



HAL
open science

Représentation et attentes des parents concernant la prise en charge de la gastro-entérite de leurs enfants de moins de 5 ans

Frédéric Friedmann

► To cite this version:

Frédéric Friedmann. Représentation et attentes des parents concernant la prise en charge de la gastro-entérite de leurs enfants de moins de 5 ans. Médecine humaine et pathologie. 2019. hal-03297697

HAL Id: hal-03297697

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297697v1>

Submitted on 23 Jul 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
2019

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

FRÉDÉRIC FRIEDMANN

Le 12 avril 2019

REPRÉSENTATION ET ATTENTES DES PARENTS CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DE LA GASTRO- ENTÉRITE DE LEURS ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Jean-Marc BOIVIN	Président
Monsieur le Professeur Pascal CHASTAGNER	Juge
Monsieur le Professeur Cyril SCHWEITZER	Juge
Monsieur le Docteur Damien GONTHIER	Juge et Directeur



Doyen de



Président de l'Université de Lorraine
:
Professeur Pierre MUTZENHARDT

la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne
Pr Laure JOLY

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Laure JOLY
SIDES : Dr Julien BROSEUS
Formation à la recherche : Pr Nelly AGRINIER
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Mathias POUSSEL
International : Pr Jacques HUBERT
Vie Facultaire : Dr Philippe GUERCI

Président de Conseil Pédagogique : Pr Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL -
Claude CHARDOT Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre
CRANCE - Emile de LAVERGNE
Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET -
Jean FLOQUET
Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Gérard
HUBERT
Claude HURIET - Michèle KESSLER - François KOHLER - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire
LAXENAIRE
Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre
MALLIÉ
Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU Michel
MERLE
Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN -
Claude PERRIN
Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine
RASPIILLER
Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel
SIBERTIN-BLANC
Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul
VERT

Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER – Denis ZMIROU

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE
Bernard FOLIGUET - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - François KOHLER

Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Yves MARTINET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Luc PICARD
François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2° sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Professeur Christo CHRISTOV

3° sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2° sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER – Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2° sous-section : (Physiologie)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL

3° sous-section (Biologie cellulaire)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4° sous-section : (Nutrition)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2° sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3° sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4° sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUSSON - Professeur Nicolas JAY

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2° sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3° sous-section : (Immunologie)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4° sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1° sous-section : (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2° sous-section : (Médecine intensive-réanimation)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3° sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4° sous-section : (Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1° sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER
Professeure Louise TYVAERT

2° sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3° sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4° sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5° sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1° sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2° sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3° sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4° sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1° sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2° sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3° sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4° sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL - Professeur Stéphane ZUILY

52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1° sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2° sous-section : (Chirurgie viscérale et digestive)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD - Professeure Adeline GERMAIN

3° sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4° sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3° sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET

Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2° sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3° sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2° sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3° sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeure associée Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

43° Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Antoine VERGER

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2° sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1° sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2° sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1° sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2° sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3° sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1° sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D’AVENI (stagiaire)

2° sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4° sous-section : (Génétiologie)

Docteure Céline BONNET

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D’URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1° sous-section : (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

Docteur Philippe GUERCI (stagiaire)

2° sous-section : (Médecine intensive-réanimation)

Docteur Antoine KIMMOUN

3° sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1° sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

4° sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3° sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4° sous-section : (Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire)

Docteure Nicla SETTEMBRE (stagiaire)

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1° sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ

2° sous-section : (Chirurgie viscérale et digestive)

Docteur Cyril PERRENOT

54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L’ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale)

Docteure Eva FEIGERLOVA (stagiaire)

5° sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1° sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5° Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7° Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19° Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Madame Ketsia HESS - Monsieur Christophe NEMOS

66° Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

69° Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE - Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996) *Université de Pennsylvanie (U.S.A)*
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A notre président de Jury

Monsieur le Professeur Jean-Marc BOIVIN

Professeur des Universités de Médecine Générale

Vous nous faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Nous vous remercions pour vos conseils avisés.

Nous vous prions de trouver ici l'assurance de notre gratitude et de notre profond respect.

A notre juge

Monsieur le Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur de Pédiatrie

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

A notre juge

Monsieur le Professeur Cyril SCHWEITZER

Professeur de Pédiatrie

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance

A notre juge et directeur de Thèse

Monsieur le Docteur Damien GONTHIER

Chef de Clinique des Universités au Département de Médecine
Générale de Nancy

Vous nous avez fait l'honneur de diriger cette thèse.

Nous vous remercions pour votre bienveillance, votre attention, votre
écoute, votre connaissance et vos conseils.

Ce fut un plaisir d'analyser les entretiens avec vous.

Puisse ce travail être à la hauteur de votre investissement.

Veillez y trouver l'expression de notre profonde reconnaissance.

A mes parents

Merci pour toutes les belles valeurs que vous m'avez transmises.
Merci pour votre soutien bienveillant et indéfectible.
Continuez d'être aussi heureux tous les deux, je vous aime.
Papa, j'ai hâte que l'on débute l'association, merci pour ta confiance.

A mes grand-parents

Merci pour tous les moments de bonheur innocent passés ensemble
et pour tous les beaux souvenirs que j'en ai.
Une petite pensée au papi François qui a ouvert le cabinet médical.

A ma chérie

Merci de m'accompagner sur notre joli petit nuage heureux. Vivre
chaque seconde à tes côtés et ceux des petits est un pur plaisir. Je
t'aime et t'aimerai toujours, « jusqu'aux pissenlits » !

A Héloïse

Notre premier rayon de soleil, ma p'tite crevette. Tu as déjà 6 ans et
es tellement resplendissante. Je m'enivre quotidiennement de tes
sourires et éclats de rire, surtout quand tu « fais la zinzin ». Je suis
très fier de toi. Je t'aime ma p'tite puce.

A Léopold

Notre deuxième rayon de soleil, mon p'tit tchoutchou. Tu as déjà 5
mois. Tu suis déjà les pas de ta grande sœur et me procure un
bonheur inépuisable. Tu es une p'tite boule de sourires, je t'aime.

A Lucile

Ma frangine, tu es devenue une jolie maman. Merci pour tous les bons moments passés ensemble. Je vous souhaite le meilleur à tous les trois (et peut être plus à l'avenir).

A ma famille

Merci pour votre jovialité et votre bienveillance.

A mes beaux-parents

Merci pour votre présence chaleureuse. C'est un plaisir de vous avoir rencontrés et de passer du temps avec vous.

A mes amis

Merci pour tous les bons délires passés ensemble. Merci pour votre fidélité.

SERMENT

«Au moment d'être admis 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont 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 et méprisé si j'y manque ».

