

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2016

N° 033

EXCLU
DU PRÊT

THESE

pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
(DES DE MEDECINE GENERALE)**

par

Solenne RIOUAL

née le 7 octobre 1988 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 5 juillet 2016

TITRE:

**Concordance des prescriptions dans la prise en charge pré-hospitalière de la gastro-entérite
aiguë virale de l'enfant par rapport aux recommandations européennes. Déterminants de
prescription.**

EXCLU
DU PRÊT

Président: Madame Le Professeur Christèle GRAS-LE GUEN

Directrice de thèse: Madame Le Docteur Bénédicte VRIGNAUD

Remerciements

Madame le Professeur Christèle GRAS-LE GUEN, Professeur des universités de pédiatrie du CHU de Nantes.

Vous me faites l'honneur de juger et de présider cette thèse, veuillez trouver aujourd'hui l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

Madame le Docteur Elise LAUNAY, Maître de conférence des universités et praticien hospitalier de pédiatrie du CHU de Nantes.

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse, veuillez trouver aujourd'hui l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Cédric RAT, Maître de conférence des universités au département de médecine générale de la faculté de Nantes et médecin généraliste.

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse, veuillez trouver aujourd'hui l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

Madame le Docteur Bénédicte VRIGNAUD, praticien hospitalier de pédiatrie au CHU de Nantes.

Merci pour ta collaboration active dans ce projet et pour ton enthousiasme. Merci pour ta disponibilité, ta patience, ta gentillesse tout au long de ce travail de thèse.

Merci pour m'avoir formée et soutenue durant mon semestre aux urgences pédiatriques.

A l'ensemble de mes co-internes et des séniors des urgences pédiatriques qui m'ont aidée lors de l'inclusion des enfants.

A l'ensemble des médecins généralistes qui ont accepté de prendre le temps de répondre à mon questionnaire et qui ont donc contribué à ce travail de thèse.

Aux **Docteur PRAUD et SURRAULT** qui ont su me donner le goût de la médecine générale.

A **toute l'équipe de la PASS**, pour cet enrichissant semestre et cette belle cohésion au sein de votre équipe.

A toute l'équipe de pédiatrie du **Taaone** et plus particulièrement au **Docteur Jérôme PASCHE**, merci pour cette magnifique parenthèse polynésienne qui m'a tant apportée. Merci à toi Jérôme pour ton humanité, ta gentillesse, ta disponibilité et tes blagues qu'on ne comprend pas toujours mais qui nous font quand même rire!

A **Léa** qui me suit depuis le début, à cette coloc, ces tup microscopiques, mon bordel pendant les révisions, ces fous rires multiples et cette belle amitié solide qui s'est tissée entre nous.

A **Thomas** qui m'a supporté pendant mon externat avec beaucoup de bienveillance et que j'apprécie beaucoup.

A mes croquettes préférées: **Elise, Mougin, Clémentine et Charlotte**. Merci pour tous ces moments. En espérant que cela continue encore et encore. Je vous aime les meufs.

A **JP**, alias Fifi, pour m'avoir accompagnée depuis «abdo 1» et qui reste un ami fidèle que j'aime et respecte beaucoup.

A **Jimmy, Maximilien, Juliette, Julie et Morgane**, même si l'internat nous a séparés, je garde de magnifiques souvenirs de l'externat passé à vos côtés.

Aux **luçonnais**, car Luçon ville gourmande. Merci pour ce premier semestre que je n'oublierai jamais.

A **Pannetoche**, car tu n'as toujours pas payé tes ...!

A **Clémentine et Camille**, de Uhuru Peak en passant par Zanzibar ou le mont Toubkal (et Châteaubriant!), votre amitié est toujours présente. Merci pour ces merveilleux moments et toutes ces situations «grotesques»!

A **Solène**, pour cette amitié depuis le lycée, en espérant que ce nouveau départ t'apportera sérénité et bonheur.

A **mon Sim**, pour cette belle amitié, pour David Chaignon et Seasons, pour tes histoires qui n'en finissent jamais, pour ta gentillesse, ta disponibilité, pour tous ces moments de rire. En espérant que ton projet avec Maeva aboutisse et que tu puisses à ton tour découvrir la vie au fenua.

A **Anne-So**, pour tous ces bons moments passés avec toi, pour ta gentillesse et ta bienveillance.

Pour toute la fidèle équipe de Saint Nazaire: **Loulou, Elo, Julie, La Guen, Lulu, Océ, Antoine, Elise, Dédé, Quentin et Mathou**, pour m'avoir accueillie à bras ouverts et avoir su me faire une place au sein de votre fine équipe!

Pour le CAT: **Joseph, Anne-So, Hugo, Bérénice, Kat, Gabou, Caroline et Thomas**, des mecs j'en ai connus, mais des comme vous JAMAIS! Pour tous ces moments que ce soit à Tahiti ou à Chamonix, j'ai hâte de tous vous retrouver au mariage de la Chole et de Miquel!

A **mes grands-parents**, pour tout leur amour et leur soutien.

A mes sœurs, **Marine et Lauranne**, que j'aime profondément. Je serai toujours là pour vous les girls.

A **mes parents**, pour cette vie que vous m'avez offerte. Pour votre soutien, votre confiance, et votre amour que vous m'avez toujours donnés.

A **Nico**, mon tane, Mauruuru roa pour ce beau voyage qu'on a entrepris ensemble depuis plus de deux ans. Ua here vau ia oe.

Table des matières

Remerciements	4
1-Introduction.....	9
2-Matériel et Méthode.....	11
2.1-Méthodologie générale de l'étude.....	11
2.2-Description de la population éligible.....	11
2.3-Objectifs et critères de jugement.....	12
2.3.1-Objectif principal.....	12
2.3.2-Objectifs et critères d'évaluation secondaires.....	12
2.4-Recueil des données.....	14
2.5-Traitement des données.....	15
2.6-Description des méthodes statistiques prévues.....	15
2.7-Aspects administratifs et réglementaires.....	16
3-Résultats.....	16
3.1-Population étudiée.....	16
3.2-Évaluation aux urgences.....	20
3.3-Prise en charge aux urgences.....	20
3.4-Caractéristiques des médecins libéraux réponders.....	21
3.5-Évaluation des facteurs de risque d'hospitalisation	22
3.6-Déshydratation et perte de poids en fonction de la prescription antérieure de SRO.....	22
3.7-Évaluation et déterminants de concordance globale.....	22
3.7.1-Évaluation de la concordance globale.....	22
3.7.2-Déterminants de concordance globale.....	23
3.7.3-Déterminants de la prescription de SRO.....	25
4-Discussion.....	28
5-Conclusion.....	32
6-Bibliographie.....	33
7-Annexes.....	36
7.1-Annexe 1: Note d'information pour la participation à la recherche.....	36
7.2-Annexe 2: Questionnaire parents.....	38
7.3-Annexe 3: Questionnaire médecin	39
7.4-Annexe 4: Questionnaire à l'attention des médecins libéraux.....	40

1-Introduction

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la diarrhée aiguë par l'émission de plus de 3 selles par jour molles ou liquides, évoluant depuis moins de 14 jours. Cette définition a ses limites chez le nourrisson et chez le nouveau-né chez qui la consistance et la fréquence des selles changent en fonction de l'âge et de l'alimentation.(1) Dès lors toute accélération du transit avec changement de consistance des selles ou apparition de rectorragie doit faire évoquer le diagnostic.(2) La gastro-entérite aiguë (GEA) peut être d'origine bactérienne ou virale. Les principaux virus impliqués sont le rotavirus, le norovirus, l'astrovirus et l'entérovirus. Le rotavirus est le premier agent des diarrhées sévères. Dans les pays où le taux vaccinal contre le rotavirus est élevé, le norovirus devient le 1er agent responsable des GEA. En ce qui concerne les diarrhées bactériennes, les principaux agents pathogènes sont les salmonelles et les campylobacter. (3)

Les GEA infectieuses constituent chez l'enfant un problème mondial de santé publique. Responsables d'une importante morbidité dans les pays riches, elles constituent une cause majeure de mortalité chez les moins de 5 ans dans les pays en développement malgré l'utilisation massive de solutés de réhydratation (SRO). On considère que dans le monde, un enfant a en moyenne 3 épisodes de gastro-entérite par an et que chaque année, le nombre d'épisode de diarrhées chez le moins de 5 ans s'élève à 2 500 000 000.(1) Il existe 1,5 million de décès annuels dans le monde et la GEA constitue la 3ème cause de mortalité chez le moins de 5 ans dans les pays à faible revenu en 2004.(4) En Europe, l'incidence des GEA est de 0.5 à 2 épisodes par enfant de moins de 3 ans par an.(3) Le Rotavirus est mis en cause dans 30 à 40% des diarrhées aiguës communautaires et 40% des diarrhées nosocomiales.(5) On estime que le Rotavirus affecte 95% des enfants de moins de 5 ans non vaccinés.(6) Les GEA à Rotavirus (GEARV), sont responsables au niveau mondial de 111 millions d'épisodes annuels, 25 millions de consultations, 2 millions d'hospitalisations et provoquent le décès de plus de 600 000 enfants âgés de moins de 5 ans. Un enfant sur 5 nécessitera une consultation, 1 sur 65 une hospitalisation et 1 sur 293 en décédera dans le monde. On considère à 3,6 millions le nombre de GEARV qui surviennent chaque année chez les 23,6 millions d'enfants européens âgés de moins de 5 ans, nécessitant 700 000 consultations de ville et 87 000 hospitalisations. Il persiste 230 décès annuels.(7) (8)

Au niveau national, les infections à rotavirus sont responsables chaque année d'environ 300

000 épisodes de diarrhées aiguës chez les moins de 5 ans dont 160 000 diarrhées sévères entraînant 13 à 14 décès annuels. Elles sont à l'origine de 138 000 consultations et de 18 000 hospitalisations.(7)(9)(10) Dans le Nord Pas de Calais, la déshydratation liée à la GEA est la première cause de mortalité évitable chez les enfants admis dans un service de réanimation pédiatrique.(11)

