GEA étaient connus par la majorité des parents (diarrhée citée par 95% des parents ; vomissement par 90%). Le SRO était reconnu comme traitement de la GEA par 80% des parents, 55% le considérait même comme traitement principal. Seul 40% des parents qui avaient eu une prescription de SRO pour leur nourrisson en connaissaient les modalités d'administration. Les parents de nourrisson ayant déjà été confronté à une GEA considèrent significativement plus le SRO comme traitement principal de la GEA (odds ratio=5,8).

**Conclusion :**

Le SRO est relativement bien connu des parents de nourrisson, il devrait être disponible au domicile de tout nourrisson avant même le premier épisode de gastroentérite aigüe.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur D. Turck**

**Asseseurs : Monsieur le Professeur A. Martinot ; Monsieur le Professeur J.-M. Lefebvre ; Monsieur le Professeur N. Kalach ; Madame le Docteur T. Heuclin**