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE.....	16
ARTICLE.....	20
RÉSUMÉ.....	20
I. INTRODUCTION.....	21
II. MATÉRIEL et MÉTHODES.....	22
1. Méthode de recueil.....	22
2. Méthode d'analyse.....	23
III. RÉSULTATS.....	23
1. La gastro-entérite aiguë, un élément de vie banal.....	25
2. Mais une banalité relative.....	26
3. Le besoin d'être rassuré.....	29
4. Des compétences empiriques fragiles.....	31
Schéma récapitulatif.....	32
IV. DISCUSSION.....	33
1. Le savoir profane et l'acquisition de compétences.....	33
2. L'automédication.....	35
3. La relation médecin-patient et l'approche centrée patient.....	36
V. CONCLUSION.....	37
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	38
CONCLUSIONS.....	41
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES DU PRÉAMBULE.....	42

Préambule

I. Définition

La gastro-entérite aigue est définie par une diarrhée aigue associée ou non à des vomissements, de la fièvre (1).

La diarrhée aigue est définie par une modification de la consistance des selles (molles ou liquides) et/ou par une augmentation de leur nombre (1).

Une modification de la consistance des selles est plus indicative d'une diarrhée aigue qu'une augmentation du nombre de selles (1).

II. Epidémiologie de la gastro-entérite aigue

1) Incidence

L'incidence cumulée de l'épidémie de gastro-entérite aigue de la saison hivernale 2017/2018 avoisinait les 2 millions de cas dans la population générale, dont 340000 cas pour les enfants de 0 à 4 ans (2). Elle était probablement sous-estimée, les chiffres ne prenant en compte que les consultations de médecine générale.

2) Etiologie

Elle est majoritairement d'origine virale, les rotavirus, calicivirus, astrovirus et adenovirus en étant les principaux représentants (3), Le rotavirus est le plus fréquemment responsable de diarrhées sévères et représente 30 à 40% des causes des diarrhées aigues infectieuses de l'enfant (4).

L'origine bactérienne est représentée principalement par les Campylobacter et les Salmonelles (1).

3) Transmission

La transmission est principalement féco-orale directe ou indirecte par le biais de l'eau, des aliments, de surfaces contaminées (4).

4) Impact

Le résultat de consultation « diarrhée – nausée – vomissement » se place au huitième rang des diagnostics les plus fréquents pour la tranche d'âge « 0 à 1 an », et au dixième rang pour la tranche d'âge « 2 à 9 ans » (5).

Les infections à rotavirus chez les enfants de moins de 5 ans seraient à l'origine de 138 000 consultations par an, et représenteraient un coût de 28 millions d'euros (6).

La prise en charge de la gastro-entérite aigue représente donc un enjeu de santé publique majeur.

III. Recommandations

La prise en charge de la gastro-entérite aigue virale de l'enfant repose sur :

1) La réhydratation orale

Elle représente l'élément de première ligne de la prise en charge de la gastro-entérite aigue (1). L'utilisation d'une solution de réhydratation orale d'osmolarité réduite (50/60 mmol/L Na) permet de restaurer l'équilibre hydro-électrolytique qui est à l'origine de la déshydratation.

En cas de déshydratation légère, du jus de pomme dilué de moitié avec de l'eau semble être aussi efficace qu'une solution de réhydratation orale (7).

2) La réalimentation précoce

Elle représente un deuxième élément primordial de la prise en charge. Elle a un effet bénéfique sur la durée de la diarrhée, sur son volume et sur la reprise pondérale de l'enfant (1).

En cas d'allaitement maternel exclusif, une poursuite de l'allaitement est préconisée, associée par alternance à une réhydratation par une solution de réhydratation orale hypotonique.

En cas d'allaitement artificiel, en association à la réhydratation par une solution de réhydratation orale hypotonique, une réalimentation précoce dans les quatre premières heures avec le lait habituel et un régime normal sont préconisés, évitant les aliments laxatifs (8)

3) Des traitements médicamenteux

Ils peuvent être proposés en association à la réhydratation orale, qui est indispensable.

a) Les anti-diarrhéiques

Le racécadotril et la diosmectite peuvent raccourcir la durée de la diarrhée (1).

Le loperamide n'est pas recommandé (1).

b) Les probiotiques

Saccharomyces boulardii et Lactobacillus GG (ce dernier n'est pas disponible, à la concentration utilisée dans les études, en France) réduisent la durée et l'intensité des symptômes (1), ce qui n'a pas été confirmé par une étude récente (9).

c) Les anti-émétiques

Ils ne sont pas à prescrire en traitement ambulatoire.

IV. Pourquoi ce sujet ?

Le sujet a été évoqué par l'auteur, (F.F.), étudiant en médecine générale, suite à une interrogation personnelle, qui a mûri au fil de son expérience accumulée lors de ses stages et de ses divers remplacements.

Comme l'indiquent les chiffres du Réseau Sentinelle et de l'Observatoire de la médecine générale, l'auteur a rencontré de nombreux enfants atteints de gastro-entérite aiguë pendant les épidémies hivernales. Il constatait que les parents se présentaient souvent en annonçant : « voilà, c'est pas grand chose, je suis là parce que mon enfant a une gastro ». De cette constatation est née une première interrogation : pourquoi les parents consultent-ils alors qu'ils connaissent le diagnostic et qu'ils ne semblent pas inquiets ?

Par ailleurs, il a été confronté à de nombreuses demandes des parents. Le souhait d'une prescription médicamenteuse, et plus particulièrement de métopimazine, était fréquent et régulièrement insistant, d'où la naissance d'une nouvelle interrogation : pourquoi l'attente de métopimazine paraît-elle tellement importante, d'autant plus qu'elle n'est pas en accord avec les recommandations officielles ?

De plus, l'auteur a constaté que les parents avaient souvent donné un traitement avant de venir en consultation, indifféremment de la durée d'évolution des symptômes. Une nouvelle fois la métopimazine était régulièrement citée. On pouvait se demander pourquoi les parents avaient tant recours à l'automédication, et pourquoi cette automédication divergeait des recommandations.

Selon les consultations, après avoir délivré une information et une éducation qu'il pensait être appropriées et attentionnées, l'auteur se trouvait face à des parents qui paraissaient dubitatifs et surtout insatisfaits. Il se demandait alors si cette insatisfaction était la conséquence d'une approche inappropriée des patients lors de la consultation, si ils avaient eu de mauvaises expériences antérieures ou si leur médecin habituel adoptait une autre démarche.

Ces interrogations ont souvent été posées directement aux parents lors des consultations, les réponses obtenues ayant conduit l'auteur vers certaines pistes.

C'est dans ce contexte qu'a été envisagé le sujet, dans une volonté de s'intéresser de façon originale, aux représentations et aux attentes des parents, en les laissant s'exprimer plus librement que lors d'une consultation médicale.