Se pose également la question du coût de la GEA, tant au niveau de la sécurité sociale qu'au niveau sociétal. Le coût annuel chez les moins de 5 ans toute GEA confondue s'évalue à 100 millions d'euros dont la moitié à la charge de l'assurance maladie.(12) Une étude française a estimé que d'un point de vue de l'Assurance maladie, le coût moyen d'un épisode de GEARV était de 1270 euros pour une hospitalisation, 80 euros pour un passage aux urgences, et 34 euros pour une consultation en médecine de ville. Les coûts non remboursables par l'Assurance maladie (principalement dus à la perte de productivité) s'élevaient à 255 euros pour l'hospitalisation, 254 euros pour les urgences et 287 euros pour la médecine de ville. En moyenne, un parent au moins avait dû s'arrêter de travailler (2,3 jours à 3 jours en moyenne). (13)

L'étude du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) a montré un taux annuel d'hospitalisation de 1385 cas/100 000 enfants de moins de 5 ans, une durée moyenne d'hospitalisation de 3,2 jours et un coût total estimé en 1997 à 62 millions d'euros.(14) Les épidémies de GEA sont également responsables d'une charge de travail importante tant en soins primaires qu'au niveau hospitalier. Une étude française a évalué la charge de travail induite aux urgences pédiatriques (UP) par les GEA en période épidémique. Cette étude multicentrique a inclus 443 enfants. Lors de la consultation, les symptômes évoluaient depuis 2,7 jours en moyenne et 60,7% des enfants avaient déjà bénéficié d'une consultation pour le même épisode en libéral. La médiane du temps d'attente aux urgences avant la prise en charge était de 15 minutes. En cas de signe de déshydratation sévère, la médiane était à 7 minutes. Le temps médian consacré à la prise en charge de l'enfant était de 55 minutes: 25 minutes de temps médical et 30 minutes de temps paramédical.(15) En 2006, 39% des moins de 12 ans avaient consulté pour une maladie infectieuse. Le motif «diarrhée» (30% des moins de 2 ans) représentait 11% de l'action «urgente» des médecins libéraux.(12) (16)

Devant ce problème de santé publique, L'ESPGHAN (European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition) et L'ESPID (Société Européenne des maladies infectieuses pédiatriques) ont établi des recommandations dans la prise en charge de la GEA

de l'enfant en 2008, avec une mise à jour en 2014.(2) (3)

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la concordance des prescriptions de la gastro-entérite aiguë, en médecine libérale, par rapport aux recommandations européennes et de déterminer un score global de concordance. Cette concordance s'articulait autour de la prescription de SRO ainsi que des autres thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses.

Cette étude avait également pour but de mettre en évidence des déterminants de prescription de SRO et de concordance globale ainsi que d'évaluer les connaissances et le ressenti des médecins généralistes sur ces recommandations.

2-Matériel et Méthode

2.1-Méthodologie générale de l'étude

Cette étude fut monocentrique, prospective et non interventionnelle. Cent vingt enfants de 0 à 5 ans, consultant aux UP du CHU de Nantes du 18 février 2014 au 2 avril 2015 pour un épisode de GEA et ayant déjà eu recours à une consultation en soins primaires pour ce même épisode furent inclus.

2.2-Description de la population éligible

Les enfants âgés de 0 à 5 ans consultant aux UP pour un épisode de GEA et ayant déjà bénéficié d'une consultation en soins primaires pour le même motif étaient éligibles. Leur identification était réalisée par l'infirmier d'accueil ou directement par les médecins examineurs.

Leur inclusion était réalisable si leur âge était inférieur à 5 ans, et si ils consultaient pour une GEA pour laquelle ils avaient déjà vu un médecin en soins primaires.

La GEA était définie par une augmentation de la fréquence des selles (> ou = 3 par 24 heures) et/ou par une modification de leur consistance (molles ou liquides). De la fièvre et/ou des vomissements pouvaient y être associés.

L'inclusion était faite à l'appréciation du médecin.

Le taux d'enfants à inclure fut calculé selon une évaluation du pourcentage de SRO prescrit attendu. En effet, en se basant sur les données de la littérature, ce taux était de 70% IC 95% [60-80] et a nécessité donc une inclusion de 120 enfants.

Les enfants furent inclus du 18 février 2014 au 2 avril 2015.

Seul le refus parental de participer à l'étude occasionnait la non inclusion des enfants.

Les enfants pour qui ils manquaient des informations lors du recueil des données étaient exclus secondairement.

2.3-Objectifs et critères de jugement

2.3.1-Objectif principal

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la concordance des prescriptions pour la gastro-entérite par les médecins libéraux, notamment du SRO, comme préconisé par les recommandations européennes.

2.3.2-Objectifs et critères d'évaluation secondaires

L'objectif secondaire était d'évaluer également les autres thérapeutiques prescrites par rapport aux recommandations européennes et de déterminer un degré de concordance globale.

Cette étude avait également pour but de mettre en évidence des déterminants de prescription de SRO et de concordance globale ainsi que d'évaluer les connaissances et le ressenti des médecins généralistes sur ces recommandations.

Les prescriptions faites par les médecins libéraux furent comparées par rapport aux recommandations européennes. Cela permit d'établir un score global de concordance ou de discordance de prescriptions.

Les recommandations européennes (2) (3) rappellent que:

La réhydratation de l'enfant doit se faire par des SRO à osmolalité faible ou réduite et doit être mise en œuvre dès que possible. Le SRO doit être donné à volonté. La réhydratation doit se

faire un maximum per os. Si cette dernière est impossible, une réhydratation entérale ou parentérale doit être envisagée. La réhydratation entérale est aussi efficace et mieux tolérée que la réhydratation parentérale et doit être donc privilégiée. Elle a moins d'effet indésirable et permet une durée d'hospitalisation plus courte. Cette dernière peut être rapide sur 3 à 6 heures ou standard sur 24 heures. La réhydratation IV est requise si il existe un état de choc, une altération de la conscience, un iléus ou une distension abdominale ou si il persiste des vomissements malgré une sonde naso-gastrique.

La réalimentation doit être précoce et ne doit pas être interrompue plus de 4 à 6 heures. Des études contrôlées ont démontré en 1997, que la réalimentation rapide accroît la régénération entérocytaire, favorise la formation d'enzymes digestifs et le maintien de l'activité des dissacharidases (dont la lactase), améliore l'absorption des éléments nutritifs, et diminue le risque d'augmentation de la perméabilité intestinale (pouvant favoriser l'allergie aux protéines de lait de vache chez les jeunes nourrissons et en cas de diarrhée sévère à rotavirus). (17) En ce qui concerne la réalimentation, une alimentation normale doit être poursuivie. Le régime BRAT (bread, rice, apple, toast) n'est pas recommandé. L'utilisation d'une alimentation sans lactose n'est également pas recommandée. L'utilisation d'un lait sans lactose pendant 1 à 2 semaines chez l'enfant de plus de 4 mois en cas de diarrhées sévères et/prolongées ou chez des enfants ayant un terrain à risque (prématurité, RCIU, pathologie chronique) peut être envisagée. Chez l'enfant de moins de 4 mois, un hydrolysate peut être utilisé même si l'absence d'études contrôlées ne permet pas de conclure à sa supériorité.(18).

Les investigations microbiologiques ne sont généralement pas utiles. Elles doivent être réalisées si les diarrhées sont prolongées (>14 jours), si il s'agit d'un syndrome dysentérique, si on retrouve à l'interrogatoire la notion de voyage récent en pays tropical, ou si l'enfant est immunodéprimé.

L'antibiothérapie est recommandée dans le traitement des shigelloses suspectées (contage familial) ou confirmées, au stade précoce de l'infection à *Campylobacter*, et dans les cas de salmonelloses septiques ou chez des enfants à risque.(19) Une infection par le choléra doit être traitée également par antibiothérapie.

Le racécadotril (Tiorfan®) réduit faiblement l'émission des selles et la durée de la diarrhée. Il peut être envisagé dans le traitement de la GEA, en adjuvant du SRO.(20) (21) Il en est de même pour le diosmectite (Smecta®). Les autres anti-diarrhéique notamment le Lopéramide

ne sont pas recommandés.

De même, les anti-émétiques ne sont pas recommandés.

Les probiotiques à doses adaptées réduisent la durée et l'intensité des symptômes. Seuls *Saccharomyces boulardii* (Ultra-levure®) et *Lactobacillus GG* ont démontré leur efficacité. *Lactobacillus acidophilus* (Lactéol®) ainsi que *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 ont quant à eux montré un très faible niveau d'évidence et sont donc faiblement recommandés.(22) Les synbiotiques et les prébiotiques ne sont pas recommandés.

Le caractère concordant ou non de la prise en charge pré-hospitalière a été évalué à l'aide des recommandations européennes. L'évaluation de cette concordance s'est articulée autour de la prescription de SRO, et également sur l'éventuelle prescription en adjuvant de SRO de probiotiques et/ou de racécadotril et/ou de diosmectite, l'absence de prescriptions associées (notamment d'anti-émétiques, d'anti-diarrhéiques et de prokinétiques). L'absence de régime spécifique ou de modification inadaptée du lait ainsi que l'absence de coproculture furent également pris en compte dans les critères de concordance et furent évaluées. Le gold-standard a été déterminé par le rédacteur de ce travail de thèse en se basant stricto sensu aux recommandations européennes citées ci-dessus. La concordance fut également déterminée par 2 experts indépendants (un pédiatre hospitalier et un médecin généraliste), à l'aveugle l'un de l'autre.

2.4-Recueil des données

Les déterminants dans la prescription de SRO et des autres thérapeutiques étaient recherchés par questionnaires. Deux questionnaires furent réalisés.