ARTICLE

REPRESENTATION ET ATTENTES DES PARENTS CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DE LA GASTRO- ENTERITE DE LEURS ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

Résumé

Introduction : la gastro-entérite aigue fréquemment bénigne, est à l'origine d'un nombre important de consultations dans un cabinet de médecine générale.

L'automédication est un premier réflexe pour une proportion non négligeable de Français. Ils administrent des traitements, notamment des anti-émétiques, à leurs enfants, dans une perspective curative, en dépit du risque de iatrogénie.

Objectif principal : évaluer les attentes et représentations des parents face à la gastro-entérite aigüe de leurs enfants.

Objectif secondaire : évaluer la perception du risque lié à cette pathologie parmi les parents interrogés.

Méthode : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de parents d'enfants de moins de 5 ans, jusqu'à saturation des données, analyse par une méthode inductive et triangulation des données.

Résultats : la gastro-entérite aigue est décrite comme banale mais paradoxalement source d'une forte inquiétude qui pousse les parents à se rassurer par l'utilisation ou la demande de médicaments, et par l'attente de conseils et d'empathie de leur médecin.

Conclusion : cette étude suggère qu'un effort doit être entrepris pour améliorer l'information et l'éducation délivrées aux parents par une approche centrée patient, afin d'améliorer leur compréhension, d'apaiser leur ressenti, et ainsi permettre à la prise en charge de correspondre au mieux aux recommandations officielles.

Introduction

La gastro-entérite aigue est une pathologie fréquemment diagnostiquée en médecine générale. Bien que d'évolution majoritairement bénigne, elle engendre régulièrement un grand nombre de consultations chez le médecin généraliste et le pédiatre. Selon le Réseau Sentinelles, l'incidence cumulée estimée pour la saison hivernale 2017 /2018 avoisine les 2 millions de cas dans l'ensemble de la population, dont 340 000 cas chez les enfants de 0 à 4 ans (1). Ces chiffres ne tenant pas compte de consultations auprès d'un pédiatre, l'incidence chez les enfants est probablement sous-estimée. D'après l'Observatoire de la Médecine Générale, le résultat de consultation « diarrhée – nausée – vomissement » se place au huitième rang des diagnostics les plus fréquents pour la tranche d'âge « 0 à 1 an », et au dixième rang pour la tranche d'âge « 2 à 9 ans » (2). La gastro-entérite aigue est la cause d'un coût non négligeable pour le système de santé. Pour exemple, les infections à rotavirus chez les enfants de moins de 5 ans seraient à l'origine de 138 000 consultations par an, et représenteraient un coût de 28 millions d'euros (3). D'après les dernières recommandations concernant la gastro-entérite aigue, la prise en charge ambulatoire limite l'emploi de diverses molécules, consistant en une utilisation de soluté de réhydratation orale, à laquelle peuvent être adjoints du racécadotril ou de la diosmectite, éventuellement des probiotiques, bien que cela soit discutable (4), les anti-émétiques n'ont pas leur place (5). Selon la commission de transparence de la Haute Autorité de Santé, le service médical rendu de la métopimazine est modéré (6), et un avis défavorable au remboursement de la dompéridone a été émis, en raison d'un service médical rendu insuffisant et du risque d'effets secondaires chez l'enfant (7). Toujours selon un rapport de la Haute Autorité de Santé, « les représentations collectives sont principalement centrées sur l'action médicamenteuse dans une perspective curative » (8).

Dans ce contexte, il paraît intéressant de se pencher sur la représentation qu'ont les parents d'enfants atteints de gastro-entérite aigue, ainsi que sur leurs attentes concernant la prise en charge.

Matériel et Méthodes

Une méthode qualitative par entretiens semi-dirigés a été privilégiée pour cette étude. Cette méthode a permis d'identifier le sens du discours des parents pour en dégager les représentations, les croyances et les éléments intimes afin d'expliquer leur comportement et leurs attentes face à une gastro-entérite aigüe.

Méthode de recueil

- Sélection des participants
 - La sélection s'est faite par un échantillonnage raisonné selon l'âge, le sexe, le niveau d'activité, la structure familiale, l'expérience de gastro-entérite aigüe des parents.
 - Les parents ont été sélectionnés, après une consultation médicale pour un autre motif que la gastro-entérite aigüe de leur enfant, auprès de médecins généralistes du Bas-Rhin. Une explication succincte sur l'étude leur a été fournie. Un consentement oral a été recueilli ainsi que leurs coordonnées téléphoniques. Un rendez-vous d'entretien a été fixé après contact téléphonique.

Recueil des données

- Guide thématique :
 - Les thèmes abordés portaient sur les expériences passées concernant la gastro-entérite aigüe, les connaissances diagnostiques et thérapeutiques, la perception de la gravité et de l'évolution naturelle, le degré d'inquiétude exprimé, les attentes concernant la thérapeutique, les attentes concernant le médecin.
- Déroulement des entretiens :
 - Les entretiens se sont déroulés au domicile des parents. Afin de favoriser un environnement calme, les parents ont choisi des horaires durant lesquels ils

étaient seuls. Ils ont donné leur accord après avoir reçu une information quant à l'anonymat des entretiens. Ces derniers ont été enregistrés sur dictaphone.

Méthode d'analyse

- Les enregistrements ont été intégralement retranscrits.
- Leur analyse a été faite par méthode inductive, comprenant trois niveaux de codage des données :
 - Un premier niveau dit « ouvert », descriptif, qui permet de passer des paroles recueillies à des concepts.
 - Un second niveau dit « axial » qui permet de hiérarchiser les concepts en catégories.
 - Un troisième niveau matriciel dit « sélectif » qui permet de cadrer les catégories, de les regrouper en thèmes.

Résultats

Notre étude comportait 15 entretiens d'une durée moyenne de 23 minutes. Les caractéristiques des participants sont regroupées dans le tableau qui suit.

<i>Parent</i>	<i>Age des parents</i>	<i>Sexe</i>	<i>Structure familiale</i>	<i>Activité</i>	<i>Nombre d'enfants</i>	<i>Age des enfants</i>	<i>Expérience de Gastro-entérite</i>
1	35 ans	Femme	Divorcée Vit seule	Assistante maternelle	3	4 ans 10 ans 12 ans	Nombreuses
2	28 ans	Femme	Mariée	Professeur d'allemand	3	3 mois 4 ans	Peu nombreuses

						6 ans	
3	34 ans 34 ans	Femme Homme	Mariés	Professeur des écoles	3	9 mois 3 ans 5 ans	Peu nombreuses (1 enfant)
4	33 ans	Femme	Mariée	Assistante RH	2	8 mois 5 ans	Peu nombreuses
5	28 ans	Femme	Mariée	Mère au foyer	3	2 ans 4 ans 5 ans	Nombreuses
6	40 ans	Femme	Vit seule	Commerciale	1	5 ans	Peu nombreuses
7	33 ans	Homme	Marié	Ingénieur	2	1 an 4 ans	Peu nombreuses
8	32 ans	Femme	Mariée	Mère au foyer	2	2 ans 4 ans	Peu nombreuses (1 enfant)
9	30 ans	Femme	Mariée	Syndic de copropriété	1	4 ans	Peu nombreuses
10	32 ans	Homme	Marié	Commercial	1	4 ans	Peu nombreuses
11	29 ans	Homme	Marié	Commercial	2	8 mois 4 ans	1 épisode
12	29 ans	Femme	Mariée	Mère au foyer	2	3 ans 5 ans	Peu nombreuses (1 enfant)
13	27 ans	Femme	Mariée	Secrétaire	2	8 mois 4 ans	1 épisode
14	33	Homme	Marié	Agent SNCF	2	3 ans 6 ans	Peu nombreuses (1 enfant)
15	33 ans	Femme	Mariée	Professeur des écoles	1 enceinte	5 ans	Peu nombreuses

Les trois niveaux de codages évoqués dans la partie « Matériel et Méthodes », ont permis de dégager quatre grands thèmes, comprenant chacun plusieurs catégories. Ils sont abordés selon une chronologie qui s'est imposée dans l'ensemble des entretiens. Cette chronologie sera reprise dans un schéma récapitulatif à la fin des résultats. Les thèmes et les catégories ont été illustrés par des verbatims.

I) La gastro-entérite aigue, un élément de vie banal

Cette notion de banalité apparaissait comme une première représentation majeure et spontanée qu'avaient les parents concernant la gastro-entérite de leurs enfants. Elle était considérée comme un élément de vie pour l'ensemble des parents interrogés. La banalité s'objectivait aussi bien dans la définition de la pathologie, que dans sa prise en charge et son évolution.

1) Une épidémiologie et une symptomatologie connues

Les parents n'hésitaient pas pour définir un épisode de gastro-entérite aigue. Les symptômes et étiologies leur paraissaient évidents. Pour une majorité de parents, les vomissements représentaient le symptôme majeur, voire quasi indispensable. La diarrhée était généralement évoquée inconstamment en second plan, avec des douleurs abdominales et de la fièvre. L'étiologie virale était considérée comme la principale cause de la gastro-entérite aigue, suivi de la cause bactérienne.

- Parent 1 « *La gastro ici on connaît* »
- Parent 2 « *mal au ventre et peut-être un peu de fièvre, mais je crois que ce n'est pas nécessaire* »
- Parent 5 « *en général quand ils ont la gastro ils ont surtout vomissements, pas beaucoup la diarrhée* »
- Parent 10 « *pour moi gastro c'est plutôt signe de vomissement* » ; « *tu sais que c'est un virus* »

2) Une prise en charge évidente

Lorsqu'on interrogeait les parents sur leur attitude en cas de suspicion de gastro-entérite aigüe, ils savaient laquelle adopter, la notion de banalité étant une nouvelle fois objectivée. On pouvait distinguer deux attitudes différentes, qui étaient chacune une évidence pour les parents. Certains avaient recours aux différents traitements symptomatiques disponibles. D'autres favorisaient les solutés de réhydratation orale et la surveillance. Dans les deux cas, les parents accordaient de l'importance à l'adaptation de l'alimentation et de l'hydratation, ainsi qu'à l'accompagnement affectif de leur enfant.

- Parent 1 « *c'est vraiment ciblé sur les symptômes* »
- Parent 2 « *ils dorment avec moi dans le lit, ils sont avec moi, je reste avec eux* » ; « *je caresse un peu son dos pour montrer que je suis avec lui* »
- Parent 3 « *on lui mettrait de l'eau et du soluté de réhydratation* »
- Parent 5 « *en leur donnant pas beaucoup de nourriture, en hydratant tout doucement* » ; « *des choses assez légères* »

3) Une évolution bénigne

La gastro-entérite aigüe n'était pas évoquée spontanément comme grave, mais plutôt comme une maladie bénigne, comme un bref passage dans le quotidien, et qui pouvait être fréquemment contractée par les enfants.

- Parent 1 « *ça va être naturel, hop, paf, il y a la gastro et voilà* » ; « *ça fait partie de la vie, c'est pas grave* »
- Parent 2 « *avec les enfants ça arrive souvent* »
- Parent 10 « *on sait que c'est quelque chose qui va passer avec le temps* »
- Parent 11 « *je crois que c'est la phrase que j'ai du dire le plus, c'est faut attendre que ça passe* »

II) Mais une banalité relative

A ce sentiment spontané de banalité, succédait pour les parents une impression inconfortable qui semblait envahir leurs capacités de raisonnement, mettant en doute leurs certitudes préalablement décrites et les conduisant à une remise en question

déroutante. Ce questionnement concernait tant la définition que l'évolution de la pathologie, et était à l'origine d'émotions perturbantes. Il survenait principalement lorsque les critères cliniques, jugés comme bénins par les parents, étaient perçus comme dépassés. Parallèlement à cet inconfort psychologique, l'élément de vie banal était également source de complications d'organisation pratiques familiales et professionnelles.

1) Un diagnostic incertain

La symptomatologie, qui semblait évidente à première vue, était néanmoins remise en question. Les parents s'interrogeaient sur la possibilité d'un diagnostic différentiel. L'inquiétude n'était pas centrée nécessairement sur la gravité de ce potentiel diagnostic, mais plutôt sur la remise en question de leurs compétences autour de la démarche thérapeutique initiale. Ils craignaient de ne pas faire ce qu'il fallait pour leur enfant. Néanmoins, pour certains, les symptômes initialement décrits pouvaient être des signes annonciateurs d'une maladie plus grave.

- Parent 1 « *je me suis toujours dit que ça peut peut-être cacher autre chose* »
- Parent 6 « *j'avais peur que ce soit beaucoup plus grave* »
- Parent 8 « *ça peut toujours être quelque chose de plus grave* »

2) Un risque de complication

Malgré la prétendue bénignité évoquée par les parents, la notion de complication potentielle n'était pas inexistante. Les parents avaient connaissance du risque de déshydratation, voire de décès pour certains. Lorsque ce risque était envisagé par les parents, toutes les démarches préalables étaient ébranlées, d'autant plus que l'épisode de gastro-entérite se prolongeait ou qu'il touchait un jeune enfant (les limites d'âge et de durée semblent très variables d'un parent à l'autre).