Le premier était remis aux parents de l'enfant inclus et comportait les données suivantes:

Déterminants familiaux: âge des parents, niveau d'étude, exercice d'une activité professionnelle;

Déterminants propres à l'enfant: âge, sexe, fratrie et place au sein de celle-ci, antécédent de prématurité ou d'allergie, voyage récent à l'étranger, mode de garde et allaitement maternel;

Chronologie de la maladie: date du début des symptômes, vomissements et/ou fièvre associés, nombre de diarrhées et de vomissements quotidiens, présence de rectorragie, délai entre le début des symptômes et la première consultation médicale, nécessité d'une deuxième consultation en libéral.

Un deuxième questionnaire était rempli secondairement par le médecin réalisant l'examen médical. Les prescriptions faites lors de la première consultation, l'évaluation de la gravité de la GEA et la prise en charge aux UP de l'épisode étaient mentionnés dans ce questionnaire.

Le recueil des données concernant les médecins prescripteurs s'est fait ultérieurement à l'aide d'un questionnaire envoyé par mail, par courrier postal ou téléphonique auprès de chaque médecin. Ce questionnaire interrogea les médecins prescripteurs sur leur âge, leur sexe, leur lieu d'exercice, leur année de thèse, leurs connaissances et leur application des recommandations citées ci-dessus ainsi que les limites dans leur application en médecine libérale.

2.5-Traitement des données

Un cahier d'observation papier (CRF) fut créé par patient. Toutes les informations requises par le protocole furent fournies dans le CRF. Ce dernier comprenait les données nécessaires afin de respecter le protocole ainsi que celles indispensables aux analyses statistiques.

Les investigateurs principaux furent le Docteur B. VRIGNAUD et l'interne S. RIOUAL.
Les co-investigateurs furent les médecins et les internes des urgences pédiatriques.

2.6-Description des méthodes statistiques prévues

Toutes les analyses statistiques furent exécutées à l'aide du logiciel R 3.2.4. Une analyse descriptive fut réalisée, exprimée en termes de fréquences ou de moyennes avec écart-type et intervalles de confiance à 95%.

Des analyses bivariées furent faites pour rechercher des associations possibles entre les variables explicatives et la concordance des prescriptions, l'hospitalisation des enfants et la prescription de SRO. Les principaux tests statistiques utilisés étaient le test du χ^2 ou le test exact non-paramétrique de Fisher quand les effectifs étaient trop petits pour la comparaison des variables catégorielles, et le test de Student pour les variables continues. Le seuil de significativité retenu de l'analyse bivariée était de $\alpha = 20\%$ pour intégration dans un modèle explicatif de régression logistique. Les variables considérées comme significatives en analyse

multivariée furent sélectionnées avec un nouveau seuil $\alpha = 5\%$.

2.7-Aspects administratifs et réglementaires

Le protocole de cette étude fut soumis au GNEDS.

3-Résultats

3.1-Population étudiée

Figure 1: Flow chart

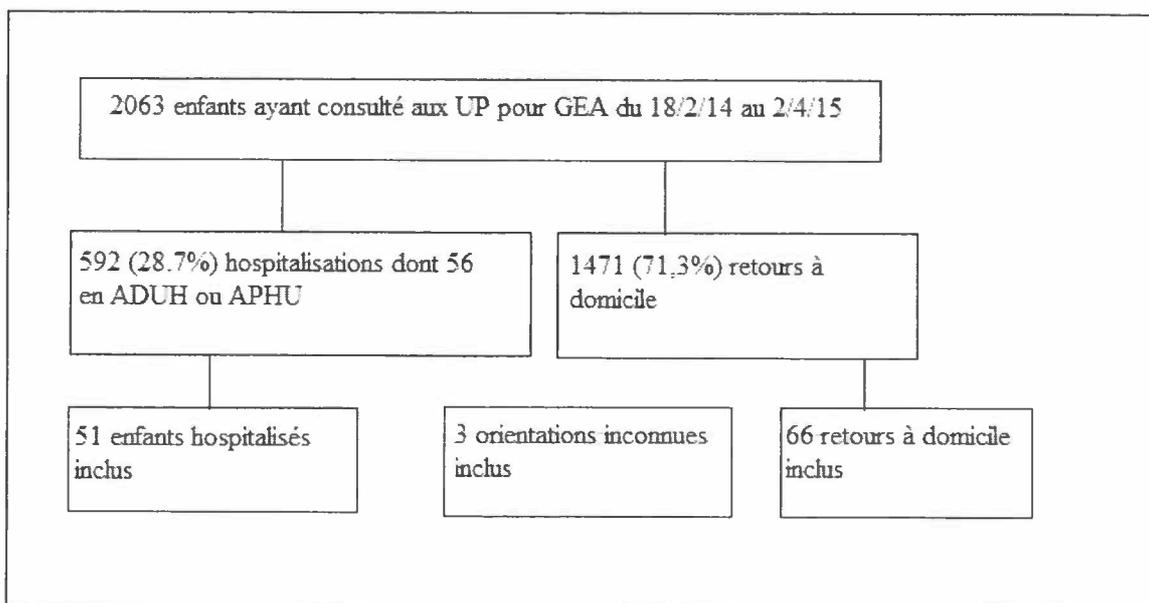


Figure 2: Caractéristiques de l'échantillon

	Nombre (n=120)	Pourcentage	Moyenne	Ecart-type	Médiane
Sexe					
<i>Sexe masculin</i>	63	53			
<i>Sexe féminin</i>	56	47			
Age (mois)			17,9	11,03	15,5
Enfants dans la fratrie			1,7	0,99	2
Rang dans la fratrie			1,7	0,99	1
Allaitement					
<i>Absence</i>	52	43			
<i>Présence</i>	68	57	5,3	5,58	4
Prématurité					
<i>Absence</i>	98	82			
<i>Présence</i>	22	18			
Allergie					
<i>Absence</i>	113	94			
<i>Présence</i>	7	6			
Voyage récent					
<i>Absence</i>					
<i>Présence</i>	3	2,5			
Vaccination Rotavirus					
<i>Présence</i>	4	3			
<i>Absence</i>	92	77			
<i>Données manquantes</i>	24	20			
Parents en couple	113	94			
Délai moyen début symptômes- 1ère consultation (en jour)			1,2	1,31	
Délai moyen 1ère consultation-UP (en jour)			2,1	2,06	
Consultation en libéral:					
<i>Médecin traitant</i>	77	65			
<i>Pédiatre</i>	12	10			
<i>SOS médecin</i>					
<i>Remplaçant</i>	9	8			
<i>CAPS</i>	1	1			
Pesée lors de la 1ère consultation					
<i>Pesée non effectuée</i>	15	13			
<i>Pesée effectuée</i>	103	87			
2ème consultation en libéral	64	55			

	Nombre (n=120)	Pourcentage	Moyenne	Ecart-type	Médiane
2ème avis téléphonique	4	3			
Fièvre					
<i>Présente</i>	91	75,8			
<i>Absence</i>	28	23,3			
<i>Données manquantes</i>	1	0,9			
Pic maximal (en degrés)			39	0,58	
Vomissements					
<i>Absence</i>	8	7			
<i>Présence</i>	112	93			
<i>1 à 2 fois/jour</i>	25	23			
<i>3 à 4 fois/jour</i>	38	34			
<i>> 5 fois/jour</i>	48	43			
<i>Durée moyenne (en jour)</i>			2,9	1,48	
Diarrhées					
<i>Durée moyenne (en jour)</i>			3,6	2,32	
<i>< 5 diarrhées/jour</i>	48	40			
<i>5 à 10 diarrhées/jour</i>	49	41			
<i>> 10 diarrhées par jour</i>	22	18			
Rectorragies					
<i>Présence</i>	4	3			
<i>Absence</i>	116	97			

Le 1^{er} accompagnant était âgé en moyenne de 31.7 ans (écart type 6.37). Il s'agissait dans 42,5% du père et dans 57,5 % de la mère. Ce dernier était diplômé dans 24% d'un brevet, dans 25% du baccalauréat et dans 51% avait fait des études supérieures. 78% exerçait leur profession.

71 enfants étaient accompagnés par leur 2^{ème} parent dont la moyenne d'âge était de 33 ans (écart type 6.07). Parmi les 71 deuxièmes accompagnants, on retrouvait 35 hommes et 36 femmes. Quinze pour cents avaient le brevet, 21% un baccalauréat et 64% avaient fait des études supérieures. 84% exerçaient leur profession.

Le sexe ratio de l'échantillon (1,12) était plutôt masculin. Une plus forte proportion des enfants avaient été allaités. En revanche le taux de couverture vaccinale contre le Rotavirus était faible. Une majorité des enfants avaient consulté leur médecin traitant en libéral. La moitié avait bénéficié d'une deuxième consultation dans les suites. Quasiment tous les enfants avaient vomi, et pour presque la moitié d'entre eux plus de cinq fois par jour. Quatre cinquième des enfants avaient eu moins de 10 diarrhées par jour.

Figure 3: Prise en charge en ambulatoire avant la consultation aux UP

Prise en charge	Effectif (n=120)	Pourcentage	IC 95% basse	IC 95% haute
SRO	88	73	65,4	81,3
Paracétamol	84	70	61,9	78,1
Racécadotril	54	45	36,1	53,9
Diosmectite	15	13	6,5	18,5
Probiotiques	17	14	7,3	21,0
<i>Dont Ultralevure</i>	8	57		
<i>Dont Lactéol</i>	4	28,6		
Anti émétiques	36	30	21,7	38,3
<i>Dont Vogalène</i>	20	63		
<i>Dont Dompéridone</i>	12	38		
Anti diarrhéiques	4	3	3,0	6,4
<i>Dont Imodium</i>	2	50		
Antibiotiques	14	12	5,5	17,9
<i>Dont co-infection ORL</i>	13	93		
Changement de lait	17	14	8,0	20,4
Arrêt prolongé de l'alimentation	13	11	5,2	16,4
Régime anti diarrhéique	37	31	22,6	39,1
Coproculture	4	3	0,3	6,4
<i>Dont voyage à l'étranger récent</i>	3	75		
Consignes orales données	96	81	77,2	99,4
Consignes écrites données	9	8	6,7	10,4

Dans plus de 2/3 des cas, du SRO avait été prescrit. Presque la moitié des enfants avait reçu du racécadotril et un tiers des antiémétiques et un régime anti-diarrhéique. Moins de 1/10ème des enfant avait bénéficié de consignes de surveillance écrites.