- Parent 1 « *si en deux jours vraiment c'est pas parti, c'est que c'est vraiment plus important* »
- Parent 2 « *quand ils sont tout petits le risque de déshydratation est aussi plus grand* »

- Parent 3 « *ben d'être déshydraté et de devoir foncer aux urgences* »
- Parent 8 « *un enfant qui se déshydrate, il peut potentiellement mourir quand même !* »

3) Un ressenti inconfortable

Indépendamment du niveau de gravité de chaque épisode de gastro-entérite, cet épisode était toujours associé, pour les parents, à divers sentiments négatifs et désagréables. Ils éprouvaient la souffrance de leurs enfants. On pouvait citer, parmi les principaux ressentis perçus au cours des entretiens, l'inquiétude, la souffrance, l'impuissance, la frustration, la peur, l'épuisement, l'anxiété, le stress, la tristesse, l'incompréhension, la perte de contrôle, le dégoût.

- Parent 1 « *celle que j'aime le moins c'est la gastro, c'est pas ma copine* » ; « *moi je veux pas de gastro chez moi, c'est comme les poux* »
- Parent 3 « *t'es pas trop à l'aise* » ; « *et puis t'es un peu démuni* » ; « *c'est compliqué* »
- Parent 6 « *tu pars vite dans l'angoisse* »
- Parent 11 « *on avait peur* » ; « *ça nous met un peu en stress* »
- Parent 12 « *les vomissements c'est pas quelque chose que je euh...eurk !* »

4) Un quotidien perturbé

La gastro-entérite entraînait également un déséquilibre des habitudes des parents, déséquilibre qui touchait à la fois la dimension psychologique (évoquée précédemment) et la dimension pratique. Les parents devaient modifier leur quotidien, et ce quelque soit leur contexte social. Ils devaient à la fois prendre des précautions d'hygiène pour leur habitation, adapter leurs impératifs professionnels et le mode de garde de leur enfant.

- Parent 1 « *quand il y a une gastro ici, ben je ne peux pas forcément travailler* »
- Parent 2 « *du coup il pouvait pas aller à la crèche* »
- Parent 3 « *quitter le boulot en trombe avec la peur de la déshydratation* »
- Parent 7 « *ça restreint un peu les activités* »

III) Le besoin d'être rassuré

Cette remise en question globale jetait les parents dans le désarroi. Ils étaient alors à la recherche de solutions afin d'amorcer une ligne de conduite rassurante et de rétablir un équilibre de vie. Au fil des entretiens, nous avons objectivé trois entités qui assuraient ce rôle réconfortant.

1) Par un médicament

L'automédication était évoquée en première solution car aisément accessible. Le médicament était employé généralement dans un but de soulagement et de guérison accélérée. Les parents devenaient alors acteur de la prise en charge, allant à l'encontre de l'impuissance ressentie. Ils pouvaient aider leur enfant et ainsi assurer leur devoir, leur rôle parental. La métopimazine occupait la place la plus importante dans cette démarche. Ce traitement permettait d'agir sur le symptôme qui dérangeait le plus les parents. Les anti-diarrhéiques étaient cités en second plan, ainsi que les antalgiques/anti-pyrétiques. Les solutés de réhydratation orale étaient peu évoqués et ne semblaient pas être associés à une action rassurante.

- Parent 1 *« j'pense que si j'avais pas ça, ça mettrait plus longtemps » ; « dès que la gastro est là je leur donne tout de suite ce qu'il faut » ; « quand j'ai pas ça c'est l'horreur, c'est l'horreur »*
- Parent 5 *« je leur donnait des suppos de vogalène...tout de suite quand ils vomissaient » ; « le vogalène c'est peut-être la simplicité parce que je sais que ça marche »*
- Parent 8 *« c'est important qu'elle ait des anti-vomitifs pour qu'elle s'arrête de vomir » ; « ça m'embêterait que ça traîne, je voudrais quand même un médicament »*

2) Par un médecin

Tous les parents évoquaient le rôle rassurant du médecin, qu'ils aient recours à l'automédication ou non. Il représentait l'acteur majeur de la prise en charge, étant considéré comme expert dans son domaine et donc source de confiance. Il permettait de rassurer les parents à tous les niveaux, et devait répondre à plusieurs attentes :

- il devait confirmer le diagnostic, effaçant un premier niveau d'incertitude.
 - Parent 4 « *on allait chez la pédiatre pour qu'elle identifie le problème* »
- il devait établir un niveau de gravité, notamment vis à vis du risque de déshydratation, risque qui était un deuxième niveau d'incertitude
 - Parent 3 « *pour vérifier à quel point ils sont déshydratés* »
- il devait apporter des conseils sur l'hydratation et l'alimentation
 - Parent 14 « *dire quoi faire et comment le faire* »
- il devait, pour certains parents, prescrire un traitement. Cette demande rejoignait les idées évoquées dans le précédent paragraphe, confirmant le rôle rassurant du médicament. Pour d'autres, le médicament ne représentait pas une attente de prise en charge.
 - Parent 1 « *sans ces médicaments là spécifiques pour la gastro je sais pas si je serais contente* »
 - Parent 8 « *mais là il faudrait un médicament, sinon je vais ailleurs* »
- il devait être à l'écoute des parents, et prendre le temps de fournir ses explications. Cette dernière attente était perçue comme primordiale, puisqu'elle conditionnait le rôle rassurant des précédentes.
 - Parent 13 « *j'ai pas été assez rassurée, pas assez prise au sérieux* » ; « *aux urgences elle a été super douce, très rassurante* »
 - Parent 13 « *Qu'elle me dise qu'au vu de ce qu'elle a c'est pas une petite gastro, voilà surveillez la bien, ça peut durer, et pour pas qu'elle se déshydrate je vous donne une solution de réhydratation. Voilà et si elle voulait pas me prescrire du Tiorfan je l'aurais peut être plus accepté* ».

3) Par l'entourage

Les parents se rassuraient en comparant la situation de leur enfant à celle d'enfants de leurs proches, ou en interrogeant leurs propres parents. Leur avis était perçu comme très important. Dans cette situation, ils assumaient un rôle proche de celui de l'expert.

- Parent 6 « *je tiens mes solutions de ma maman en fait* »
- Parent 9 « *des gens autour, ce que les gens ont toujours dit quoi* »
- Parent 12 « *parce que j'avais déjà entendu, y a pas grand chose à faire* »

IV) Des compétences empiriques fragiles

Après avoir éprouvé les trois précédentes étapes et lorsque la gastro-entérite a régressé, les parents retrouvaient leur sérénité. Ils augmentaient leur sentiment de compétence en y intégrant cette expérience plus ou moins rassurante mais qui serait remobilisée pour prendre en charge les épisodes pathologiques à venir. Mais leur sentiment de compétence restait fragile selon eux.

1) Une expérience qui conforte leur compétence

Lorsqu'on évoquait des épisodes (hypothétiques ou vécus) ultérieurs de gastro-entérite, les parents étaient spontanément confiant dans leurs réponses, retombant sur leurs certitudes. Leur rôle d'acteur dans la prise en charge en tant que parent était consolidé par l'expérience vécue. Ils se considéraient comme plus « experts » et donc plus paisibles.

- Parent 3 « *après on dupliquait le truc* »
- Parent 4 « *un peu à ma sauce* » ; « *le deuxième enfant il y a moins de stress...il y a une certaine expérience* »
- Parent 11 « *je pense qu'on aurait la même logique qu'avec la première* »
- Parent 13 « *on saurait quoi donner, on est passé par là avec X, on serait moins stress* »

2) Une assurance facilement ébranlée

Bien que les parents se sentaient plus « experts », tout comme la banalité évoquée auparavant, ce sentiment était fragile. Chaque nouvelle certitude pouvait être enrayée, le doute s'installant à nouveau, et une remise en question déroutante réapparaissait. Les mêmes schémas de réassurance étaient une nouvelle fois mobilisés. Une certaine redondance dans la démarche des parents, une sorte de cycle sans fin étaient mis en place. Cette image est illustrée dans le schéma récapitulatif qui suit.

- Parent 6 « *si je vois que dans la journée elle arrive pas à reprendre du poil de la bête, là je vais quand même appeler mon médecin* »
- Parent 11 « *si ça venait à se dégrader trop euh...on irait chez le médecin* »

Gastro-entérite aigue, un élément de vie banal :

- je connais les symptômes
- je connais les traitements
- je sais que ça guérit rapidement



Un élément de vie banal, mais ...

- qui m'inquiète (complications, durée, inefficacité des traitements, sentiment d'impuissance)
- qui perturbe mon quotidien



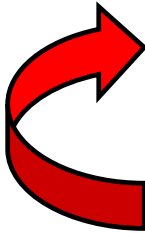
J'ai besoin d'être rassuré :

- par un médicament
- par un médecin
- par mon entourage



Et je me sens plus compétent, quoique ...

- grâce à mon expérience, je me sens plus compétent
- malgré mon expérience, je suis facilement inquiet



Discussion

Critiques de l'étude

On peut évoquer le caractère inexpérimenté de l'enquêteur concernant la réalisation des entretiens, caractère qui a nécessité de prendre du recul par rapport à ses propres connaissances, représentations et croyances sur le sujet.

L'échantillon interrogé n'est pas représentatif de l'ensemble de la population française mais cela n'est pas exigé en recherche qualitative. Il importait en effet que l'échantillonnage raisonné permette d'interroger une population variée de parents. En effet, nous avons interrogés des parents d'âge, de sexe, de structure familiale, de niveau d'activité et d'expérience de gastro-entérite différents.

Le point fort de cette étude est représenté par une analyse consciencieuse des entretiens. Ils ont été analysés par l'enquêteur et par le directeur du projet selon la méthodologie COREQ (9). Cette triangulation des données systématique et méthodique a permis d'identifier le sens du discours des parents et de dégager des représentations, expliquant leurs comportements et leurs attentes.

Apports de l'étude

Ce travail a permis d'identifier et de classer les représentations des parents concernant la gastro-entérite aigue de leur enfant en une succession d'étapes communes. Ces étapes étaient le reflet des mécanismes d'analyse des expériences des parents tout au long d'un épisode de gastro-entérite aigue.

Le savoir profane et l'acquisition de compétences

Avant le premier épisode de gastro-entérite aigue de leur enfant, chaque parent a sa propre expérience de la maladie. Cette notion d'expérience « renvoie à la fois au fait d'éprouver une chose (une sensation, des symptômes) et au fait de connaître cette chose

pour l'avoir déjà éprouvée » (10). Le savoir profane est défini comme un savoir acquis par une personne qui n'est pas initiée à une science (11). Dans notre travail, les parents ont dépassé ce stade de savoir « profane », puisqu'ils déclaraient avoir déjà acquis des connaissances et des compétences sur le sujet de la gastro-entérite en général. Or dans notre sujet d'étude, les parents ont fait face à une toute nouvelle situation : la gastro-entérite, ne touchant pas leur propre corps, mais celui de leur enfant. Ils étaient devenus des profanes de la prise en charge de cette gastro-entérite de leur enfant. Cette nouvelle expérience représentait donc une source de nouvelles sensations, nécessitant de créer de nouvelles compétences. En effet, la prise en charge de la gastro-entérite de leur enfant nécessite, de la part des parents, l'acquisition de compétences techniques (hydratation, automédication, hygiène) et surtout de compétences d'adaptation comme la réassurance de leur enfant, la gestion des conséquences professionnelles et familiales. L'apprentissage de ces compétences, fondements de l'éducation et de l'autonomisation des parents, est complexe et influencée par la gestion notamment émotionnelle (12) des différentes expériences autour de la gestion de la gastro-entérite.

La répétition des épisodes de gastro-entérite représentait un outil d'amélioration des compétences des parents, tant dans leur savoir théorique, que dans leur savoir faire ou leur savoir être. La gastro-entérite aiguë de leur enfant était considérée en soi comme une expérience de vie obligatoire voire comme un élément de vie qui se rapprocherait d'un signe identitaire pour leur enfant, qui suffisait pour certains parents à enrichir leurs connaissances et leurs compétences. On pourrait parler d'un épisode de gastro-entérite comme étant un « épisode autodidacte » (13). Les parents ont développé des stratégies d'ajustement face à la gastro-entérite de leur enfant et ainsi augmenté leur sentiment d'auto-efficacité, essentielle dans les apprentissages (14).

Au delà de l'apprentissage et l'acquisition de compétences des parents par les apports de l'expérience acquise au contact de leur enfant, certains parents ont besoin d'enrichir leur savoir profane par le biais d'autres intermédiaires, généralement afin d'aider l'enfant à supporter sa pathologie, comme nous l'avons objectivé dans la partie « Le besoin d'être rassuré ». Les parents élaboraient des stratégies d'ajustement externe. L'entourage amical ou familial (15) représentait un rôle important dans cet enrichissement, apportant aux parents des connaissances considérées comme expertes. Le médecin occupait également une place primordiale dans l'acquisition des compétences. Comme nous l'avons évoqué dans les résultats de l'étude, les attentes vis à

vis du médecin sont multiples. Il va y répondre en tant qu'expert, et ainsi enrichir le panel de savoirs des parents. L'enrichissement peut se faire du fait de la satisfaction apportée par les médecins. Cet aspect est confirmé par une étude, menée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques publiée en 2017, qui témoigne que 88% des Français sont satisfaits de la qualité des soins offerts par les médecins généralistes (16). Un savoir expert est donc apporté au savoir profane des parents.

L'automédication

Dans notre étude, le médicament occupe une place importante dans la prise en charge de la gastro-entérite. Il était soit considéré comme une attente de la consultation médicale, soit utilisé comme automédication. Comme nous l'avons vu dans les résultats de l'étude, la principale motivation de son utilisation visait à rassurer les parents.