3.2-Évaluation aux urgences

Figure 4: État de déshydratation et perte de poids estimés des enfants à leur arrivée aux UP

Évaluation aux UP	Effectif (n=120)	Pourcentage	IC 95% basse	IC 95% haute
État de choc	2	1,67	0,8	4,2
Déshydratation clinique	56	46,7	37,7	55,6
<i>Légère</i>	28	23	15,8	30,9
<i>Modérée</i>	22	18	11,5	25,2
<i>Sévère</i>	6	5	1,1	8,9
Absence de déshydratation	63	52,5	43,6	61,4
Donnée manquante	1	0,8		
Perte de poids				
<5%	60	50	1,1	58,9
5 à 10%	46	38,3	29,7	47,0
>10%	13	10,9	5,2	16,0
Données manquantes	1	0,8		

La majorité des enfants était déshydratée avec une prédominance de déshydratation légère à modérée.

3.3-Prise en charge aux urgences

100 enfants avaient reçu du SRO per os (83%).

2 enfants avaient bénéficié d'une réhydratation par sonde naso-gastrique (2%) et 42 d'une réhydratation parentérale (36%).

Un remplissage vasculaire avait été réalisé chez 6 enfants (5%).

51 enfants (42,5%) furent hospitalisés dans les suites dont 26 (51%) pour déshydratation et 20 (39%) pour intolérance digestive avec échec de resucrage per os.

Soixante six enfants étaient rentrés à domicile (55%).

3.4-Caractéristiques des médecins libéraux répondeurs

Sur 120 médecins interrogés, seuls 60 ont répondu (50%). La moyenne d'âge des médecins répondeurs était de 49.2 ans (écart type 10.69). La médiane de l'année de thèse était 1991.

Figure 5: Description des médecins libéraux répondeurs.

Médecins répondeurs (n=60)	Effectif	Pourcentage	IC 95% basse	IC 95% haute
Sexe				
<i>Sexe féminin</i>	32	55		
<i>Sexe masculin</i>	26	45		
Médecin prescripteur				
<i>Médecins traitants</i>	48	80		
<i>Pédiatres</i>	10	17		
<i>Remplaçants</i>	2	3		
Ville d'exercice				
<i><5000 habitants</i>	19	32		
<i>5000 à 10 000 habitants</i>	11	19		
<i>10 000 à 50 000 habitants</i>	18	31		
<i>>50 000 habitants</i>	10	17		
Connaissances des recommandations				
<i>Oui</i>	54	90	82,4	98,0
<i>Non</i>	6	10		
Application des recommandations				
<i>Non</i>	1	2		
<i>Oui</i>	59	98	94,8	101,9
<i>Dont application totale</i>	28	47	34,0	59,3
<i>Dont application partielle</i>	31	52	39,0	64,3
Limites d'application				
<i>Non</i>	24	40		
<i>Oui</i>	31	5	39,0	64,3
<i>Dont éloignement vis-à-vis des pratiques</i>	7	12	3,4	19,9
<i>Dont habitudes de prescription</i>	13	22	11,2	32,2
<i>Dont influence parentale</i>	23	38	26,0	50,6

Le sexe ratio (1,2) des médecins répondeurs était féminin. La plupart étaient les médecins traitants des enfants inclus. La connaissance et l'application des recommandations étaient réalisées par presque l'ensemble des médecins. Cependant, la moitié évoquaient des limites

dans leur application.

3.5-Évaluation des facteurs de risque d'hospitalisation

Les facteurs de risque d'hospitalisation retrouvés de manière significative après analyse univariée furent la présence de vomissements ($p=0,0093$), un nombre de vomissements supérieur à 5 ($p=0,011$), la prescription d'anti-émétiques (OR 0,38, IC 95%[15,4;92,4] $p=0,0244$) et l'absence de consignes écrites données (OR 7,43, IC 95%[93,9;340,6] $p=0,0382$).

La durée moyenne des diarrhées en pré-hospitalier était significativement plus courte chez les enfants hospitalisés ($p=0,0035$). De la même façon les enfants hospitalisés avaient des délais moyens plus courts entre le début des symptômes et la consultation libérale ($p=0,0236$) et entre cette même consultation et le recours aux UP ($p=0,0236$).

Après analyse multivariée, aucune variable n'est retrouvée de manière significative.

3.6-Déshydratation et perte de poids en fonction de la prescription antérieure de SRO

Il n'a pas été montré de différence significative entre le groupe des enfants déshydratés et celui des non déshydratés en fonction d'une éventuelle prescription de SRO en pré-hospitalier ($p=0,6844$, IC 95%[49,2;296,0]).

3.7-Évaluation et déterminants de concordance globale

3.7.1-Évaluation de la concordance globale

La concordance globale des prescriptions fut évaluée pour chaque enfant par le rédacteur de cette thèse (gold standard) en respectant stricto sensu les recommandations européennes. Pour 33 d'entre eux (28%), leur prise en charge était en accord avec les recommandations européennes. En revanche, pour 87 d'entre eux (73%), leur prise en charge était discordante par rapport aux recommandations.

Parallèlement cette concordance globale fut déterminée par deux experts à l'aveugle l'un de l'autre. L'expert pédiatre hospitalier retrouvait une concordance globale de 26% (31 enfants), une discordance globale de 74% (87 enfants), et 2 enfants étaient non renseignés faute de données manquantes. En ce qui concerne l'expert médecin généraliste, la concordance globale était de 66% (79 enfants) et la discordance de 34% (41 enfants).

Dix enfants (8,3%) avaient été notés discordants par le thésard alors que seule la prescription d'un régime anti-diarrhéique était discordante.

De la même façon, 5 enfants (4,2%) furent notés discordants alors que seule la prescription d'un changement de lait non recommandé était discordante.

Deux enfants (1,7%) avaient bénéficié d'un arrêt prolongé de l'alimentation et avaient donc été codifiés discordants uniquement sur ce critère.

On retrouvait donc 17 enfants (14%) pour lesquels des prescriptions de régime discordantes furent faites. Le reste de leur prise en charge était en accord avec les recommandations européennes

3.7.2-Déterminants de concordance globale

Figure 6:Analyse univariée puis multivariée de concordance globale

	Discordant	Concordant	OR	IC 95%	p-value	aOR	IC 95%	p-value
Age de l'enfant								
> 2 ans	23	4	0,39	[89,1; 127,9]	0,1407	0,33	[8,8;110,6]	0,0713
< 2 ans	64	29	1,00					
Fratrie								
1 enfant	40	15	0,97	[39,4; 237,3]	0,6720			
2 enfants et plus	44	17	1,00					
Parent seul								
Oui	6	1	0,42	[0,89; 371,6]	0,4244			
Non	81	32	1,00					
Activité professionnelle Parent 1								
Oui	73	19	1,00			5,42	[185,3;1410,7]	0,0016
Non	12	14	0,23	[8,03; 62;2]	0,0023	1,00		
Activité professionnelle Parent 2 (n=71)								
Oui	43	13	0,53	[11,3;289,1]	0,4507			
Non	7	4	1,00					

	Discordant	Concordant	OR	IC 95%	p-value	aOR	IC 95%	p-value
Lieu de consultation en SP								
<i>Médecin traitant</i>	60	17	1,77	[61,4;50;7]	0,2914	1,80	[58,1;559,7]	0,3071
<i>Remplaçant</i>	7	2	1,75	[28,5;1074,2]	0,5455	0,93	[13,7;626,4]	0,9387
<i>Pédiatre</i>	5	7	0,36	[8,3;154,2]	0,1680	0,42	[86,0;205,3]	0,2836
<i>Sos médecin</i>	14	6	1,00					
2ème consultation								
<i>Oui</i>	51	17	0,74	[29,9; 181,8]	0,5289			
<i>Non</i>	33	15	1,00					
Vomissement								
<i>Oui</i>	80	32	1,00					
<i>Non</i>	7	1	2,78	[33,5;13000,6]	0,4427			
Fièvre								
<i>Oui</i>	69	22	0,58	[21,3; 161,6]	0,2337			
<i>Non</i>	18	10	1,00					
Rectorragie								
<i>Oui</i>	4	0						
<i>Non</i>	83	33			0,5741			
> 10 diarrhées par jour								
<i>Oui</i>	16	6	1,00					
<i>Non</i>	71	26	1,02	[29,5; 314,1]	1,0000			
> 5 vomissements par jour								
<i>Oui</i>	33	15	1,00					
<i>Non</i>	46	17	1,23	[48,4; 304,0]	0,6753			
Médecins répondeurs (n=60)								
Age moyen	49	49						
Année de thèse (moyenne)	1994	1994						
Sexe								
<i>Masculin</i>	23	3	0,20	[31,2; 86,0]	0,0184	0,24	[5,1 ;116,9]	0,0776
<i>Féminin</i>	19	13	1,00			1,00		
Lieu d'exercice								
<i>Population < 5000 hab</i>	17	2	3,57	[60,4;2110,1]	0,1602	2,64	[24,7;2807,1]	0,4222
<i>5000 à 10000</i>	8	3	1,00					
<i>10000 à 50000</i>	9	9	0,46	[12,5;165,3]	0,2312			
<i>> 50000 hab</i>	7	3	1,21	[91,0;506,0]	0,7898			

	Discordant	Concordant	OR	IC 95%	p-value	aOR	IC 95%	p-value
Connaissances des reco.								
<i>Oui</i>	37	17			0,1703			0,9341
<i>Non</i>	6	0						
Degré d'application								
<i>Application totale</i>	17	11			0,1753			0,5343
<i>Application partielle</i>	25	6						
<i>Absence d'application</i>	1	0						
Limites d'application								
<i>Oui</i>	25	6	0,34	[82,9;130,3]	0,0828	1,00		
<i>Non</i>	14	10	1,00			1,46	[28,2;758,6]	0,6512

3.7.3-Déterminants de la prescription de SRO

Figure 7: Analyse univariée puis multivariée et prescription de SRO

	SRO +	SRO -	OR	IC 95%	p-value	aOR	IC 95%	p-value
Age de l'enfant								
<i>> 2 ans</i>	14	13	0,28	[10,2; 76,3]	0,0064	0,27	[9,2;77,8]	0,0155
<i>< 2 ans</i>	74	19	1,00					
Fratrie								
<i>1 enfant</i>	42	13	1,00					
<i>2 enfants et plus</i>	44	17	1,25	[49,9; 316,5]	0,6738			
Parent seul								
<i>Oui</i>	84	3	1,00					
<i>Non</i>	4	29	177,45	[3662,4; 134486,2]	<0,001			
Activité professionnelle Parent 1								
<i>Oui</i>	67	25	1,00					
<i>Non</i>	21	5	0,64	[17;0; 200,6]	0,6103			
Activité professionnelle								

	SRO +	SRO -	OR	IC 95%	p-value	aOR	IC 95%	p-value
Parent 2 (n=71)								
<i>Oui</i>	42	14	1,70	[31,6; 795,8]	0,4690			
<i>Non</i>	7	4	1,00					
Lien de consultation en SP								
<i>Médecin traitant</i>	52	25	4,57	[98,6;2115,8]	0,0522	4,72	[90,7;2452,4]	0,0652
<i>Remplaçant</i>	5	4	7,60	[106,8;5409,2]	0,0428	5,02	[64,6;3904,0]	0,1230
<i>Pédiatre</i>	12	0			0,9641			
<i>Sos médecin</i>	18	2	1,00					
2ème consultation								
<i>Oui</i>	50	18	1,14	[45,87; 281,0]	0,8338			
<i>Non</i>	34	14	1,00					
Vomissement								
<i>Oui</i>	82	30	1,00					
<i>Non</i>	6	2	0,91	[8,5; 546,8]	1,0000			
Fièvre								
<i>Oui</i>	67	24	1,12	[37,4; 309,2]	0,8114			
<i>Non</i>	20	8	1,00					
Rectorragie								
<i>Oui</i>	3	1	1,09	[8,4; 5925,1]	1,0000			
<i>Non</i>	85	31	1,00					
> 10 diarrhées par jour								
<i>Oui</i>	20	2	4,44	[97,3; 4158,9]	0,0593	2,85	[55,7;1458,7]	0,2085
<i>Non</i>	67	30	1,00					
> 5 vomissements par jour								
<i>Oui</i>	42	6	3,98	[138,7; 1321,8]	0,0047	2,58	[95,5;698,0]	0,0617
<i>Non</i>	40	23	1,00					
Médecins répondeurs (n=60)								
Age moyen	49	49						
Année de thèse (moyenne)	1994	1994						
Sexe								
<i>Masculin</i>	13	13	0,15	[2,9; 59,8]	0,0032	0,22	[4,7;99,4]	0,0491
<i>Féminin</i>	28	4	1,00					
Lieu d'exercice								
<i>Population <</i>	9	10	3,36	[89,6;1260,0]	0,0723	4,26	[56,7;3196,4]	0,1592

	SRO +	SRO -	OR	IC 95%	p-value	aOR	IC 95%	p-value
<i>5000 hab</i>								
<i>5000 à 10000</i>	8	3	1,00					
<i>10000 à 50000</i>	16	2	0,53	[12,2;233,9]	0,4047			
<i>> 50000 hab</i>	8	2	0,82	[19,8;343,2]	0,7898			
Connaissances des reco								
<i>Oui</i>	41	13	6,07	[77,1; 7426,8]	0,0485	1,60	[11,1;2309,0]	0,7289
<i>Non</i>	2	4	1,00					
Degré d'application								
<i>Application totale</i>	23	5	2,53		0,0737			0,3705
<i>Application partielle</i>	20	11	1,00					
<i>Absence d'application</i>	0	1						
Limites d'application								
<i>Oui</i>	21	10	1,00					
<i>Non</i>	18	6	0,70	[17,36; 265,6]	0,7655			

Les variables statistiquement significatives influençant le caractère concordant des prescriptions étaient donc: l'âge de l'enfant inférieur à 2 ans, l'exercice d'une profession par le parent accompagnant, l'exercice médical dans une ville de moins de 5000 habitants, la connaissance, l'application totale et sans limite des recommandations. En ce qui concerne la prescription de SRO, les variables retrouvées étaient le médecin traitant et le remplaçant comme médecins prescripteurs, l'âge de l'enfant inférieur à 2 ans, l'exercice médical dans une ville de moins de 5000 habitants, la connaissance et l'application des recommandations, un nombre de diarrhées quotidiennes supérieures à 10 et de vomissements supérieurs à 5.

En analyse multivariée, seule l'activité professionnelle du parent accompagnant était un facteur associé à la prise en charge concordante de l'enfant (aOR 5,45 IC 95% [185,3;1410,7] p 0,0016). De la même façon, seul l'âge de l'enfant supérieur à 2 ans était associé à l'absence de prescription de SRO (aOR 0,27 IC 95% [9,2;77,8] p 0,0155).

4-Discussion

Dans notre étude, la concordance globale des prescriptions par rapport aux recommandations européennes est faible, estimée à 37% avec encore de trop nombreuses prescriptions de traitements adjuvants (30% d'antiémétique, 45% de racécadotril, 13% de diosmectite et 3% d'anti-diarrhéique non recommandés) et de régime inadapté (31% de régime anti diarrhéique, 11% d'arrêt prolongé de l'alimentation et 14% de changement de lait). Néanmoins la prescription de SRO est satisfaisante (73% IC 95% [68,0 ;80,0]). L'âge de l'enfant inférieur à 2 ans est associé à un taux plus élevé de prescription de SRO, à corrélér avec une meilleure acceptabilité du fait du jeune âge de ces enfants. En ce qui concerne la concordance globale, le seul déterminant indépendant en analyse multivariée, est l'exercice d'une activité professionnelle par le parent accompagnant possiblement en rapport avec un niveau d'étude plus élevé. De plus, un parent qui travaille est obligé de faire garder son enfant par un professionnel de la petite enfance qui peut apporter des informations complémentaires aux parents sur la prise en charge de la GEA.

Plusieurs biais sont cependant à prendre en compte dans les résultats ci dessus:

La taille de l'échantillon a été calculé sur la base d'un taux de prescription de SRO de 70% (IC 95%[60-80%]). Cependant l'analyse statistique s'est articulée autour d'un degré de concordance globale. L'échantillonnage calculé était peut-être insuffisant et induirait un manque de puissance de l'étude. L'absence de données de la littérature ne permettait pas de calculer un taux prédictif de concordance globale. La population recueillie est celle ayant eu recours aux urgences. Les enfants ne consultant pas aux urgences ont-ils été mieux pris en charge? Cela induirait une sous estimation de la prise en charge concordante globale. De plus, il n'y a pas eu d'exhaustivité dans l'inclusion des cas, entraînant un biais d'échantillonnage. Le formulaire de recueil des données était constitué de 2 feuillets. L'un d'entre eux était rempli par les parents de l'enfant. Il existe donc un biais de déclaration. De la même façon, il existe un biais déclaratif dans les données concernant les médecins prescripteurs de soins primaires. Les données ont été recueillies par plusieurs intervenants (médecins seniors, internes). Malgré un questionnaire à choix fermés et multiples, on peut se poser la question de la subjectivité du médecin recueillant les informations. Plusieurs analyses statistiques ont été réalisées en plus de celles prévues initialement et induisent directement une baisse de puissance de l'étude. De plus il existe des données manquantes pour certaines analyses exigeant une certaine prudence dans l'interprétation des résultats.

Les résultats de cette étude restent globalement comparables aux données de la littérature. Le taux de prescription de SRO est bon (73%) et montre qu'après de nombreuses campagnes d'informations, la prévention et le traitement de la déshydratation sont bien inscrits dans l'esprit des médecins. En effet, dans la région Nord, le taux de prescription de SRO par les médecins généralistes était de 29% en 1996, 42% en 1997, 67% durant l'hiver 2004-2005 et 71% en 2007.(23). De la même façon, sur 641 pédiatres libéraux interrogés en 2012, 94% d'entre eux prescrivaient systématiquement du SRO (contre 60% en 2002).(24)(25). Cependant, malgré de multiples campagnes d'information, on remarque que le taux de prescription de SRO stagne aux alentours de 70%. L'étude de DESJEUX (26) montre que les familles ont un avis défavorable sur le SRO car ce dernier n'a pas d'effet visible sur l'intensité et la durée des diarrhées. De la même façon, une étude de l'Assurance maladie en Rhône Alpes (27) a constaté que les parents préfèrent donner des médicaments anti diarrhéiques pour avoir une efficacité clinique plus rapide, plutôt que de compenser les pertes digestives par du SRO. En 2008, chez 110 parents d'enfants de moins de 5 ans, 100% d'entre eux savaient qu'il fallait réhydrater son enfant et lui donner à boire. Seulement 48% proposaient à leur enfant du SRO et 90% proposaient des liquides inappropriés (notamment eau pure, soda).(28). Le SRO n'est toujours pas, aux yeux des parents, accepté systématiquement comme médicament. Son absence d'efficacité sur la durée des symptômes voire parfois l'augmentation transitoire de la fréquence des selles qu'il occasionne, le sentiment de faux échec ressenti par les parents quand leur enfant refuse le SRO entretiennent l'ambiguïté sur son rôle. On retrouve dans de nombreuses études, un manque de connaissance sur le rôle et l'usage du SRO. Il existe peu de prescriptions anticipées faites à la maternité ou ultérieurement lors de consultations libérales et souligne le manque d'éducation parentale à l'usage du SRO. (29)(30)(31)(32)

Nous montrons dans cette étude que trop d'enfants font encore l'objet d'un traitement adjuvant: un tiers ont reçu des anti-émétiques, presque la moitié du racécadotril et 13% du diosmectite. Si la prise en charge des diarrhées de l'enfant s'est améliorée en France au cours des dix dernières années, notamment par la prescription accrue de SRO chez les nourrissons, certaines pratiques restent en revanche encore éloignées des recommandations. Dans la région Nord en 1996, un enfant avait en moyenne 2.6 médicaments adjuvants. Un antibiotique était notamment prescrit chez 33% et du loperamide chez 15% des nourrissons alors qu'il est contre indiqué à cet âge. Le nombre de médicaments prescrits n'était pas différent en 2004-2005 mais les médicaments avaient changé notamment pour la prescription de racécadotril (81%).(33) Une étude italienne incluant 612 enfants de 31 centres italiens différents, a montré

que la prise en charge de 126 enfants (soit 20,6%) était totalement en accord avec les recommandations européennes, en revanche celles de 274 enfants (soit 44,7%) ne l'était que partiellement.(34). Il persiste donc des prescriptions trop élevées de traitement adjuvant. Sur les soixante médecins répondants de l'étude, 52% (IC 95%[39,0;64,3]) éprouvent des limites à l'application totale des recommandations européennes. La plupart de ces médecins évoquent la pression parentale de prescrire un médicament symptomatique notamment en ce qui concerne les vomissements. Ce symptôme reste anxiogène pour les parents et influence la prescription médicale. Il est évoqué un «devoir d'efficacité». Les parents sont inquiets sur les vomissements et sur la longueur de ce symptôme et ont parfois du mal à accepter l'absence de prescription d'un traitement adjuvant. Enfin, il est évoqué la notion de nomadisme médical et de variabilité des prescriptions entre les différents médecins consultés (pouvant parfois être source de pression et influencer la prescription de traitements adjuvants). En 2008, sur 110 parents d'enfants de moins de 5 ans, 41% donnaient en automédication un traitement adjuvant à leur enfant dont 88% du diosmectite, 35% des probiotiques, 26 de la dompéridone et 15% du loperamide.(28) Il existe donc un mésusage de ces médicaments y compris en automédication probablement dus à une méconnaissance de leur indication. Dans cette étude, aucun enfant n'avait reçu d'ondansetron avant son recours aux urgences. Actuellement, des travaux tendent à montrer l'efficacité de l'ondansetron dans les vomissements de l'enfant liés à une GEA. Plusieurs études (35)(36)(37) ainsi qu'une méta-analyse de 2008 (38) et l'étude Cochrane (39) de 2012, montrent que l'ondansetron per os ou IV diminue l'intensité des vomissements, le recours à une réhydratation IV ou à une hospitalisation. The Canadian Pediatric Society recommande d'ores et déjà l'utilisation de l'ondansetron chez les enfants âgés de 6 mois à 12 ans, présentant des vomissements itératifs dans un contexte de GEA, chez qui une réhydratation per os a échoué et qui présentent une déshydratation légère à modérée. Au niveau européen, l'ESPGHAN précise qu'il est nécessaire de s'assurer de la sécurité d'emploi de l'ondansetron avant de le recommander définitivement.(3) On constate que 45% des enfants ont reçu du racécadotril dans notre étude. Le racécadotril est de plus en plus prescrit (25)(33), ce qui est retrouvé ici. Cependant, il n'est pas noté une telle pratique dans certains pays européens (Belgique, Suisse, Pays Bas) (40). On peut de nouveau se poser la question du devoir d'efficacité et de la nécessité de prescrire un traitement adjuvant afin de satisfaire les parents alors que le racécadotril diminue très faiblement l'intensité des diarrhées. (3) Il semble donc nécessaire de bien insister sur l'inefficacité voire la toxicité potentielle de ces médicaments adjuvants dont l'efficacité n'a pas été établie.

Nous montrons également dans cette étude qu'au moins un tiers des enfants a suivi un régime anti diarrhéique non préconisé par les sociétés savantes, tel que régime alimentaire (31%), changement de lait (14%), arrêt prolongé de l'alimentation (11%). Malgré l'absence de recommandations, certains médecins continuent de véhiculer des idées fausses sur l'alimentation avec notamment une prescription trop accrue de régime anti diarrhéique et de modification du lait. Un changement de lait, essentiellement pour une préparation sans lactose, était prescrit en 1996 chez 46% des nourrissons, versus 16% en 2004-2005.(24). Dans notre étude, 14% des enfants étaient concernés. L'utilisation d'un lait sans lactose reste encore trop fréquente alors que l'intolérance au lactose dans les GEA légères à modérées est inférieure à 5% (33). Un régime anti diarrhéique reste préconisé par de nombreux médecins alors que ce dernier n'est pas recommandé et peut occasionner une dénutrition. Cela a été également source de discordance entre les 2 experts. En effet, l'expert «médecin généraliste» avait jugé le caractère concordant ou discordant des prises en charge en fonction du contexte clinique global de l'enfant. La prescription d'un régime anti diarrhéique n'était pas, selon lui, délétère sur l'évolution de la maladie. Il avait donc classé les enfants concernés comme étant concordants malgré le fait qu'un régime anti-diarrhéique leur soit préconisé. En revanche, l'expert « hospitalier » a classé ces prises en charge discordantes. En effet, ces régimes peuvent être sources d'anorexie, de carence, de dénutrition et entretiennent également les croyances parentales sur l'effet thérapeutique et le raccourcissement des symptômes de ces mesures hygiéno-diététiques.

Dans cette étude, seuls 9 enfants (7,5%) avaient reçu des consignes écrites. Quatre vingt seize (80%) avaient en revanche bénéficié de consignes orales. On peut se poser la question de l'intérêt de consignes données aux parents. Les consignes orales sont facilement énoncées mais que retiennent les parents? Des consignes écrites sont indispensables. L'absence de consignes écrites a été identifiée dans cette étude comme facteur de risque d'hospitalisation (OR 7,43 IC 95% [93,9;340,6] p 0,0382). En 2008, chez 110 parents d'enfants de moins de 5 ans vus en cabinets de MG en Ile-de-France, ayant eu une information orale (76%), écrite (9%) ou les 2 (15%), 91 % estimaient l'avoir comprise grâce à un vocabulaire facile à comprendre (58%), des phrases courtes et une explication des termes (36 %), un ton positif et rassurant (35%), une information pratique (41%), le caractère du texte visible (2%), une édition professionnelle (2%), un mélange équilibré texte/illustration (3%).(28). Il est donc intéressant de se pencher sur la question des moyens et des supports de la délivrance de l'information dans notre pratique quotidienne.

5-Conclusion

Cette étude montre une faible concordance des prescriptions en soins primaires par rapport aux recommandations européennes. Comment donc améliorer les pratiques professionnelles? Il semblerait que l'information au médecin soit suffisante au vue du taux de connaissances des recommandations. Peut-être faudrait-il travailler sur l'éducation parentale notamment sur les techniques de resucrage et de réhydratation fractionnée afin de favoriser une réassurance ainsi que sur les signes cliniques de gravité devant les amener à reconsulter en urgences.

Cette étude ne s'intéressait pas aux motifs de consultations aux UP ni de leur caractère justifié ou non. Cependant, il reste, au vue de la littérature, de trop nombreuses consultations injustifiées en ce qui concerne la GEA. Il me semble primordial de réaliser un travail d'éducation parentale mais également d'apporter des informations aux parents concernant la permanence de soins et les structures extra hospitalières pouvant les accueillir en dehors des heures ouvrables. Le médecin en soins primaires prend alors toute sa place. Il est responsable de l'éducation de sa patientèle et doit s'efforcer de vérifier leurs connaissances sur la GEA. Il a également pour mission d'informer ses patients mais également de détecter les facteurs de risque de consultation inappropriée et d'accentuer alors l'éducation parentale.

6-Bibliographie

1. Viala J, Lorrot M, Pull L, Mariani-Kurkdjian P, Paris L, Bellaiche M, Smail A, Siriez JY. Gastroentérites aiguës de l'enfant. EMC-Maladies. févr 2013;10(1).
2. Guarino A, Albano F, Ashkenazi S, Gendrel D, Szajewska H, Hoekstra JH, et al. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases Evidence-based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2008;(46):S81-184.
3. Guarino A, Albano F, Ashkenazi S, Gendrel D, Lo Vecchio A, Shamir R, Szajewska H. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases Evidence-based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe: Update 2014. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. juill 2014;59(1):132-52.
4. OMS | Maladies diarrhéiques [Internet]. [cité 28 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/fr/>
5. Inpes: guide des vaccinations. 2012;192-200.
6. Widdowson M-A, Steele D, Vojdani J, Wecker J, Parashar UD. Global rotavirus surveillance: preparing for the introduction of rotavirus vaccines. *J Infect Dis*. nov 2009;200(Suppl 1):S1-8.
7. F. Huet, F-A. Allaert, A. Trancart, H. Miadi-Fargier, M. Trichard, N. Largeron. Etude épidémiologique prospective de la gastroentérite à rotavirus en Europe (étude REVEAL). Résultats de la zone d'étude française. *Archives de Pédiatrie*. 2008;15:362-74.
8. Soriano-Gabarro M, Mrukowicz J, Vesikari T, Verstraeten T. Burden of rotavirus disease in European Union countries. *Pediatr Infect Dis J*. janv 2006;(25):S7-11.
9. Perez N, Allaert F-A, Derrough T, Caulin E. Place et caractéristiques cliniques des gastroentérites aiguës à rotavirus chez les enfants de moins de cinq ans suivis en médecine de ville en France. Etude ROTASCOPE. *Pathologie Biologie*. 2007;55:453-9.
10. Melliez H, Boelle PY, Baron S, Mouton Y, Yazdanpanah Y. Mortalité, morbidité et coût des infections à Rotavirus en France. *Médecine et maladies infectieuses*. 2005;35:492-9.
11. Martinot A, Lejeune C, Hue V, et al. Modalités et causes de 259 décès dans un service de réanimation pédiatrique. 1995. *Arch Pediatr*. 1995;2:735-41.
12. Armine Aleksanyan- Emirzian, Hugues Patural, Béatrice Trombert Paviot, Josette Vallée. Diarrhée aiguë du jeune enfant. Une enquête auprès des généralistes et pédiatres du département Loire. *Médecine*. sept 2014;10(7):326-30.
13. F. Huet, F-A. Allaert, A. Trancart, H. Miadi-Fargier, M. Trichard, N. Largeron. Évaluation du coût de la prise en charge pédiatrique des GEA aiguës à rotavirus. *Archives de Pédiatrie*. 2008;15:1159-66.

14. Fourquet F, Desenclos JC, 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;10:861-8.
15. Haas H, Suau B, Allaert FA, Sana C, Caulin E, et le groupe d'investigateurs. Evaluation de la charge de travail induite aux urgences pédiatriques par les gastroentérites aiguës en période épidémique. Médecine et Maladies infectieuses. 2008;(38):642-7.
16. Gouyon M, Labarthe G. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale. DRESS. Etudes et Résultats. 2006;(471).
17. Sandhu BK et al. Practical guidelines for the management of gastroenteritis in children. Society of pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Working Group on Acute Diarrhoea. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 33(suppl 2):S36-9.
18. Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie. Traitement nutritionnel des diarrhées aiguës du nourrisson et du jeune enfant. Archives de Pédiatrie. 2002;9:610-9.
19. Gendrel D, Cohen R. Diarrhées bactériennes et antibiotiques les recommandations européennes. Archives de Pédiatrie. 2008;S93-6.
20. Philippe Lehert, Gérard Chéron, Guillermo Alvarez Calatayud, Jean-Pierre Cézard,. Racecadotril for childhood gastroenteritis: an individual patient data meta-analysis. Digestive and liver disease. 2011;707-13.
21. B Cojocar, N Bocquet, S Timsit, C Wille, C Boursiquot, F Marcombes, D Garel, N Sannier, G Chéron. Effet du racécadotril sur le recours aux soins dans le traitement des diarrhées aiguës du nourrisson et de l'enfant. Archives de Pédiatrie. Août 2002;9 :774-9.
22. Szajewska H, Guarino A, Hojsak I, Indrio F, Kolacek S, Shamir R, Vandenplas Y, Weizman Z. Use of probiotics for management of acute gastroenteritis: a position paper by the ESPGHAN Working Group for Probiotics and Prebiotics. J Pediatr Gastroenterol Nutr. avr 2014;58:531-9.
23. Martinot A, Hue V, Grandbastien B et al. Impact d'une campagne d'information sur la prescription ambulatoire des solutions de réhydratation orale dans le gastro-entérites du nourrisson. Archives de Pédiatrie. 2000;7:425-6.
24. Assathiany R, Guedj R, Bocquet A, Thiebault G, Salinier A C, Girardet J-P. Pratiques de prise en charge des gastro-entérites aiguës: enquête auprès de 611 pédiatres libéraux. Archives de Pédiatrie. 2013;(20):1113-9.
25. Uhlen S, Toursel F, Gottrand F et al. Traitement des diarrhées aiguës: les habitudes de prescription des pédiatres libéraux. Archives de Pédiatrie. 2004;11:903-7.
26. Desjeux D, Favre I, Simongiovani J. Anthropologie d'une maladie ordinaire. Étude de la diarrhée de l'enfant en Algérie, Thaïlande, Chine et Egypte. L'Harmattan. 1993;
27. Modica M. Floret D. Vanhems P. Traitement des diarrhées aiguës du nourrisson en région Rhone Alpes : études transversales utilisant les données de l'Assurance Maladie. 2004-2006 France. BEH 12. 18 mars 2008;
28. Haas H, Olives JP, Virey B, Klein P. Enquête sur la perception de la gastro-entérite et de

- l'infection à Rotavirus par les mères en France. *Pathologie Biologie*. 2010;58:43-7.
29. Verret S. Analyse des pratiques des parents d'enfants de moins de deux ans, en cas de diarrhée. Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine. 2012.
 30. Martinot A, Halna-Tamine M, Guimber D, Hue V. Freins à l'application des recommandations : l'exemple des solutions de réhydratation orale. *Archives de Pédiatrie*. juin 2004;11:712-3.
 31. Mouterde O. Solutions de réhydratation orale et diarrhée aiguë: état des lieux. *Archives de Pédiatrie*. oct 2007;14(supp 3):S165-8.
 32. Martinot A. Le traitement des diarrhées aiguës du nourrisson : des pratiques encore trop éloignées des recommandations. *Archives de Pédiatrie*. août 2007;11:895-7.
 33. Martinot A, Pruvost I, Aureil M, Hue V, Dubos F, Pedro Gutierrez Castrellón, José-Manuel Meléndez Garcia, Mar Santos, M.R. Savitha. Prise en charge des diarrhées aiguës en France : quels progrès ? *Archives de Pédiatrie*. 2007;14:S181-5.
 34. Vecchio AL, Liguoro I, Bruzzese D, Scotto R, Parola L, Gargantini G, Guarino A. Adherence to Guidelines for Management of Children Hospitalized for Acute Diarrhea. *Pediatr Infect Dis J*. mai 2014;
 35. Ramsook C, Sahagun-Carreón I, Kozinetz CA, Moro-Sutherland D. A randomized clinical trial comparing oral ondansetron with placebo in children with vomiting from acute gastroenteritis. *Ann Emerg Med*. 2002;39:397-403.
 36. Roslund G, Hepps TS, McQuillen KK. The role of oral ondansetron in children with vomiting as a result of acute gastritis/gastroenteritis who have failed oral rehydration therapy: A randomized controlled trial. *Ann Emerg Med*. 2008;52:22-9.
 37. Freedman SB, Adler M, Seshadri R, Powell EC. Oral ondansetron for gastroenteritis in a pediatric emergency department. *N Engl J Med*. 2006;354:1698-705.
 38. DeCamp LR, Byerley JS, Doshi N, Steiner MJ. Use of antiemetic agents in acute gastroenteritis: a systematic review and meta-analysis. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2008;162:858-65.
 39. Carter B, Fedorowicz Z. Antiemetic treatment for acute gastroenteritis in children: an updated Cochrane systematic review with meta-analysis and mixed treatment comparison in a Bayesian framework. *BMJ Open*. 2012;2.
 40. Raphaëlle Pelc, Sébastien Redant, Sébastien Julliard, Juan Llor, Mathie Lorrot, Rianne Oostenbrink, et al. Pediatric gastroenteritis in the emergency department: practice evaluation in Belgium, France, The Netherlands and Switzerland. *BMC Pediatrics*. 14:125.

7-Annexes

7.1-Annexe 1: Note d'information pour la participation à la recherche

« Concordance et déterminants des prescriptions dans la prise en charge pré-hospitalière des gastro-entérites aiguës de l'enfant par rapport aux recommandations actuelles »

Médecin investigateur

Nom: Pr. Christèle GRAS-LE GUEN

Service: Urgences pédiatriques du CHU de Nantes

Adresse: 9 quai Moncousu 44093 Nantes Cedex

Téléphone: 02 40 08 38 06

Responsable de la recherche

Nom: CHU de Nantes

Adresse: 5 Allée de l'île Gloriette, 44 093 NANTES

Principaux contacts: Secrétariat Bureau recherche

Téléphone: 02 53 48 28 35 (secrétariat bureau recherche)

Ce document est remis au représentant du patient

Un exemplaire est conservé dans le dossier médical

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Le service des urgences pédiatriques du Centre Hospitalier et Universitaire de Nantes effectue une recherche sur la corrélation de la prise en charge pré-hospitalière de la gastro-entérite aiguë de l'enfant avec les recommandations actuelles. Cette recherche est réalisée à partir de données médicales collectées au cours de la prise en charge de votre enfant et grâce aux réponses que vous apporterez au questionnaire joint. Elle pourra également comprendre les données relatives aux habitudes de vie de votre enfant. Nous serons également amenés à prendre contact avec votre médecin traitant pour avoir des informations sur ses habitudes de prescriptions.

Cette recherche ne présente pas de risque pour la santé de votre enfant. Les résultats qui en seront issus ne permettront pas d'apporter des informations pertinentes pour sa santé en

particulier. Ils favoriseront le développement des connaissances dans le domaine de la santé.

Pour être menée à bien, cette recherche nécessite la mise en œuvre d'un traitement informatisé des données personnelles de votre enfant afin de permettre d'analyser les résultats. Un fichier informatique comportant les données de votre enfant va donc être constitué. Par mesure de confidentialité et pour respecter la vie privée de votre enfant, ses données seront systématiquement codées. Seuls les professionnels de santé personnellement en charge du suivi de votre enfant auront connaissance de ses données nominatives.

Conformément à la loi, vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition et de rectification des données enregistrées sur informatique, à tout moment, par l'intermédiaire du médecin de votre enfant. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées et d'être traitées dans le cadre de cette recherche. Vous pouvez exercer vos droits d'accès et de rectification auprès du Docteur mentionné au début de ce document.

Ce projet ainsi que le présent document ont été présentés au Groupe Nantais d'éthique dans le domaine de la Santé GNEDS.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser la participation de votre enfant à la recherche qui vous est présentée. Si vous acceptez, vous êtes libre de changer d'avis à tout moment sans avoir à vous justifier et votre décision ne portera aucun préjudice à la qualité de la prise en charge de votre enfant. Si vous refusez la participation de votre enfant, les données ne seront pas utilisées pour cette recherche et resteront destinées à l'usage strict du soin.

Le médecin qui vous a proposé la recherche et vous a donné oralement toutes les informations nécessaires peut répondre à toutes vos questions.

Nom du médecin:

Date:

Signature:

7.2-Annexe 2: Questionnaire parents

Situation familiale: couple parent seul Nombre d'enfants dans la famille: ___ âge(s): _____

Place de votre enfant dans la fratrie : _____

Avez-vous voyagé à l'étranger dans le mois dernier? Oui Non

Si oui dans quel pays: _____

Votre enfant est-il vacciné contre le rotavirus: Oui Non

Si oui, combien de doses a-t-il reçu: _____

Votre enfant a-t-il été allaité: Oui Non Si oui pendant combien de temps: _____

Votre enfant est-il né à terme: Oui Non

Votre enfant a-t-il des allergies: Oui Non

ETIQUETTE
PATIENT

Accompagnant 1:

Parenté: père mère

Age: _____

Ville de résidence: _____

Niveau d'étude: brevet bac étude sup

Profession: _____

Actuellement exercée: oui non

Mode de garde de votre enfant: Membre de la famille (préciser): _____ Crèche

Assistante maternelle

Accompagnant 2:

Parenté: père mère

Age: _____

Ville de résidence: _____

Niveau d'étude: brevet bac étude sup

Profession: _____

Actuellement exercée: oui non

autre: _____

VOTRE ENFANT A ACTUELLEMENT UNE GASTRO ENTERITE AIGUE:

Date du début des symptômes: _____

Date de la 1ère consultation: _____

Par un: Médecin traitant Remplaçant Pédiatre SOS médecin

Autre: _____

Nom du médecin: _____ Lieu d'exercice: _____

Avez-vous consulté une 2^{ème} fois: Oui Non

Si oui, qui avez-vous consulté: Médecin traitant Remplaçant Pédiatre SOS

médecin Autre: _____

Votre enfant a-t-il eu de la fièvre: Oui Non Si oui température maximale: _____

Votre enfant a-t-il présenté des vomissements: Oui Non

Pendant combien de jours votre enfant a-t-il vomi: _____

Combien de vomissements votre enfant a-t-il présenté en moyenne par jour: à 2 à 4 plus de 5

Pendant combien de temps votre enfant a-t-il eu des diarrhées: _____

Votre enfant a-t-il eu du sang dans les selles: Oui Non

Combien de diarrhée votre enfant a-t-il par jour moins de 5 de 5 à 10 plus de 10

Votre enfant a-t-il été pesé chez votre médecin généraliste Oui Non Poids chez votre médecin

traitant:

7.3-Annexe 3: Questionnaire médecin

Poids chez le médecin traitant: _____

Poids aux urgences pédiatriques: _____

Estimation de la perte de poids: <5 % 5 à 10% > 10%

ETIQUETTE
PATIENT

PRESCRIPTIONS FAITES EN EXTERNE:

MEDICAMENTEUSES:

SRO: oui non

Doliprane: oui non Autres antalgiques (dont le Spasfon): _____

Tiorfan: oui non Anti-diarrhéiques: oui non Lequel: _____

Antiémétiques: oui non Lequel: _____ Pro-biotiques: oui non Lequel: _____

Smecta: oui non Antibiotiques: oui non Lequel: _____

NON MEDICAMENTEUSES:

Changement de lait recommandé: oui non Lequel: _____

Ré alimentation interrompue: oui non

Régime alimentaire préconisé: oui non

Analyse de selles faites en externes: oui non

Consignes de surveillance données aux parents: oui non

Si oui: Orales: oui non

Écrites: oui non

EVALUATION DE LA GRAVITE DE LA GEA:

Signes de choc: oui non

Déshydratation clinique: oui non

Si oui: déshydratation légère modérée sévère

TRAITEMENT PROPOSE AUX UP:

Réhydratation par SRO: oui non

Réhydratation par SNG: oui non

Réhydratation IV: oui non

Nécessité d'un remplissage: oui non

Hospitalisation: oui non

Critères d'hospitalisation: _____

Autres thérapeutiques: _____

Inclusion dans l'étude Ondangapi: oui non

7.4-Annexe 4: Questionnaire à l'attention des médecins libéraux

RIOUAL Solenne

Interne médecine générale

solenne.rioual@gmail.com

CHU de Nantes

Nantes, Mars 2015

Objet: Travail de thèse sur la prise en charge de la gastro-entérite aigue de l'enfant

Cher Confrère,

Je réalise actuellement un travail de thèse sur la prise en charge de la gastro-entérite de l'enfant. Mon travail consiste à inclure des enfants consultant aux urgences pédiatriques pour une gastro, enfants ayant déjà consulté une 1ère fois pour le même épisode en soins primaires. Le but de cette étude est d'apprécier la concordance des prescriptions en soins primaires par rapport aux recommandations européennes et d'en faire préciser les déterminants.

Je me permets donc de recontacter tous les médecins ayant pris en charge ces enfants en ambulatoire afin de leur poser quelques questions. Pour votre part, il s'agissait de l'enfant PORCHERON Angelina.

L'ensemble des données recueillies sont anonymes.

Je me permets donc de vous solliciter afin que vous répondiez aux questions suivantes.

Bien confraternellement,

Solenne RIOUAL

Quel âge avez-vous:

Année de thèse:

Lieu d'exercice:

Connaissez-vous les recommandations européennes (2008,ESPID et ESPHGAN) sur la prise en charge de la gastro-entérite chez l'enfant ? (Soluté de réhydratation en 1ère intention, pas d'anti diarrhéique excepté le Tiorfan en adjuvant du SRO, pas d'anti émétique, Smecta en adjuvant du SRO, pas de régime alimentaire spécifique, pas de modification du lait, pas d'arrêt prolongé de l'alimentation, probiotiques en adjuvant du SRO (Ultralevure)): Oui
Non

Si non, quelles raisons peuvent expliquer cette méconnaissance:

Manque de temps: Oui Non

Manque d'intérêt: Oui Non

Difficultés d'accès aux recommandations: Oui Non

Autre:

Appliquez-vous ces recommandations:

Oui totalement Oui partiellement Non

Existe-il selon vous des limites dans leur application en médecine libérale: Oui Non

Si oui s'agit-il:

Éloignement par rapport aux pratiques professionnelles: Oui Non

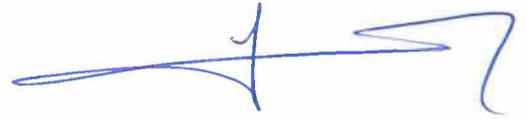
Habitudes de prescriptions: Oui Non

Influence des parents sur les prescriptions: Oui Non

Autres:

Merci beaucoup

Vu, la Présidente du Jury



Vu, la Directrice de thèse



Vu, le Doyen de la faculté

Le Doyen
1, Rue G. Veil
44035
NANTES Cedex 1
Tél. 02 51 41 26 28
Professeur Pascale JOLLIET
Directrice des Généralistes
Professeur Christian BUCHOT



SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis (e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis (e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé (e) si j'y manque.

Titre de la thèse: Concordance des prescriptions dans la prise en charge pré-hospitalière de la gastro-entérite aiguë virale de l'enfant par rapport aux recommandations actuelles. Déterminants de prescription.

RESUME:

La gastro-entérite aiguë (GEA) représente chaque année en France, chez le moins de 5 ans, entre 500000 et 1000000 épisodes, 51000 hospitalisations et 9 à 39 décès. La GEA constitue donc un enjeu de santé publique en termes de consultations, d'hospitalisations, de prescriptions et donc de coûts.

Les sociétés savantes de gastro-entérologie pédiatrique (ESPGHAN) et de maladies infectieuses pédiatriques (ESPID) ont émis des recommandations en 2008 avec une mise à jour en 2014 sur la prise en charge de la GEA.

L'objectif de cette étude était d'évaluer la concordance des prescriptions lors d'une consultation de soins primaires avec les recommandations établies de 2008 par les sociétés savantes. Cette étude avait également pour but d'identifier les déterminants de concordance ainsi que d'évaluer les connaissances et le ressenti des médecins généralistes sur ces recommandations.

Sur les 120 enfants inclus, 44 (37%) avaient été pris en charge de manière concordante selon les recommandations européennes. Si des efforts ont été faits pour la prescription de SRO, il reste encore trop de prescriptions de traitement ou régime adjuvant. 73% des enfants avaient reçu du soluté de réhydratation, 31% des anti émétiques, 4% des anti diarrhéiques, 46% du racécadotril, 13% du diosmectite. Un changement de lait avait été préconisé pour 14% d'entre eux et un régime anti-diarrhéique pour 31%.

L'âge de l'enfant inférieur à 2 ans, l'exercice d'une profession par le parent accompagnant, ont été retrouvés respectivement comme déterminants de prescription de SRO et de concordance de prescription.

Sur les 120 médecins questionnés, seulement 50% ont répondu. Quarante vingt dix pour cent déclaraient connaître les recommandations, 98% les appliquaient dont 51% de manière partielle. Il existait pour 56% d'entre eux des limites dans leur application notamment liées à l'influence parentale (71%).

Il persiste encore des prises en charge discordantes par rapport aux recommandations européennes en matière de GEA alors que les médecins déclarent les connaître. L'enjeu se trouve donc probablement ailleurs, notamment dans les limites d'application de ces recommandations et dans l'influence et éducation parentale au décours d'une consultation.

MOTS CLES:

Gastro-entérite aiguë, enfant, soluté de réhydratation, déshydratation, traitements adjuvants, influence parentale.