Les parents devenant des « experts profanes » (17), ils considèrent que la gastro-entérite est bénigne. S.Fainzang évoque une traduction d'un symptôme connu en un symptôme bénin (9). On peut alors penser que les parents considèrent la gastro-entérite de leur enfant comme étant bénigne parce qu'ils la connaissent. Se basant sur leurs compétences (qui découlent de la répétition des expériences vécues et des antécédents de prescriptions médicales), l'attitude d'automédication se justifiait à leurs yeux, et la consultation médicale perdait de son utilité.

L'attitude précédemment décrite était la conséquence d'expériences que l'on pourrait qualifier de positives. L'automédication pouvait également être un recours dans le cas d'expériences négatives. Ces deux aspects motivant l'automédication rejoignent les travaux de S.Fainzang qui remarque que « dans l'ensemble, les conduites des sujets de l'automédication au regard de l'autorité médicale s'organisent en deux catégories » et que « les personnes manipulent sans inquiétude des spécialités qui ne sont pas anodines dès lors qu'elles les utilisent pour gérer une situation qu'elles estiment connue » (9).

Par ailleurs, l'automédication est une pratique courante dans la population française. D'après l'étude menée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, l'automédication représentait le premier réflexe pour 19% des Français (16). Selon une enquête CSA/CECOP réalisée pour la Mutualité Française, 55% des Français considéraient que l'automédication correspondait à une gestion autonome de la santé, et 67% lui portaient un jugement positif (18). La notion d'autonomie était un élément évoqué dans les résultats de notre étude concernant la perturbation du quotidien des parents. L'automédication permettait de limiter cette perturbation et procurait une certaine autonomie pratique, les parents n'ayant plus besoin de se déplacer chez leur médecin. A l'autonomie pratique, s'ajoutait une notion d'autonomie intellectuelle qui permettait aux parents de prendre l'initiative de la décision de traiter leur enfant et d'augmenter leur sentiment d'auto-efficacité.

Selon une étude de l'organisation Les Entreprises du Médicament, l'accès au médicament était jugé comme un critère principal d'un niveau de vie acceptable (19). De plus, selon un rapport de la Haute Autorité de Santé, les patients étaient insuffisamment informés sur les thérapeutiques non médicamenteuses (8), ce qui pouvait d'autant plus justifier l'utilisation de médicaments, et par la même occasion favoriser l'automédication.

La relation médecin-patient et l'approche centrée patient

Par rapport à notre étude, le patient étant l'enfant, nous parlerons plus de la relation médecin-parent. Au cours de la consultation médicale, la relation médecin-parent est une rencontre entre deux personnes aux savoirs et qualifications distinctes. D'un côté le médecin, qui a un savoir expert, et de l'autre côté les parents, qui ont un savoir profane. Comme objectivé dans les résultats de l'étude, cette relation était source de nombreuses attentes. Les parents consultaient leur médecin pour bénéficier de son expertise, pour que son analyse objective leur permette de gérer leurs incertitudes. Ils enrichissaient leurs expériences vécues et acquièrent des compétences. Par répétition de consultations avec les mêmes parents, la relation médecin-parent évoluait pour devenir une rencontre entre le même expert et un profane qui « s'expertise » au fil du temps. Le parent, « le patient expert de lui-même » (17) devenait

le parent-expert de son enfant. Cette évolution soulignait encore l'importance de la prise en compte des savoirs des parents dans la relation médecin-parent.

Ces éléments reprennent les déterminants de l'approche ou la démarche centrée parent. En effet, l'approche centrée patient permet la prise en compte des représentations, savoirs, croyances et attentes des patients dans l'objectif de co-construire une décision personnalisée (20). La Haute Autorité de Santé a publié une mise au point sur la démarche centrée sur le patient, décrivant une relation basée sur le partenariat et considérant qu'il existe une complémentarité entre l'expertise des professionnels de santé et l'expérience du patient (21). La démarche décrite par la Haute Autorité de Santé se fondait entre autres sur une personnalisation des soins ainsi que sur le développement et le renforcement des compétences.

Conclusion

La gastro-entérite aiguë est à la fois banalisée et redoutée par les parents. Cette ambivalence est source d'attitudes et d'automédication inadaptées. Les parents attendent beaucoup de leur médecin, qui doit s'efforcer d'adopter une approche centrée sur eux, et ainsi leur permettre d'adapter au mieux la prise en charge de leur enfant. L'approche centrée sur les parents, telle que préconisée par la Haute Autorité de Santé, permettrait au médecin et aux parents de partager des informations et des décisions, au médecin de délivrer des conseils et précautions à prendre et dispenser une éducation thérapeutique adaptée. La qualité de la consultation sera améliorée, le savoir des parents sera renforcé et leurs compétences acquises se rapprocheront des recommandations officielles.

Références bibliographiques

1. Réseau Sentinelles, INSERM/UPMC, <http://www.sentiweb.fr/>
2. OMG - Top 50 des RC [Internet]. 2017 [cité 24 août 2017]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php>
3. SANT4 - Bulletin Officiel N°2007-7: Annonce N°158 [Internet]. 2018 [cité le 10 janv 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-07/a0070158.htm>
4. Lactobacillus rhamnosus GG versus Placebo for Acute Gastroenteritis in Children | NEJM. New England Journal of Medicine [Internet]. [cité 31 janv 2019]; Disponible sur: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1802598>
5. Diarrhée aiguë du nourrisson et de l'enfant [Internet]. G.F.H.G.N.P. 2018 [cité 10 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.gfhgnp.org/recherches-et-formationen/diarrhee-aigue-nourrisson-de-lenfant/>
6. Haute Autorité de Santé - VOGALENE 5 mg, suppositoire sécable (Boîte de 10) [Internet]. 2018 [cité le 10 janv 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_400181/fr/vogalene-5-mg-suppositoire-secable-boite-de-10?xtmc=&xtcr=3
7. Haute Autorité de Santé - Nausées et vomissements : ne pas donner de dompéridone (Motilium, Peridys, Oroperidys) aux enfants [Internet]. 2017 [cité le 24 août 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2618718/fr/nausees-et-vomissements-ne-pas-donner-de-domperidone-motilium-peridys-oroperidys-aux-enfants
8. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées - Rapport d'orientation. HAS, avril 2011
9. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la Revue. janv 2015;15(157):50-4
10. Fainzang S. L'automédication ou les mirages de l'autonomie [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2012. 194 p. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-automedication-ou-les-mirage-de-l->

autonomie--9782130606550.htm

11. Larousse É. Définitions : profane - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 27 janv 2019]. Disponible sur:
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/profane/64148>
12. Golay A, Lagger G, Giordan A. Une éducation thérapeutique en quatre dimensions pour diminuer la résistance au changement des patients obèses. *Médecine des Maladies Métaboliques*. mars 2007;1(1):69-76.
13. Jouet E, Flora LG, Las Vergnas O. Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients. *Pratiques de Formation - Analyses*. juin 2010;2010(58-59):olivier_lv
14. Galand B, Vanlede M. Le sentiment d'efficacité personnelle dans l'apprentissage et la formation : quel rôle joue-t-il ? D'où vient-il ? Comment intervenir ? *Savoirs*. 2004;Hors série(5):91
15. Bruchon-Schweitzer M, Boujut É. Les processus transactionnels : stress, contrôle, soutien social, et coping. Dans: *Psychologie de la santé* [Internet]. Paris: Dunod; 2014. p. 433-523. (Psycho Sup). Disponible sur:
<https://www.cairn.info/psychologie-de-la-sante--9782100557103-p-433.htm>
16. Laura Castell et Céline Dennevault (DREES), 2017, « Qualité et accès aux soins : que pensent les Français de leurs médecins ? », *Études et Résultats*, n°1035, Drees, octobre
17. Grimaldi A. Les différents habits de l'« expert profane ». *Les Tribunes de la sante*. 3 août 2010;n° 27(2):91-100.
18. « Les Français et l'automédication », une enquête exclusive réalisée pour la Mutualité Française à l'occasion du colloque « L'automédication : recul ou progrès ? » [Internet]. La Mutualité Française. [cité 21 janv 2019]. Disponible sur:
<https://www.mutualite.fr/presse/Les-Francais-et-l-automedication-une-enquete-exclusive-realisee-pour-la-Mutualite-Francaise-a-l-occasion-du-colloque-L-automedication-recul-ou-progres/>
19. Observatoire sociétal du médicament. LEEM, mai 2011
20. Moreau A, Kellou N, Supper I, Lamort-Bouché M, Perdrix C, Dupraz C, et al. L'approche centrée patient : un concept adapté à la prise en charge éducative du patient diabétique de type 2. *Exercer*. 2013;24(110):268-77
21. Haute Autorité de Santé - Démarche centrée sur le patient : information, conseil,

éducation thérapeutique, suivi [Internet]. [cité 21 janv 2019]. Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi

Conclusion

Notre étude a permis d'identifier les représentations et attentes des parents concernant la prise en charge de la gastro-entérite aigue de leur enfant. On peut penser que nos résultats pourraient permettre d'améliorer une consultation de médecine générale, en adaptant les messages d'information et d'éducation orale aux attentes des parents, et en améliorant la communication autour de la prise en charge de la gastro-entérite aigue dans une décision médicale partagée.

Nous nous sommes penchés sur la gastro-entérite aigue avec une approche qualitative. Il pourrait être intéressant d'analyser le même sujet, par une étude quantitative.

On peut également envisager la réalisation d'autres études qualitatives qui analyseraient les représentations et attentes des patients concernant d'autres pathologies, aiguës ou chroniques.

Nous avons évoqué l'importance de l'approche centrée patient. Cette démarche est régulièrement décrite dans le cadre de pathologies chroniques, certains patients pouvant participer à des formations en tant que « patients-experts ». On pourrait se pencher sur l'intérêt d'évaluer par une étude une telle démarche dans le cadre de prises en charge de pathologies aiguës, ces dernières pouvant se répéter dans le temps (comme la gastro-entérite). On peut imaginer que leur discontinuité, en se répétant régulièrement, peut tendre vers une forme de « continuité » et ainsi se « rapprocher » d'une pathologie chronique.

Références bibliographiques du préambule

1. Guarino A, Ashkenazi S, Gendrel D, Lo Vecchio A, Shamir R, Szajewska H. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe: update 2014. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2014;59(1):132-152
2. Réseau Sentinelles, INSERM/UPMC, <http://www.sentiweb.fr/>
3. Aide mémoire / Gastro-entérites aiguës virales / Risques infectieux d'origine alimentaire / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Risques-infectieux-d-origine-alimentaire/Gastro-enterites-aigues-virales/Aide-memoire>
4. France, Comité technique des vaccinations, Guérin N. Guide des vaccinations. Saint-Denis: Éd. INPES; 2008.
5. OMG - Top 50 des RC [Internet]. 2017 [cité 24 août 2017]. Disponible sur: <http://omg.sfmng.org/content/donnees/top25.php>
6. SANT4 - Bulletin Officiel N°2007-7: Annonce N°158 [Internet]. 2018 [cité le 10 janv 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-07/a0070158.htm>
7. Gastroentérite aiguë : réhydratation simple en cas de déshydratation légère d'un jeune enfant [Internet]. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/Fr/3/31/52705/0/NewsDetails.aspx>
8. Diarrhée aiguë du nourrisson et de l'enfant [Internet]. G.F.H.G.N.P. 2018 [cité 10 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.gfhgnp.org/recherches-et- formations/diarrhee-aigue-nourrisson-de-lenfant/>
9. Lactobacillus rhamnosus GG versus Placebo for Acute Gastroenteritis in Children | NEJM. *New England Journal of Medicine* [Internet]. [cité 31 janv 2019]; Disponible sur: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1802598>

VU

NANCY, le **03 mars 2019**
Le Président de Thèse

NANCY, le **04 mars 2019**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Jean-Marc BOIVIN

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 10635

NANCY, le **08 mars 2019**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Introduction : la gastro-entérite aiguë fréquemment bénigne, est à l'origine d'un nombre important de consultations dans un cabinet de médecine générale.

L'automédication est un premier réflexe pour une proportion non négligeable de Français. Ils administrent des traitements, notamment des anti-émétiques, à leurs enfants, dans une perspective curative, en dépit du risque de iatrogénie.

Objectif principal : évaluer les attentes et représentations des parents face à la gastro-entérite aiguë de leurs enfants.

Objectif secondaire : évaluer la perception du risque lié à cette pathologie parmi les parents interrogés.

Méthode : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de parents d'enfants de moins de 5 ans, jusqu'à saturation des données, analyse par une méthode inductive et triangulation des données.

Résultats : la gastro-entérite aiguë est décrite comme banale mais paradoxalement source d'une forte inquiétude qui pousse les parents à se rassurer par l'utilisation ou la demande de médicaments, et par l'attente de conseils et d'empathie de leur médecin.

Conclusion : cette étude suggère qu'un effort doit être entrepris pour améliorer l'information et l'éducation délivrées aux parents par une approche centrée patient, afin d'améliorer leur compréhension, d'apaiser leur ressenti, et ainsi permettre à la prise en charge de correspondre au mieux aux recommandations officielles.

TITRE EN ANGLAIS :

Representation et expectations of parents regarding the management of acute gastroenteritis of their children under 5 years of age.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE ANNÉE 2019

MOTS CLEFS :

gastro-entérite aiguë – enfants – représentation des parents – attente des parents – acquisition de compétences – automédication – relation médecin patient – approche centrée patient

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY