

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE 2019

N° 121

**THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Diplôme d'état de
MEDECINE GENERALE

Par

BONGIOVANNI Anaïs
Née le 16 mai 1991 à Belfort

**ETUDE DE LA CONSTIPATION FONCTIONNELLE CHEZ L'ENFANT :
REVUE DE LA LITTERATURE DES MOYENS THERAPEUTIQUES,
PRATIQUES DANS UN CENTRE HOSPITALIER REGIONAL,
CREATION D'UN OUTIL A DESTINATION DES PARENTS**

Président de thèse : Professeur BECMEUR François

Directrice de thèse : Docteur BILGER Marie

FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)



- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (3.10.01-7.02.11) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. BITSCH Samuel

Edition JUILLET 2019
Année universitaire 2018-2019

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)**
Directeur général :
M. GAUTIER Christophe



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

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

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

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

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

PO191

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
ADAM Philippe P0001	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01	Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01	Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02	Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03	Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRPô CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie / NHC	52.01	Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / PO170	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRPô Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02	Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02	Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BODIN Frédéric P0187	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlogie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01	Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04	Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Hautepierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CANDOLFI Ermanno P0025	RP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
CASTELAIN Vincent P0027	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie- Pierre P0041	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / CCOM d'Illkirch	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRP0 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
DEBRY Christian P0049	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DERUELLE Philippe		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	RP0 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
DUCLOS Bernard P0055	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick (5) (7) P0056	S/nb Cons	• Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02 Option : Cancérologie clinique
EHLINGER Matfhieu P0188	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / CCOM Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
GANGI Afshin P0062	RP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP0 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard P0064	NRP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	RP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP0 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
HERBRECHT Raoul P0074	RP0 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04 Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP0 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence		• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
LANG Hervé P0090	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LANGER Bruno P0091	RP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
LAUGEL Vincent P0092	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF GABRIEL		• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie: transfusion
MARESCAUX Christian (5) P0097	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD -Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
MARK Manuel P0098	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
MASSARD Gilbert P0100	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP0 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01	Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP0 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01	Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP0 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP0 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02	Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Haute-pierre / NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
NISAND Israël P0113	NRP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
OHLMANN Patrick P0115	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme OLLAND Anne		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01	Pédiatrie
PELACCIA Thierry		• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR	48.02	Réanimation et anesthésiologie Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP0 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02	Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02	Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier		• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Haute-pierre	48.01	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04	Nutrition
PROUST François P0182	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02	Neurochirurgie
Mme QUOIX Elisabeth P0124	NRP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
RÖHR Serge P0128	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01	Pédiatrie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ROUL Gérard P0129	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SAUDER Philippe P0142	NRP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
SCHNEIDER Francis P0144	RP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme SPEEG-SCHATZ Claude P0147	RP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP0 NCS CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP0 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0164	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
<p>HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil * : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an) CU : Chef d'unité fonctionnelle Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle) Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur (1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018 (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017 (3) (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017 (5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017 (6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017</p>			

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépatodigestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
CALVEL Laurent	NRPô CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	55.02 Ophtalmologie
SALVAT Eric		Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur	

MO112	B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)		
--------------	---	--	--

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARGEMI Xavier M0112		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses
Mme AYME-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / NHC	48.03 Option: pharmacologie fondamentale
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
BONNEMAINS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01 Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	Bactériologie -virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0100 (Dispo->15.08.18)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04 Génétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme HEIMBURGER Céline		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme HELMS Julie M0114		• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Réanimation
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme JACAMON-FARRUGIA Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01 Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LEPILLER Quentin M0104 (Dispo → 31.08.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière (Biologique)
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
RIEGEL Philippe M0059		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SAMAMA Brigitte M0062		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de HautePierre	54.02 Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de HautePierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital HautePierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de HautePierre	47.01 Hématologie : Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de HautePierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Jeffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pre RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

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

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03 Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	------------------------------------

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. KOPP Michel	P0167	Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016)

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

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
---------------------	-------	--------------------------------------

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

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)
Dr SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

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

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRP6 CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRp6 Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RP6 CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRP6 CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRP6 NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (*membre de l'Institut*)
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2016 au 31 août 2019)*
BOUSQUET Pascal
PINGET Michel
- o *pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)*
BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)
CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)
MULLER André (Thérapeutique)
- o *pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)*
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o *pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)*
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

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

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94
 BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01
 BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12
 BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95
 BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10
 BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16
 BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18
 BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.2017
 BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95
 BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03
 BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99
 BRETTE Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10
 BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02
 BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86
 BURSZEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18
 CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15
 CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15
 CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95
 CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12
 CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16
 COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00
 CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98
 CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11
 DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17
 DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17
 DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87
 DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13
 EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10
 FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02
 FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.2016
 FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009
 GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13
 GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04
 GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97
 GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03
 GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14
 HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18
 HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06
 HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04
 IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009
 IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98
 JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17
 JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11
 JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.2011
 JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04
 KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06
 KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95
 KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98
 KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07
 KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08
 KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
 KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
 LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
 LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.2011
 LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
 LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
 LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
 MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
 MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
 MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
 MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
 MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
 MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
 MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
 MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
 MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
 MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
 MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
 MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.2011
 MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009
 OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
 PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
 PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
 Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.2011
 POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
 REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
 RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
 RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
 SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
 SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
 SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
 SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
 SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
 SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
 SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
 SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
 STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
 STOLL Claude (Génétique) / 01.09.2009
 STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
 STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
 TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
 TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
 VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
 VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
 VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
 WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
 WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
 WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
 WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
 WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96

Légende des adresses :

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

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

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

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

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

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

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

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

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

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

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

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes. Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier ma Directrice de thèse, **le Docteur Marie BILGER**, qui m'a encouragé, guidé et soutenu dans ce travail. Tu m'as montré que tout est possible avec beaucoup de volonté.

Je voudrais remercier **le Professeur François BECMEUR** qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Sachez que je vous en suis sincèrement reconnaissante.

Je remercie **le Professeur Carmen SCHRÖDER, le Docteur Dominique ASTRUC et le Docteur Laurent BONNEMAINS** qui ont accepté de participer au jury de cette thèse. Je vous présente mes sincères remerciements pour votre présence.

Je souhaite également remercier toutes les personnes qui m'ont aidé dans ce travail : **Madame Bérangère POTHIEU**, graphiste qui a réalisé notre fiche conseil avec goût et authenticité. **Madame Audrey HIGGINSON**, informaticienne de l'hôpital de Saverne pour son aide dans les calculs et la réalisation des statistiques. **Monsieur Nicolas TUZIN**, pour son aide dans les statistiques plus complexes. Evidemment, merci à **tous les parents ayant participé aux focus group** et ayant permis la réalisation de ce projet.

Je remercie chaque jour **Maxime**, mon conjoint, mon co-équipier, mon meilleur ami. Tu me soutiens depuis tant d'années dans tous mes projets. J'ai hâte de poursuivre l'aventure à tes côtés. Merci d'être toujours là.

Merci à **mes parents** qui m'ont apporté le soutien et le recul nécessaire durant ces longues années d'études. Merci de m'avoir permis de vivre ces belles années. Je vous en serais éternellement reconnaissante. Merci à **ma sœur Marie** et à **mon frère Noé**.

Merci à mes beaux-parents, **Laurence et Alain**, pour leur soutien et leurs nombreuses relectures. Merci de votre présence.

Merci à mon amie de toujours, ma sœur de cœur, **Justine**. Malgré la distance et les années tu es toujours un pilier dans ma vie.

Merci à toutes mes amies qui ont vécu ces belles années à mes côtés : **Florence, Mathilde, Pauline, Marine, Annaëlle, Charlotte...** Vous avez rendu ces années inoubliables.

Merci à mes maîtres de stages, qui m'ont tellement appris et qui m'ont conforté dans ma voie : **Dr Laurence Long, Dr Rachel Mourot-Cottet, Dr Fabrice Wintz.**

Et enfin, merci à ma maman qui n'est jamais très loin ...

SOMMAIRE

I. Introduction	21
A) Contexte	21
B) Constipation fonctionnelle chez l'enfant	23
1. Définition	23
2. Classifications	24
3. Physiopathologie	28
4. Facteurs de risques	32
5. Formes cliniques	33
6. Complications	36
7. Examens complémentaires	39
C) Acquisition de la propreté chez l'enfant	41
D) Constipation organique chez l'enfant	46
II. Revue systématique de la littérature	48
A) Critères de sélection des articles	48
B) Recherche bibliographique	49
C) Résultats	50
1. Prise en charge initiale : entretien	50
2. Mesures hygiéno-diététiques	51
a) Alimentation	51
b) Rééducation comportementale	54
3. Moyens thérapeutiques dans la constipation fonctionnelle de l'enfant	56
a) Désimpaction	56
b) Traitements médicamenteux de fond	59
c) Traitements autres	65
D) Discussion	74
E) Conclusion	78
III. Épidémiologie et analyse à l'hôpital de Saverne	82
A) Chiffres mondiaux	82

B) Etude épidémiologique aux urgences pédiatriques de Saverne en 2017	83
1. Introduction	83
2. Matériels et méthodes.....	84
3. Résultats	85
4. Discussion	88
5. Conclusion.....	90
IV. Réalisation d'une fiche conseil à destination des parents.....	91
A) Introduction	91
B) Matériels et méthodes	91
1. Étude qualitative : le focus group	91
2. Base de données médicales	93
C) Résultats	93
1. Étude qualitative : le focus group	93
a) Expérience personnelle de constipation et règles hygiéno-diététiques.....	94
b) Traitements médicamenteux.....	96
c) Enfants allaités exclusivement	97
d) Acquisition de la propreté.....	98
e) Sources d'informations des parents.....	100
f) Utilisation de fiches conseils.....	101
g) Utilité des fiches conseils.....	103
h) Discussion de fiches conseils	104
2. Base de données médicales	108
a) Article de la revue Prescrire : constipation chez un enfant, mai 2017.....	108
b) Recommandations Américaines et Européennes de 2014	110
3. Fiche conseils.....	111
D) Discussion	114
1. Forces de l'étude	115
2. Limites de l'étude.....	116
E) Conclusion.....	117
V. Conclusion	118
VI. Annexes.....	121
ANNEXE 1 : FOCUS GROUPE LE 28 NOVEMBRE 2018 à Strasbourg.....	121
ANNEXE 2 : FOCUS GROUPE LE 7 JANVIER 2019 à Saverne	144

ANNEXE 3 : Formulaire de consentement.....	155
ANNEXE 4 : fiche conseils n°1.....	156
ANNEXE 5 : fiche conseils n°2.....	157
ANNEXE 6 : fiche conseils n°3.....	158
ANNEXE 7 : fiche conseils n°4.....	159
ANNEXE 8 : fiche conseils n°5.....	160
ANNEXE 9 : fiche conseils n°6.....	161
ANNEXE 10 : fiche conseils n°7.....	162
ANNEXE 11 : Lettre adressée aux parents.....	163
ANNEXE 12 : Autorisation CNIL.....	164

VII. Bibliographie 165

Liste des illustrations :

Tableau 1 : Fréquence des selles en fonction de l'âge.....	24
Tableau 2 : Comparaison des différentes classifications.....	25
Tableau 3 : Analyse en fonction du sexe, (n=233)	86
Tableau 4 : Traitements à domicile en cas d'antécédent de constipation, (n=84)	87
Tableau 5 : Répartition des traitements administrés aux urgences pédiatriques, (n=166)	87
Tableau 6 : Description des traitements de sortie du SAUP, (n= 208)	88
Tableau 7 : Analyse des reconsultations pour constipation en 2017, (n= 209)	88
Figure 1 : Section longitudinale du rectum du canal anal. Source : Gray's Anatomie pour les Etudiants, Richard L. Drake (traduit de Drake, Vogl, Mitchel Gray's Anatomy for Students, 2 ed, 978044306952). Elsevier Masson 2 ^{ème} édition, 2011. Figure 5.38 (Partie B)	30
Figure 2 : Diagramme de flux, première phase de recherche.....	49
Figure 3 : Diagramme de flux, deuxième partie de recherche.....	50
Figure 4 : Diagramme de flux.....	85
Figure 5 : Fiche conseils recto.....	112
Figure 6 : Fiche conseils verso.....	113

LISTE DES ABREVIATIONS

- ADH: Hormone anti-diurétique
- ESPGHAN: European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition
- NASPGHAN: North American Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and
Nutrition
- ASP : Abdomen sans préparation
- RRAI : Réflexe rectoanal inhibiteur
- SNG : Sonde naso-gastrique
- RHD : Règles hygiéno-diététiques
- PEG : Polyéthylène glycol
- SAUP : Service d'Accueil des Urgences Pédiatriques

I. Introduction

A) Contexte

Lors de mes différents stages hospitaliers ou de médecine de ville, je me suis aperçue que la constipation est un motif très fréquent de consultation quel que soit l'âge des patients. En pédiatrie, elle est souvent source d'inquiétude pour les parents, qui interrogent le professionnel de santé sur la fréquence, la couleur ou la consistance des selles notamment chez le nourrisson.

Lors de mon passage aux urgences pédiatriques de l'Hôpital Sainte Catherine de Saverne, j'ai été surprise par le nombre d'enfants vus quotidiennement pour constipation. Du nourrisson de quelques jours au grand adolescent de 17ans, tous se sont présentés avec une histoire différente et des symptômes différents. D'ailleurs le motif de consultation n'est pas forcément celui de constipation mais varie de simples douleurs abdominales aux pleurs inconsolables. Toutefois, l'interrogatoire et l'examen clinique permettent aisément de poser le diagnostic de constipation. Quant à la prise en charge, elle dépend de la clinique, du contexte général et de l'âge de l'enfant.

Ma première constatation aux urgences a toujours été de voir le visage de ces enfants se transformer à l'issue d'une exonération. Néanmoins, la prise en charge ne doit sûrement pas s'arrêter à ce stade... En effet, il n'est pas rare de revoir quelques jours voire quelques semaines plus tard, le même enfant plié en deux, au bord des larmes avec un faciès crispé. La symptomatologie clinique est souvent similaire à celle du premier épisode de

constipation et ce malgré le traitement conseillé et les nombreuses explications de prévention données aux parents lors du premier passage.

Je me suis donc demandée pourquoi ces enfants rechutaient malgré une prise en charge initiale qui me semblait efficace. Différentes questions me sont venues à l'esprit :

- Les parents en situation de stress lors du premier passage étaient-ils réceptifs à nos conseils?
- Avaient-ils compris l'importance des règles hygiéno-diététiques?
- Pensaient-ils que l'absence de douleur était signe de guérison?
- Le traitement a-t-il été interrompu de façon prématurée ou leur semblait-il inefficace?

Ces réflexions sur l'efficacité de la prise en charge de la constipation de l'enfant, m'ont conduite à m'interroger sur les possibilités d'amélioration de l'observance thérapeutique et la compréhension de la constipation fonctionnelle par les parents. De plus, l'idée d'adapter voire de personnaliser les conseils à chaque enfant en fonction de son âge, m'a semblé pertinente.

Ce travail débute par une revue de la littérature sur les différentes possibilités thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses dans la constipation fonctionnelle de l'enfant. Par la suite, nous avons évalué la prévalence de la constipation fonctionnelle aux urgences pédiatriques de Saverne en 2017. Après ce premier travail, nous avons réalisé une fiche conseil à destination des parents sur les règles à suivre à domicile chez l'enfant constipé.

B) Constipation fonctionnelle chez l'enfant

1. Définition

En premier lieu, il convient de rappeler un dogme important : toute constipation « aigüe » est un syndrome occlusif jusqu'à preuve du contraire (1).

La constipation est un des motifs les plus fréquents de consultations en pédiatrie. Elle représente environ 5% des consultations pédiatriques et 25% de celles de gastro-entérologie pédiatrique. Sa prévalence est de 3% pour les enfants du monde entier. Une constipation négligée ou insuffisamment considérée peut être source de complications organiques ou psychologiques invalidantes dont la prise en charge peut s'avérer difficile et longue (2-4).

Fort heureusement la constipation fonctionnelle représente 95% des constipations de l'enfant. Elle se traduit par des tableaux cliniques variés qui dépendent essentiellement de l'âge de l'enfant (3,4).

La constipation correspond à une émission trop rare, de selles trop dures. La fréquence « normale » d'exonération des selles est très variable d'un enfant à l'autre et varie surtout en fonction de l'âge et de l'alimentation (4,5). Un travail réalisé en 1979 par *Lemoh JN et Brook OG* a permis la réalisation d'un tableau permettant de déterminer la fréquence normale des selles en fonction de l'âge (6).

Tableau 1. Fréquence des selles en fonction de l'âge

Âge (n = 662)	m	DS	10°	50°	90°
De 5 jours à 1 mois	2,8	1,3	1,3	2,7	5,1
Moins de 5 mois	1,9	0,9	1,0	1,8	2,6
De 5 à 12 mois	1,9	0,7	1,1	1,8	2,8
Moins de 3 ans	1,4	0,6	0,8	1,8	2,2
De 3 à 6 ans	1,1	0,4	0,6	1,1	1,4

m : fréquence moyenne des selles ; DS: déviation standard ; 10°, 50°, 90° : degrés percentiles.

Selon *Lemoh JN* et son équipe, la fréquence d'émission quotidienne des selles baisse avec l'âge dans les premières années de vie. Elle passe ainsi de 2,8 selles par jour chez l'enfant de 5 jours à 1 mois, à seulement 1,1 selles par jour chez le jeune enfant de 3 à 6 ans (6).

2. Classifications

Plusieurs classifications ont été élaborées au cours du temps, afin d'obtenir une définition commune de la constipation fonctionnelle. Des groupes d'experts se sont réunis pour suggérer l'adoption de critères diagnostiques, lors de conférences européennes de consensus dites Rome I en 1992, Rome II en 1999 puis Rome III en 2006 (7). En 2016, une nouvelle révision a abouti à la classification des critères de Rome IV (Tableau 2). Un travail a également été réalisé par l'European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) « Paris Consensus on Childhood Constipation Terminology, PACCT » en 2005. Ces travaux avaient pour but d'adapter à l'enfant des travaux d'abord menés chez l'adulte (5,10) (Tableau 2).

Nous allons revoir les différentes classifications depuis 2005 (Tableau 2) ; afin de mettre en avant l'évolution de ces critères diagnostics.

Tableau 2. Comparaison des différentes classifications

Critères de Rome III (7)			
Chez les enfants de moins de 4 ans	Chez les enfants de plus de 4 ans	Critères de Rome IV (8)	Critères de l'ESPGHAN (2)
Minimum 2 critères sur une période de 4 semaines	Minimum 2 critères sur une période de 8 semaines	Minimum 2 critères au moins une fois par semaine sur une durée de 4 semaines	Minimum 2 critères sur une période de 8 semaines
≤ 2 selles par semaine	< 3 selles par semaine	< 2 selles par semaine, sur les toilettes chez un enfant ≥ 4ans	< 3 selles par semaine
Histoire de selles douloureuses et/ou très dures		Histoire de selles douloureuses et/ou très dures	Défécation douloureuse
Plus d'un épisode d'incontinence fécale par semaine chez un enfant ayant acquis la propreté	Plus d'un épisode d'incontinence fécale par semaine	Plus d'un épisode d'incontinence fécale par semaine chez un enfant ayant acquis la propreté	Plus d'un épisode d'incontinence fécale par semaine
Comportement d'appréhension ou de rétention volontaire	Position de rétention ou appréhension lors de la défécation	Comportement d'appréhension ou de rétention volontaire	Position et comportement rétentionnels
	Selles palpables dans le rectum ou à l'examen de l'abdomen	Selles palpables dans le rectum ou à l'examen de l'abdomen	Présence de grosses selles dans le rectum ou à la palpation abdominale
	Selles susceptibles d'obstruer les toilettes	Selles susceptibles d'obstruer les toilettes	Evacuation de grosses selles obstruant les toilettes

La différence majeure entre ces classifications semble être la durée des symptômes : elle est de 4 semaines dans celle de Rome III avant l'âge de 4 ans et dans Rome IV. Elle passe à 8 semaines dans la classification de l'ESPGHAN et dans celle de Rome III après l'âge de 4 ans. L'acquisition de la propreté n'est mise en avant que chez les enfants de moins de 4 ans dans la classification Rome III alors que la classification Rome IV ne limite pas l'âge de cette acquisition.

En 2014 la North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) et la European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) ont publié des recommandations sur l'évaluation et le traitement de la constipation fonctionnelle de l'enfant (2). Dans leur étude, les auteurs se sont basés sur les critères de Rome III comme définition de la constipation fonctionnelle. Ils citent de nombreuses études comparatives ayant été réalisées afin de valider les critères de Rome III pour la définition de la constipation fonctionnelle. Ces études ont toutes montré une supériorité des critères de Rome III dans les critères de définition de la constipation fonctionnelle.

La classification de Rome III était donc la référence dans la définition de la constipation fonctionnelle de l'enfant, ceci jusqu'à la publication de la classification de Rome IV en 2016.

Différences entre Rome III et Rome IV : la classification Rome III distinguait l'âge de l'enfant avant et après 4 ans. Ce critère d'âge n'apparaît plus dans la classification Rome IV au profit de l'importante notion d'acquisition de la propreté. Sur le plan pratique, il est évidemment difficile d'affirmer l'existence d'une incontinence chez un enfant portant encore des couches. Le critère de temps a été modifié entre les deux classifications. Les enfants doivent maintenant présenter les différents symptômes sur une période d'un mois et non plus deux mois et cela peu importe l'âge. Cette modification de durée permet d'éviter un retard de traitement, et notamment de ne plus différencier la durée des symptômes en fonction de l'âge (8).

Une étude réalisée en janvier 2019 par *Marina Russo et al.* a comparé les critères de Rome III et Rome IV pour le diagnostic de constipation fonctionnelle, et a déterminé la prévalence de constipation fonctionnelle en fonction de ces critères. Les résultats ne montrent pas de différence significative sur prévalence du diagnostic entre les critères de Rome III (37/214 (17.3%)) et Rome IV (39/214 (18.2%)) ($p = 0.831$). Cette étude démontre que les nouveaux critères Rome IV concordent bien avec les critères Rome III pour le diagnostic de constipation fonctionnelle, sans augmentation du nombre de diagnostic potentiel malgré la réduction de la durée des symptômes (9).

Dans les études futures, les critères de Rome IV devraient donc succéder à ceux de Rome III dans la constipation fonctionnelle de l'enfant.

Les douleurs abdominales n'entrent pas dans la définition de la constipation fonctionnelle, bien que fréquemment associées à celle-ci (2). Le rôle joué par la constipation sur les douleurs abdominales chez les enfants n'est pas clairement défini. Une étude prospective a été réalisée à Lille en 2007 sur la prévalence excessive du diagnostic de constipation chez les enfants consultant pour douleurs abdominales aux urgences. Dans cette étude la constipation fonctionnelle chronique était à l'origine de 2 à 16% des douleurs abdominales vues aux urgences. Les douleurs abdominales étaient observées chez 7 à 55% des enfants suivis pour une constipation fonctionnelle chronique (11). La variabilité des chiffres traduit les incertitudes sur les liens entre constipation et douleur abdominale.

3. Physiopathologie

Le rectum fait suite au côlon sigmoïde. Il est moulé sur la concavité sacrée, médiane et globalement verticale dans un plan frontal ce qui lui donne son nom : *rectum* en latin veut dire droit (12).

L'appareil sphinctérien comporte le sphincter anal externe associé aux muscles élévateurs, la paroi rectale et le sphincter anal interne.

Le sphincter externe est un muscle strié constitué de trois couches concentriques formant un anneau. Il comprend trois portions (profonde, superficielle et sous-cutanée) disposées séquentiellement le long du canal anal de haut en bas. Le faisceau profond est un muscle épais en anneau qui encercle la partie supérieure du canal anal et se mélange avec des fibres du muscle élévateur (ou releveur) de l'anus. Il participe en partie au tonus de

fermeture du canal anal, et représente l'effecteur principal de la continence dite urgente ou volontaire (12).

Les muscles élévateurs sont divisés en trois faisceaux :

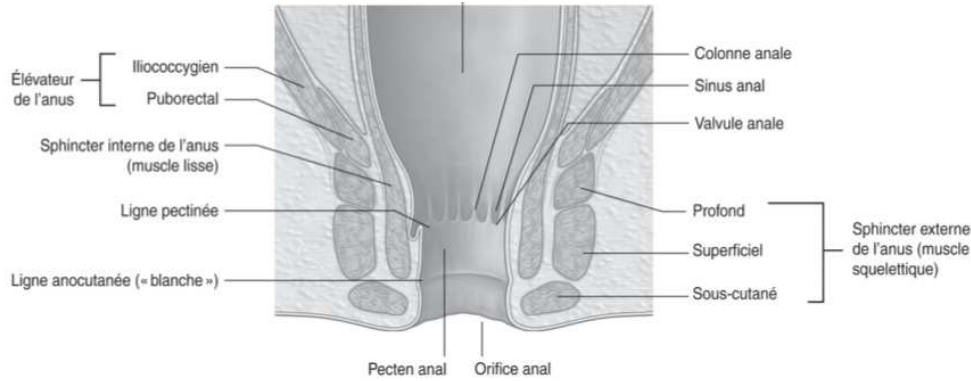
- le faisceau pubo-coccygien naît du corps du pubis, se dirige en arrière pour s'attacher sur la ligne médiane en arrière jusqu'au coccyx.
- le faisceau pubo-rectal naît, en association avec le muscle pubo-coccygien, du pubis et se dirige vers le bas de chaque côté pour former une sangle autour de la partie terminale du rectum. Cette sangle musculaire maintient, au niveau de la jonction anorectale, l'angle anorectal qui a un rôle essentiel de renforcement du sphincter externe.
- l'ilio-coccygien naît du fascia qui recouvre le muscle obturateur interne et rejoint le même muscle du côté opposé sur la ligne médiane pour former un raphé (12).

Le sphincter interne est un anneau musculaire, en continuité avec la couche circulaire de la musculature rectale lisse. Il est en contraction tonique, permanente et involontaire (12).

La paroi rectale est constituée de fibres lisses organisées en deux couches principales : circulaire interne et longitudinale externe. La couche circulaire interne s'épaissit dans sa partie basse pour former de façon indissociable le sphincter anal interne. La couche longitudinale externe est renforcée dans sa partie basse par des fibres striées du muscle puborectal et des fibres conjonctives des fascias pelviens (Figure1) (12).

Figure 1. Section longitudinale du rectum du canal anal

Source : Gray's Anatomie pour les Etudiants, Richard L. Drake (traduit de Drake, Vogl, Mitchel Gray's Anatomy for Students, 2 ed, 978044306952). Elsevier Masson 2^{ème} édition, 2011. Figure 5.38 (Partie B)



La commande nerveuse de la défécation est double (5,12) :

- D'une part médullaire, cholinergique sous contrôle de la volonté pour les fibres issues du plexus honteux qui innervent le contingent musculaire strié du sphincter externe et le releveur de l'anus ainsi que la partie cutanée du canal anal.
- D'autre part autonome avec des fibres orthosympathiques provenant des plexus hémorroïdaux supérieurs (appartenant au plexus mésentérique inférieur) et moyens (appartenant au plexus hypogastrique). Ces fibres adrénergiques commandent la contraction du sphincter interne, qui est également sous la dépendance de fibres parasympathiques cholinergiques commandant sa relaxation.

Au niveau de la paroi rectale, des mécanorécepteurs sont sensibles à la distension. En l'absence de besoin d'exonération, le rectum est vide et ces terminaisons nerveuses ne sont

pas stimulées. L'irruption des matières dans le rectum active les mécanorécepteurs et excite des nerfs pelviens aboutissant à la perception consciente du besoin. La distension de l'ampoule rectale déclenche la relaxation réflexe du sphincter interne : c'est le réflexe rectoanal inhibiteur. L'ouverture de la partie haute du canal anal permet la progression des selles. Cette ouverture reste limitée par la contraction permanente du releveur de l'anوس (faisceaux puborectaux) qui maintient une angulation entre le rectum et l'anوس et surtout par la contraction réflexe du sphincter externe, selon un réflexe acquis au moment de l'acquisition de la propreté. La pression rectale s'élève alors considérablement. Elle ne peut être maintenue ainsi élevée plus de une minute (5).

En cas de non-exonération, une contraction volontaire succède à la contraction réflexe et entraîne une fermeture plus complète de l'angle rectoanal et une contraction du sphincter externe volontairement maintenue jusqu'à l'adaptation du rectum à son contenu et la baisse de la pression rectale (5).

En cas d'exonération, la contraction des muscles abdominaux et du diaphragme renforce l'action des muscles de la paroi rectale. L'angle rectoanal s'efface du fait de la relaxation du releveur de l'anوس permettant le passage plus aisé des selles. Si les mécanismes de la défécation chez le nouveau-né et le nourrisson sont d'origine réflexe, chez l'enfant plus grand le processus de défécation nécessite une coordination entre le système nerveux autonome et la commande volontaire (5).

Ainsi, la constipation peut résulter soit d'un trouble de la propulsion colique, soit d'un trouble de l'évacuation rectale (plus fréquent chez l'enfant). Il en résulte une rétention stercorale chronique, expliquant les différents tableaux cliniques et le retentissement

généralisant lui-même un cercle vicieux (3).

La notion de rétention volontaire à l'origine de la constipation est le mécanisme le plus fréquent chez l'enfant ayant acquis la propreté. Un épisode aigu de selles dures et sèches engendre une fissure anale ou/et une douleur qui vont aboutir à une appréhension et une peur de la défécation avec attitude de rétention fécale, à l'origine d'un cercle vicieux. Les selles dures et volumineuses accumulées dans le rectum créent ainsi des fécalomes. Lorsqu'ils sont présents de manière répétée, ils vont être responsables d'une insensibilisation progressive du rectum par modification des propriétés viscoélastiques du muscle lisse (5). De ce fait, le sphincter va progressivement se désadapter, se distendre et perdre ses réflexes. Il ne saura plus se contracter lorsque le rectum est plein, et ne pourra plus envoyer de signaux au cerveau afin de ressentir la sensation de besoin. Il s'agit d'un asynchronisme rectosphinctérien.

4. Facteurs de risques

On retrouve de nombreux facteurs de risques dans la constipation fonctionnelle :

- Une rétention volontaire : liée aux difficultés d'accès aux toilettes ou des toilettes inadaptées. Les premières contraintes scolaires sont souvent nocives. Le départ trop précipité à l'école le matin et les rythmes scolaires trop lourds, jusqu'à 10 h/j pour certains enfants favorisent la survenue de la constipation. Le caractère peu accueillant des toilettes à l'école est souvent évoqué par les enfants. Selon une enquête sur les toilettes effectuée en 2003 dans les écoles parisiennes, plus de la moitié des élèves ne

fréquentent pas les toilettes, ou alors occasionnellement, et un quart souffre de problèmes intestinaux (5).

- Un phénomène de rétention secondaire: lié à des douleurs anales (fissures, traumatismes secondaires aux lavements ou à des évacuations digitales ...)
- Des erreurs hygiéno-diététiques: un régime sans résidu avec une insuffisance d'apport de fibres, une déshydratation, ou insuffisance d'hydratation. Une mauvaise reconstitution du lait artificiel, un excès de farine ou d'épaississants. L'inactivité physique. Un terrain familial avec des antécédents familiaux de constipation, certaines prises médicamenteuses (morphine), certains contextes psychosociaux vont favoriser l'apparition et la pérennisation d'une constipation.
- Des facteurs mécaniques: comme l'hypotonie abdominale ou le manque de mobilité chez l'enfant polyhandicapé vont également favoriser la constipation. L'association de plusieurs facteurs majore le risque (3,4).

5. Formes cliniques

La symptomatologie et la circonstance de découverte d'une constipation sont très variées. On pourra observer, en fonction de l'âge, différentes formes cliniques :

- Chez le nourrisson avant 18 mois : il existe une « constipation au sein » correspondant à une émission rare de selles inquiétant les parents. Or, le transit d'un nourrisson au lait de mère varie de huit selles par jour à une par semaine (1). Ce phénomène est une fausse constipation liée au faible volume des résidus intestinaux.

Souvent, les efforts de poussées sont intenses, parfois douloureux. L'émission de selles dures ou volumineuses peut entraîner l'apparition de lésions anales voire de rectorragies aggravant encore la constipation du fait de l'intensité des phénomènes douloureux. Chez le nourrisson, la constipation fonctionnelle peut être isolée ou s'intégrer dans un tableau de coliques du nourrisson lors des premiers mois de vie avec aérocolie et pleurs intenses. Elle peut survenir lors du sevrage, lors de la diversification alimentaire en cas d'erreurs diététiques ou d'excès de stimulation de la défécation (thermomètre, suppositoires) par les parents pensant nécessaire d'obtenir une à plusieurs selles quotidiennes (4).

- Chez le jeune enfant de 18 mois à 5 ans : c'est une période qui est marquée par une attitude d'opposition vis-à-vis de la défécation dans le pot ou aux toilettes. L'attitude de l'enfant lors des besoins de déféquer est typique : il s'isole dans un coin, trépigne dans un contexte de rétention volontaire. Après quelques jours, les selles sont émises dans la culotte, la couche ou parfois dans le pot, souvent volumineuses et douloureuses. Il y a souvent une demande de maintien des couches alors que, dans le même temps, la propreté urinaire diurne, voire nocturne est acquise sans problème (4).

- Chez le grand enfant (plus de 5 ans): le motif de consultation est souvent celui de douleurs abdominales aiguës ou chroniques. Elles sont habituellement péri-ombilicales ou variables le long du cadre colique, souvent post prandiales. Parfois, les douleurs évoluent par crises paroxystiques sur un fond douloureux. La constipation peut être connue des parents ou le plus souvent ignorée, car il est difficile de préciser le transit d'un enfant devenu autonome. Pour *Stone et al.* la constipation est directement responsable des douleurs abdominales dans 30% des cas (13). Un syndrome diarrhéique associé à des épisodes de constipation peut également être présent, retardant parfois le diagnostic de constipation. La diarrhée correspond à des débâcles de selles putréfiées en rétention (fausses diarrhées des constipés) (3-5).

La palpation de l'abdomen permet d'apprécier la surcharge stercorale et de préciser le degré de distension abdominale. L'examen proctologique de l'enfant se fait en présence d'un parent qui rassure. Le toucher rectal, peu fait en pratique en pédiatrie, recherche un fécalome et apprécie le tonus du sphincter externe, au besoin en demandant à l'enfant de se contracter sur le doigt. Chez le nourrisson et l'enfant de moins de 10 ans, l'examen de l'anus se fait en décubitus dorsal avec flexion genu-pectorale des membres inférieurs. Cet examen comprend une étude de la marge anale avec déplissement ferme des plis de la marge afin de dépister une complication (5).

6. Complications

Parmi les complications d'une constipation fonctionnelle, on retrouve les douleurs abdominales qui ont un rôle peu clair dans le mécanisme de constipation. Ces douleurs bien que fréquentes vont s'exprimer différemment d'un enfant à l'autre.

On peut retrouver des rectorragies, en rapport avec des fissures anales. Ces ulcérations de la marge anale sont très douloureuses notamment lors de l'exonération de selles volumineuses et dures. Elles se situent sur l'axe vertical de l'anus. Il existe souvent une marisque sentinelle qui peut persister plusieurs mois après la guérison de la fissure anale (5).

Il peut exister une infection des tissus mous péri anaux, appelée anite infectieuse. Elle se traduit par une cocarde congestive autour de l'anus. Le germe en cause est le plus souvent le streptocoque β -hémolytique (5).

On peut également retrouver un prolapsus rectal qui correspond à une invagination du rectum à travers l'anus. A noter que le prolapsus rectal s'associe dans un quart des cas à la mucoviscidose et peut être un signe inaugural de la maladie. Il peut également survenir un volvulus du sigmoïde, entraînant une occlusion basse (5).

Une énurésie peut également être présente en cas de constipation chronique. Les infections urinaires récidivantes sont une complication fréquente, notamment chez les petites filles, par translocation microbienne (5).

Un mégacôlon fonctionnel (différent du mégacôlon congénital ou maladie de Hirschprung) peut compliquer une constipation apparue progressivement. Au toucher rectal, on retrouve une ampoule dilatée et remplie de matières fécales, avec parfois des fécalomes. Lorsqu'on pratique un lavement baryté, on retrouve une dilatation conique en entonnoir en amont du sphincter externe. L'évolution peut être bénigne, ponctuée parfois par des périodes de rétention et de débâcles intestinales, ou des épisodes d'encoprésie (14).

L'encoprésie est une complication très fréquente de la constipation fonctionnelle. Elle correspond à une émission fécale répétée et involontaire de consistance normale ou quasi normale dans des lieux non appropriés, généralement diurne, survenant inopinément, après l'âge habituel d'acquisition de la propreté. On qualifie d'encoprésie les émissions fécales à partir de 4 ans selon le DSM-IV, sans modification dans le DSM-V (4,14,15). Il existe deux types d'encopresies : l'encoprésie primaire et l'encoprésie secondaire. L'encoprésie primaire n'est pas précédée d'une continence fécale d'au moins un an. L'encoprésie secondaire apparaît généralement entre 5 et 8 ans, et est précédée d'une continence supérieure à un an. Dans les deux cas, elle survient habituellement par périodes de quelques jours ou semaines, en alternance avec les périodes de constipation. Ce trouble est relativement fréquent car il touche 1,5 à 3% des enfants scolarisés en fonction de l'âge, avec une prédominance chez les garçons. Il existe une énurésie associée dans 20 à 50% des cas (14).

Avant de conclure à une encoprésie, il faut toujours éliminer une incontinence fécale qui correspond à une émission fécale involontaire d'origine neurologique (14).

La phobie de la défécation peut également compliquer une constipation. Elle apparaît au moment de la défécation, certains enfants sont saisis par une vive angoisse qui résiste aux réassurances parentales. Ces enfants vivent en effet cet instant avec une peur intense. S'ils arrivent à en parler, ils associent la défécation à des craintes menaçant leur corps ou leur identité : vidage interne, perte d'un fragment de substance corporelle, peur d'être engloutis dans le trou et emportés par le torrent de la chasse d'eau. Cette phobie peut être plus discrète : simple « phobie des cabinets », justifiée par leur éloignement, leur inconfort ou la trop grande taille de la lunette... Cette phobie, assez commune chez de nombreux enfants, est passagère et surmontée facilement avec l'aide des parents (14).

Une complication à ne pas négliger est le retentissement psychologique qui peut être considérable. Son effet sur l'insertion sociale et scolaire peut être dramatique. Les enfants peuvent devenir tristes, adopter une attitude taciturne et marginaliste progressivement. Cette attitude peut être source d'échecs scolaires. Bien que le retentissement psychologique soit fréquent dans la constipation, l'existence d'une atteinte psychique est toutefois rare (5).

La constipation fonctionnelle de l'enfant, bien que « fonctionnelle » peut être à l'origine de nombreuses complications. Il est donc nécessaire de prévenir cette constipation précoce, en premier lieu en respectant le rythme d'acquisition de la propreté de l'enfant, en respectant les différents conseils hygiéno-diététiques, et en mettant en place un traitement adapté si besoin.

L'existence de facteurs favorisants évidents, l'absence de signes d'alerte évocateurs d'une cause organique et la bonne réponse au traitement symptomatique bien mené permet d'affirmer le diagnostic de constipation fonctionnelle. Aucun examen para clinique n'est justifié en l'absence de complications sévères. La constipation fonctionnelle reste néanmoins un diagnostic d'élimination (3).

7. Examens complémentaires

- Radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) : une étude prospective réalisée à Lille en 2007 par *A.Chartier et al.* a montré un excès de diagnostic de constipation principalement associé à des interprétations contestables de rétentions stercorales radiologiques favorisées par des indications inappropriées d'ASP. Cette étude a permis l'évaluation des pratiques professionnelles et a permis de recadrer les indications de l'ASP. Elles sont limitées à la recherche d'un corps étranger, d'un pneumopéritoine, de niveaux hydro-aériques (11).
- La manométrie anorectale : chez l'enfant âgé de plus de 6 ans, cet examen permet de mettre en évidence un mécanisme de rétention associé à un éventuel asynchronisme rectosphinctérien et permet d'entreprendre une kinésithérapie de rééducation (*biofeedback*) (5).

- Le temps de transit des marqueurs radio-opaques : il permet d'apprécier la rapidité du transit colique segment par segment et de distinguer les constipations terminales (cas le plus fréquent) des constipations coliques diffuses correspondant à un ralentissement général du transit au niveau de l'ensemble du cadre colique. La prise en charge est différente selon le type de constipation (5).

Ces examens ne sont jamais nécessaires en première intention dans le cadre d'un diagnostic de constipation fonctionnelle. Ils peuvent être cependant utilisés en cas de complications ou en cas d'échec des thérapeutiques habituelles bien conduites et suffisamment prolongées (4 à 6 semaines) (5). Ils permettent un diagnostic plus précis avec notamment la précision du type de constipation (colique, terminale). Et ils peuvent permettre de mettre en évidence un asynchronisme qui pourrait bénéficier d'une rééducation.

Cependant, il faut bien mesurer la nécessité de ces examens, car mal utilisés certains peuvent s'avérer inutiles voire agressifs et mal vécu par l'enfant. Ils peuvent même aggraver un comportement déjà compliqué face à la défécation.

C) Acquisition de la propreté chez l'enfant

Un enfant est propre quand son environnement n'a plus à l'aider, c'est-à-dire quand il ressent le besoin d'uriner et/ou de déféquer, qu'il est capable de le faire sur commande et de se retenir. Huit enfants sur 10 deviennent propres spontanément, d'autres rencontrent plus de difficultés (16).

La propreté est une acquisition et une disposition naturelle. Ce n'est pas un simple apprentissage. La propreté est une prise de conscience de l'enfant. L'apprentissage seul, sans respecter le niveau de développement de l'enfant, peut aboutir à un échec (15).

En 2006, la Société Américaine de pédiatrie et la Société Canadienne de pédiatrie ont recommandé la « méthode axée sur l'enfant ». En France, aucune méthode n'a jusqu'à présent été recommandée (16,17).

La plupart des enfants des pays occidentaux contrôlent leur vessie et leurs intestins entre 18/24 mois et 48 mois. Les filles ont tendance à y parvenir un peu plus jeunes que les garçons. La période moyenne entre l'initiation de l'apprentissage de la propreté et la propreté réelle oscille entre trois mois et six mois. Le contrôle de la vessie ne coïncide pas toujours avec celui des intestins, et la continence urinaire nocturne peut concorder avec la continence diurne ou se produire plusieurs mois ou même plusieurs années plus tard (17).

Le processus d'apprentissage est très hétérogène. Avant 18 mois neurologiquement et intellectuellement, l'enfant n'est pas capable de comprendre ce qu'on attend de lui. Et il n'y a pas d'âge précis pour commencer. L'acquisition de la propreté est à adapter à chaque enfant. Pour pouvoir être propre, l'enfant doit avoir acquis une certaine maturation dans trois domaines (15,17) :

- La maturation psychologique : l'enfant doit être capable de comprendre les ordres simples. Il doit être capable de s'exprimer par des mots ou des gestes, afin que l'adulte comprenne ses besoins. L'enfant doit être capable de comprendre de lui-même la relation logique entre : la sensation (qui arrive en premier), aller au pot, et le résultat de cette sensation (urines, matières fécales) (15).

Habituellement, on peut débiter quand il est capable de marcher seul, courir, monter les escaliers, grimper sur le canapé, baisser et remonter sa couche, s'accroupir, s'asseoir et se relever seul. Les autres signes pouvant inciter à débiter l'apprentissage sont : lorsqu'il se dandine, met la main à la couche, va se cacher dans un coin de la maison, quand il s'intéresse à ce qui se passe dans les toilettes, veut aller de lui-même sur le pot, même tout habillé, accepte d'y rester, refuse de mettre sa couche, ou encore quand il est capable de le demander, même si souvent « c'est déjà fait »... Si plusieurs de ces critères sont réunis, l'apprentissage de la propreté peut être débiter. Cela intervient parfois dès 16-18 mois, plus souvent vers 20-24 mois. Avant 2 ans, l'enfant est dans le mimétisme, ce qui peut être facilitant. Entre 24 et 30 mois, il est capable de ressentir le besoin et peut décider de maîtriser ses mictions ou ses selles, aidé en cela par l'entourage. Après

2 ans, la phase d'opposition peut être un obstacle, surtout en cas de forçage. Après 30 mois, plus le confort de la couche est apprécié, plus l'ambivalence entre l'envie de rester « bébé » et le souhait de « devenir grand » perdure, plus l'acquisition de la propreté stagne (16).

- La maturation neurophysiologique : le contrôle sphinctérien correspond à l'acquisition, exceptionnelle pour un viscère, d'un contrôle volontaire. Après la phase réflexe sous commande médullaire, la myélinisation des voies de conduction motrices et sensitives (entre le 9^e et le 24^e mois) permet l'entrée en fonction des centres supra-médullaires, qui sont le tronc cérébral, le système limbique sous-cortical qui est très impliqué dans les comportements émotionnels et le néocortex. Ceci permet le contrôle volontaire de la miction et du sphincter anal strié. Entre 2 et 5 ans, la capacité vésicale et la sécrétion d'hormone anti diurétique (ADH) augmentent et l'hyperréflexivité du détrusor diminue. L'enfant peut alors se rendre compte consciemment de la sensation de « plein », préalable à la nécessité de faire ses besoins (15,16).
- Maturation affective et éducative : elle correspond au désir de grandir de l'enfant, du désir d'autonomie et de satisfaire ses parents. L'enfant veut être autonome, il veut faire « tout seul ». Il doit être capable d'abandonner la situation confortable et connue des couches (rassure) pour une situation inconnue du pot. Il ne doit pas avoir peur de se séparer de quelque chose qui lui appartient (15).

En pratique, selon la Société de Pédiatrie Canadienne, il est recommandé d'utiliser le petit pot plutôt que les toilettes pendant les premières étapes, parce que l'enfant s'y sent

plus en sécurité et plus stable. Le petit pot permet également à l'enfant d'adopter la meilleure posture biomécanique, qui a une importance capitale dans le bon déroulement de l'exonération fécale (15,17).

La création d'une routine autour du pot, notamment avec une présentation de celui-ci à des heures établies dans la journée (après le réveil, avant la sieste, après les repas) permet à l'enfant d'intégrer en quelques semaines la fonction du pot, et d'acquérir un contrôle sphinctérien volontaire. L'enfant a besoin d'être félicité lorsqu'il exprime son besoin d'exonération et sa réussite. Le renforcement positif peut être utilisé, mais les récompenses matérielles sont à éviter. L'encouragement et le soutien représentent les techniques de renforcement les plus pertinentes (17).

Il est enfin possible que l'enfant n'ait pas compris ce qu'on attend de lui, mais plus souvent, il n'est pas décidé à devenir propre parce qu'il est en pleine phase d'opposition et d'ambivalence. Il faut savoir proposer des pauses dans l'apprentissage et réessayer tranquillement quelques semaines ou mois plus tard. Forcer est inutile et souvent néfaste, avec notamment un risque de constipation parfois redoutable. En effet, celle-ci peut compliquer la réceptivité de l'enfant à l'apprentissage de la propreté. L'enfant peut associer les selles avec la douleur et tenter d'éviter l'expérience le plus possible (15,16).

Les principales causes de retard du contrôle du sphincter anal sont la phobie de la défécation, le mégacôlon fonctionnel et l'encoprésie (développées dans les complications de la constipation) (14).

On remarque donc que l'acquisition de la propreté n'a pas de règles strictes ni d'âge de début bien défini. Il est important de laisser l'enfant découvrir sans forcer les choses. Il faut bien comprendre que l'enfant a besoin d'acquérir les différents stades que sont la maturation psychologique, neurophysiologique et affective. Si ces conditions sont remplies, il sera alors en mesure d'acquérir cette propreté. Ce processus de découverte et d'apprentissage peut parfois paraître long pour les parents. Mais il est déconseillé de presser un enfant, au risque d'entraîner des complications fonctionnelles. En respectant l'acquisition des pré-requis, il est alors possible pour l'enfant de comprendre ce qu'on attend de lui, de ressentir le besoin d'aller à la selle ou encore d'apprendre à se retenir et de déféquer dans l'endroit approprié, attendu par ses parents. Accompagner l'enfant, lui expliquer sans frustration les différentes étapes de la propreté restent la meilleure attitude parentale. Par exemple, on évitera de remettre une couche en cas de sortie au magasin ou de long trajet en voiture. On recommandera également aux parents de ne pas se plaindre des mauvaises odeurs ou de la présence de matières fécales à côté du pot ou des WC. D'un point de vue pratique, il est judicieux de conseiller aux parents d'adapter les vêtements de l'enfant pour qu'il lui soit plus simple de les enlever en cas de besoin d'aller aux toilettes.

D) Constipation organique chez l'enfant

Les causes organiques sont rares (< 5 % des cas), mais seront systématiquement envisagées lors de la consultation initiale, en particulier, chez le nouveau-né et le petit nourrisson. Elles doivent toujours être évoquées avant de conclure à une constipation fonctionnelle. Il existe des signes d'alerte à l'interrogatoire et à l'examen clinique qui justifient des examens complémentaires orientés (3,4).

Éléments à rechercher systématiquement (3) :

- Nourrisson < 18 mois
- Maladie systémique connue
- Retard d'émission du méconium (>48h)
- Constipation primaire avec un début néonatal
- Météorisme important
- Episodes sub-occlusifs avec vomissements
- Débâcles de selles
- Signes d'hypothyroïdie (prise de poids, diminution de l'appétit, retard de croissance statural, goitre, frilosité, ralentissement intellectuel)
- Cassure staturo-pondérale
- Échec d'un traitement symptomatique bien conduit.

En cas de signes évocateurs, des examens complémentaires seront nécessaires en fonction de l'orientation diagnostique.

Les principales causes de constipation organique sont (3) :

- L'hypothyroïdie
- La mucoviscidose
- La maladie coeliaque
- L'encéphalopathie
- L'anorexie mentale
- La maladie de Hirschprung
- La pseudo-obstruction intestinale chronique
- Les malformations anorectales hautes ou basses
- Les sténoses anales congénitales ou acquises

En fonction de la cause ou des causes suspectées, des examens complémentaires seront réalisés afin d'orienter et d'affirmer le diagnostic.

II. Revue systématique de la littérature

A) Critères de sélection des articles

Critères d'inclusion :

- Articles en français et en anglais, publiés entre le 1^{er} mars 2014 et le 19 mai 2019.
Nous avons choisi les articles datant d'après février 2014, date des dernières recommandations de l'ESPGHAN et NASPGHAN ; basées sur une revue de la littérature exhaustive.
- Inclusion après lecture du titre puis du résumé.
- Articles mentionnant des traitements de la constipation fonctionnelle de l'enfant.

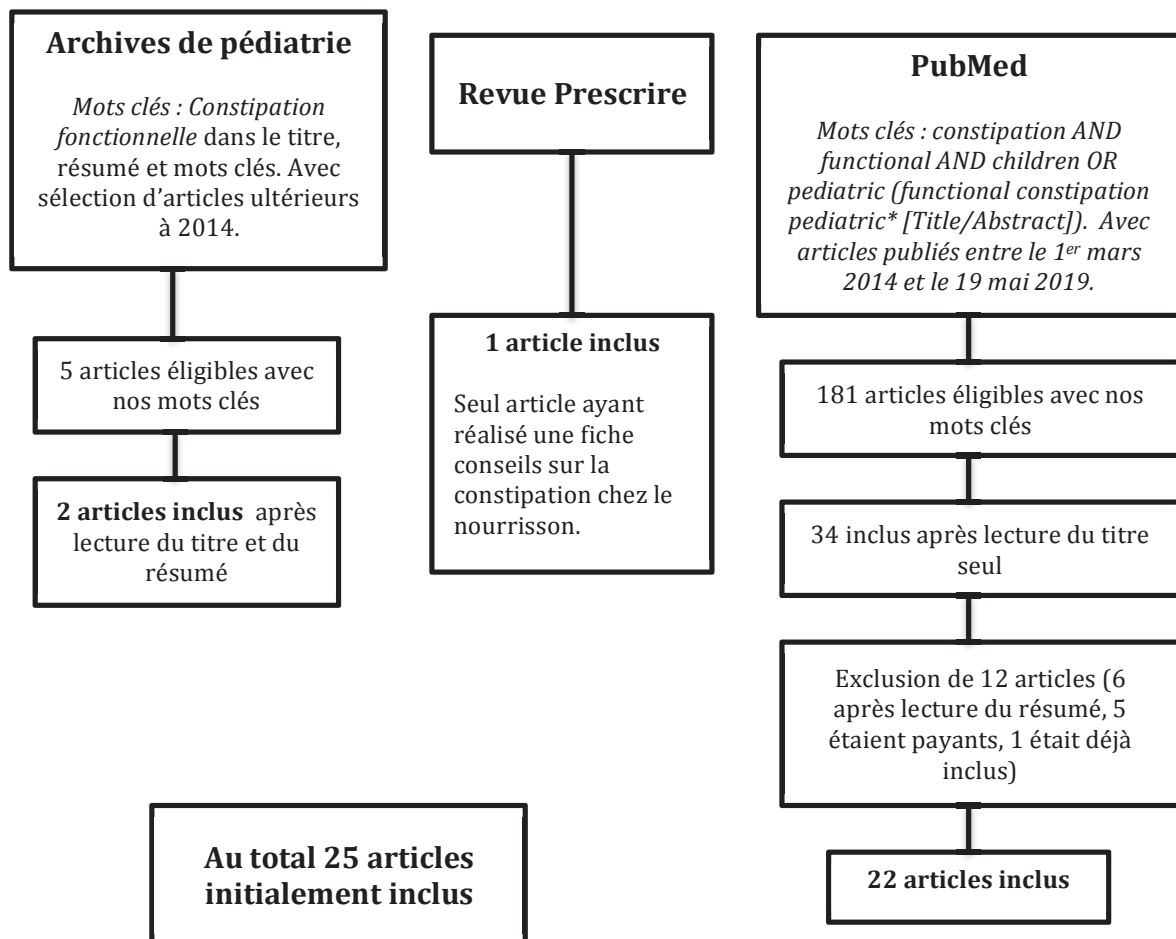
Critères d'exclusion :

- Articles autres que français ou anglais.
- Articles antérieurs à février 2014.
- Articles payants.
- Articles sans mention de traitement de la constipation fonctionnelle chez l'enfant.
- Articles traitant uniquement de la constipation fonctionnelle chez l'adulte.
- Articles traitant de la constipation organique chez l'enfant.

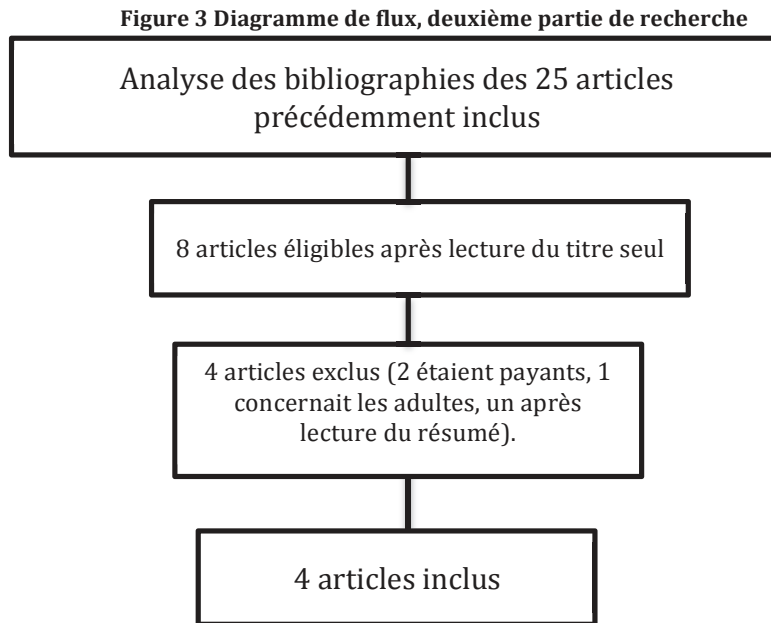
B) Recherche bibliographique

Nos recherches ont été réalisées du 12 juin 2018 au 19 mai 2019. Notre première phase de recherche s'est concentrée sur les sites suivants : Archives de Pédiatrie, Revue Prescrire et Pubmed. Les mots clés et les articles inclus sont présentés dans le diagramme de flux ci-dessous (Figure 2).

Figure 2 Diagramme de flux, première phase de recherche



Après cette première recherche, nous avons étudié les bibliographies des articles précédemment inclus en gardant les mêmes critères d'inclusions et d'exclusions (Figure 3).



Après ces deux phases de recherches, notre revue de la littérature comprend donc vingt-neuf références.

C) Résultats

1. Prise en charge initiale : entretien

Article	Objectif et Méthode	Résultat
P. Allen et al.; Pediatric Functional Constipation ; StatPearls Publishing LLC ; 2019 (18)	Article de revue	Le succès du traitement de la constipation fonctionnelle requière une approche d'équipe. Les membres de la famille, les soignants et le patient doivent chacun avoir un rôle dans la prise en charge.

<p>I.J.N Koppen and al. ; Management of Functional Constipation in Children: Therapy in Practice ; Pediatrics Drugs ; Volume 17 ; p 349- 360 ; 2015 (19)</p>	<p>Article de revue</p> <p>Revue de la littérature</p> <p>Evaluation de la prise en charge de la constipation fonctionnelle dans la population pédiatrique et résumé des options de traitements</p>	<p>L'éducation et la démystification sont les premières étapes du traitement non pharmacologique.</p> <p>Fournir des renseignements sur la prévalence, les symptômes, les facteurs initiaux et perpétuels (risques), les options de traitement et le pronostic sont nécessaires.</p> <p>Les enfants peuvent participer activement à la conversation en fonction de leur âge de développement.</p> <p>La constipation est souvent un problème de longue durée, qui doit être expliqué aux parents et aux patients.</p>
---	---	---

2. Mesures hygiéno-diététiques

a) Alimentation

Article	Objectif et Méthode	Résultat
<p>Premier Choix Prescrire, Constipation chez l'enfant, Actualisation Mai 2017 (20)</p>	<p>L'essentiel sur les soins de premiers choix</p> <p>Revue de la littérature</p>	<p>- Augmenter les apports en liquide et en fibres :</p> <p>Chez les nourrissons : augmentation de l'apport hydrique ; prise de jus de fruit purs, jus de pomme, de poire ou de pruneau riches en sorbitol, à adapter en cas de ballonnements douloureux.</p> <p>Chez un enfant constipé diversifier une alimentation quotidienne équilibrée riche en fibres :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des céréales complètes (son de blé, pain au son, flocons d'avoine) et des légumineuses (haricots blancs, pois chiches, lentilles), particulièrement riches en fibres végétales ; - des légumes (carottes, choux verts) ou des fruits secs ou frais (amandes, noix, poires, bananes). <p>D'autres mesures sont parfois conseillées, sans données probantes sur leur efficacité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - eau minérale riche en sulfate de magnésium - préparations présentées comme ayant des propriétés favorables pour le transit - limiter les apports en sucres, féculents et chocolat - pratiquer des activités physiques
<p>Evaluation and Treatment of Constipation in</p>	<p>Revue de la littérature</p>	<p>Fibres : les preuves cliniques ne sont pas suffisantes pour recommander l'utilisation supplémentaire de fibres dans le traitement de la constipation fonctionnelle.</p>

<p>Infants and Children : Evidence-Based Recommendations From ESPGHAN and NASPGHAN.</p> <p>Clinical Guideline, JPGN. Volume 58, Number 2, February 2014 (2)</p>	<p>Recommandation Sur la constipation de l'enfant, evidence-based guidelines</p>	<p>Une consommation normale de fibres est recommandée chez les enfants constipés.</p> <p>Hydratation : les éléments de preuve n'appuient pas l'utilisation de l'apport de liquide supplémentaire dans le traitement de la constipation fonctionnelle.</p> <p>Une consommation normale de liquide est recommandée chez les enfants constipés.</p> <p>Activité physique : aucune étude randomisée n'a évalué l'effet de l'activité physique sur la constipation chez l'enfant.</p> <p>Une activité physique normale est recommandée chez les enfants constipés.</p>
<p>O. Mouterde ; Traitements de la constipation du nourrisson et de l'enfant ; Archives de Pédiatrie ; Elsevier Masson ; 2016 (21)</p>	<p>Article de revue</p>	<p>Un régime équilibré pour l'âge, des boissons en quantité normale pour l'âge, une activité physique normale pour l'âge sont conseillés chez les enfants constipés pendant et après le traitement.</p> <p>Les eaux très minéralisées sont à éviter. Utilisée fréquemment chez le nourrisson, la plus populaire s'écarte par 4 constituants de la composition d'une eau pouvant être donnée en sécurité chez le nourrisson (sulfate, calcium, magnésium et minéraux totaux), pour une efficacité non prouvée et des risques métaboliques et rénaux (contenu en sulfates par exemples 10 fois au-delà du taux maximum recommandé).</p> <p>Chez le nourrisson, un hydrolysate de protéines peut être prescrit pendant 2 à 3 semaines en cas de constipation sévère et de signes d'atopie.</p> <p>Plusieurs ingrédients dans les préparations infantiles sont réputés ou proposés pour accélérer le transit : lactose, protéines solubles, lipides structurés, caroube, probiotiques, prébiotiques. Un essai est envisageable, les preuves d'efficacité sont souvent minces.</p>
<p>F. Campeotto ; Les mesures diététiques dans la constipation: toujours d'actualité ? ; Archives de Pédiatrie ; volume 22 p.111-112 ; Elsevier Masson ; 2015 (22)</p>	<p>Article de revue</p>	<p>Les RHD : étaient jusqu'alors prescrites en premier dans la prise en charge de la constipation fonctionnelle. Il était recommandé d'augmenter les apports journaliers hydriques et les aliments riches en fibres étaient considérés comme essentiels à consommer chaque jour.</p> <p>Depuis la publication des recommandations de l'ESPGHAN et de la NASPGHAN sur l'évaluation et le traitement de la constipation fonctionnelle de l'enfant, les mesures diététiques ont perdu leur première place dans la hiérarchie du traitement de la constipation fonctionnelle.</p>
<p>P. Allen et al.; Pediatric Functional</p>	<p>Article de revue</p>	<p>Les parents doivent être encouragés à augmenter la consommation de fibres en augmentant la consommation de fruits et de légumes crus et de céréales à base de son.</p>

<p>Constipation; StatPearls Publishing LLC; 2019 (18)</p>		<p>Une consommation adéquate d'eau est nécessaire ainsi qu'une activité physique appropriée en fonction de l'âge.</p>
<p>C.H Axelrod and al. ; The Role of Fiber in the Treatment of Functional Gastrointestinal Disorders in Children ; Nutrients ; 2018 (23)</p>	<p>Revue de la littérature</p>	<p>Seulement 37% des parents respectent les recommandations pour les laxatifs. Cela peut résulter du désir de traitements naturels, de la crainte d'effets secondaires ou de la difficulté à suivre un plan qui peut être trop complexe et comportant de multiples recommandations.</p> <p>Cette revue de la littérature a inclus 13 articles étudiant différentes fibres dans le traitement de la constipation fonctionnelle. La plupart des études ont démontré leurs avantages. Cependant, en raison de l'hétérogénéité du plan de l'étude, de la durée du traitement, des mesures des résultats, de la quantité et du type de fibres, les auteurs n'ont pas pu formuler de recommandation définitive à l'appui de l'utilisation de fibres pour le traitement de la constipation fonctionnelle chez les enfants.</p>
<p>M.Sood ; Unmet Needs in Pediatric Functional Constipation ; Clinical Pediatrics ; p 1489-1495 ; 2018 (24)</p>	<p>Revue de la littérature</p> <p>Identifier les lacunes et les besoins médicaux et éducatifs non satisfaits dans la constipation fonctionnelle de l'enfant.</p>	<p>Recherches sur Pubmed des articles publiés entre 1^{er} janvier 2010 et le 1^{er} aout 2017. Inclusion de 296 articles.</p> <p>Une enquête en 2015 a révélé que 84,3 % des pédiatres en exercice (n = 967) se considéraient comme peu familiers avec les nouvelles recommandations de la NASPGHAN. En consultation ils proposent: une augmentation de l'apport en liquides (92,1 %), de fibres alimentaires (89,5 %), du jus de pruneaux et de fruits (77,7 %), des interventions comportementales (71,2 %), un suivi régulier (53,4 %) et une réduction des aliments constipants (50,1 %). Les traitements médicamenteux sont réservés comme traitement secondaire dans la plupart des cas (55,2 %).</p> <p>Les fibres alimentaires, et les probiotiques sont couramment utilisés ; toutefois, les preuves cliniques à l'appui ne sont pas claires. Les prébiotiques et les probiotiques peuvent être efficaces pour améliorer les symptômes cliniques mais les données des essais cliniques sont limitées.</p>
<p>P.Piccoli de Mello ; Use of fibers in childhood constipation treatment : systematic review with meta-analysis ; Journal de Pediatria ; p.460-470 ; 2018 (25)</p>	<p>Revue de la littérature</p> <p>Recueillir des données probantes actuelles sur l'utilisation de fibres pour le traitement de la constipation</p>	<p>9 articles inclus dans leur revue de la littérature, avec un totale de 680 enfants. La plupart des études ont choisi d'utiliser la fréquence d'évacuation, la consistance des selles et/ou le succès du traitement comme résultats primaires.</p> <p>- Sur les 9 études : les résultats n'ont pas montrés d'augmentation significative du nombre de selles par semaine dans le groupe fibres par rapport au groupe témoin.</p> <p>- La consistance des selles a été évaluée par 8 études. Les résultats n'ont pas montré de différence significative</p>

		entre le groupe fibres et le groupe témoin. Il n'existe aucune preuve scientifique qui encourage la supplémentation de fibres dans l'alimentation des enfants constipés.
I.J.N Koppen and al. ; Management of Functional Constipation in Children: Therapy in Practice ; Pediatrics Drugs ; Volume 17 ; p 349-360 ; 2015 (19)	Article de revue Revue de la littérature Evaluation et de la prise en charge de la constipation fonctionnelle dans la population pédiatrique et résumé des options de traitements	Une consommation normale de fibres est recommandée : chez un enfant de plus de 2 ans une consommation normale est de l'âge (en année) + 5g (exemple à 8 ans : 13g/j) Les preuves actuelles ne soutiennent pas l'utilisation de fibres supplémentaires chez les enfants constipés. Une étude portant sur l'apport de liquide supplémentaire n'a pas montré de preuves suffisantes d'un effet bénéfique sur les symptômes de la constipation. Par conséquent une consommation normale de liquide est recommandée chez les enfants constipés.

b) Rééducation comportementale

Article	Objectif et Méthode	Résultat
Evaluation and Treatment of Constipation in Infants and Children : Evidence-Based Recommendations From ESPGHAN and NASPGHAN. Clinical Guideline, JPGN. Volume 58, Number 2, February 2014 (2)	Revue de la littérature Recommandation Sur la constipation de l'enfant, evidence-based guidelines	Démystifier, d'expliquer et d'encadrer la formation aux toilettes (chez les enfants ayant un âge de développement d'au moins 4 ans) dans le traitement de la constipation infantile.
O. Mouterde ; Traitements de la constipation du nourrisson et de l'enfant ; Archives de Pédiatrie ; Elsevier Masson ; 2016 (21)	Article de revue	- Ne pas instaurer la propreté trop tôt et avec trop d'insistance. - Ne pas donner une image très négative de la fonction de défécation. - Donner à l'enfant la possibilité de déféquer dans des toilettes décentes, adaptées à son âge et où son intimité est respectée. Utiliser un pot, puis un réducteur avec des appuis pour les pieds, de manière à ce qu'il ne soit ni « suspendu » à la cuvette des toilettes adultes, ni genoux sur le menton sur un pot posé à terre.

		- l'enfant doit être encouragé à émettre ses selles dès qu'il en ressent le besoin et à défaut une fois par jour après un repas : se présenter tous les jours aux toilettes, même si l'enfant n'en ressent pas le besoin.
P.Allen et al.; Pediatric Functional Constipation ; StatPearls Publishing LLC ; 2019 (18)	Article de revue	Les enfants doivent être encouragés à s'asseoir sur les toilettes et essayer d'avoir des selles pendant 5-10 min au même moment de la journée jour après jour après le même repas. Ceci afin d'utiliser au mieux le reflexe gastro-colique et de diminuer le risque de constipation par « l'entraînement » de l'enfant à avoir des selles régulières. Une durée de 1 à 3 semaines est nécessaire avant d'avoir une efficacité.
I.J.N Koppen and al. ; Management of Functional Constipation in Children: Therapy in Practice ; Pediatrics Drugs ; Volume 17 ; p 349- 360 ; 2015 (19)	Article de revue Revue de la littérature Evaluation et de la prise en charge de la constipation fonctionnelle dans la population pédiatrique et résumé des options de traitements	<p>Chez les enfants de 4 ans ou plus, un programme de formation sur les toilettes peut être mis en place : Ceci consiste à s'asseoir sur les toilettes pendant 5 minutes après chaque repas ceci afin d'activer le reflexe gastrocolique.</p> <p>Il est important d'avoir une posture détendue pendant la défécation : un soutien des pieds (avec un repose pieds) est nécessaire pour les enfants dont les pieds ne touchent pas le sol lorsqu'ils sont sur les toilettes.</p> <p>Pour motiver un enfant à suivre une formation sur les toilettes, on peut mettre en place un système de récompense qui permet d'obtenir de petits cadeaux (autocollants) pour compléter la formation sur les toilettes.</p> <p>Un journal quotidien des selles peut aider à objectiver la constipation et peut être un outil utile pour évaluer le traitement.</p> <p>Une étude prospective de cohorte en 2013 a démontré que l'activité physique est associée à un risque réduit de constipation fonctionnelle au stade préscolaire. Toutefois, aucun essai clinique sur l'effet de l'activité physique chez les enfants constipés n'a été réalisé.</p> <p>Des problèmes de comportement surviennent chez environ un tiers des enfants constipés. Or dans un essai clinique, la thérapie comportementale n'avait aucun avantage sur le traitement conventionnel. Néanmoins, lorsque des problèmes de comportements sont présents, la thérapie comportementale ou une prise en charge psychologique en plus du traitement médicamenteux devraient être envisagées.</p>

3. Moyens thérapeutiques dans la constipation fonctionnelle de l'enfant

a) Désimpaction

Article	Objectif et Méthode	Résultat
<p>Evaluation and Treatment of Constipation in Infants and Children : Evidence-Based Recommendations From ESPGHAN and NASPGHAN.</p> <p>Clinical Guideline, JPGN. Volume 58, Number 2, February 2014 (2)</p>	<p>Revue de la littérature</p> <p>Recommandation Sur la constipation de l'enfant, evidence-based guidelines</p>	<p>Une étude a comparée l'effet du PEG par rapport au lavement, mais aucune différence n'a été montrée.</p> <p>En conclusion, les preuves montrent que le PEG et les lavements sont tout aussi efficaces pour la désimpaction fécale.</p> <p>L'utilisation de PEG avec ou sans électrolytes par voie orale de 1 à 1,5g /kg/jour pendant 3 à 6 jours est recommandée comme traitement de première intention pour les enfants présentant une impaction fécale.</p> <p>Un lavement une fois par jour pendant 3 à 6 jours est recommandé pour les enfants atteints d'impaction fécale, si le PEG n'est pas disponible.</p>
<p>O. Mouterde ; Traitements de la constipation du nourrisson et de l'enfant ; Archives de Pédiatrie ; Elsevier Masson ; 2016 (21)</p>	<p>Article de revue</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le macrogol est utilisable pour la désimpaction fécale (fécalomes, encoprésie secondaire) à la dose de 1,5g/kg pendant 3 à 6 jours, en prévenant les parents du risque d'inconfort digestif et d'augmentation temporaire des fuites fécales en début de traitement, jusqu'à l'évacuation des fécalomes. - Manœuvre endo-anale : est à éviter en cas de réticence forte de l'enfant. - Les lavements de phosphate sont utilisables après 3 ans dans leur présentation pédiatrique (Normacol enfant®). Ils peuvent permettre la désimpaction fécale en évitant l'inconfort des fortes doses de PEG, en étant prescrits 3-4 jours de suite dès le début du traitement laxatif. Les contre-indications sont : désordres hydro-électrolytiques, occlusion intestinale, insuffisance rénale sévère, mégacôlon (congénital ou acquis). Un traitement prolongé est déconseillé. (risque de trouble hydro-électrolytique en cas de surdosage ou de sensibilité particulière à ces troubles, d'allergie et d'exceptionnelles lésions ischémiques rectales). - Les suppositoires « effervescents » (Eductyl enfants®) ont pour but de déclencher la sensation de besoin. Leur utilisation ne s'entend qu'après avoir effectué la désimpaction fécale, tant ils sont inutiles et mal tolérés en cas de fécalome. La prescription doit être brève (1 à 3 semaines). Les effets secondaires sont des sensations de brûlure rectale et des rectites congestives.

		- Les autres traitements par voie anale sont déconseillés (micro-lavements, suppositoires de glycérine): ils ne permettent ni de traiter, ni d'éviter une constipation, et perturbent chez le jeune enfant l'acquisition d'une fonction normale de défécation.
P. Allen et al.; Pediatric Functional Constipation ; StatPearls Publishing LLC ; 2019 (18)	Article de revue	La première phase du traitement est de vider le colon des selles impactées . Ceci afin que le colon retrouve sa taille et sa fonction normale. Aujourd'hui le PEG 3350 est le premier traitement à utiliser de par son efficacité, sa sécurité et par sa meilleure tolérance. Une dose raisonnable serait de 1-1.5g/kg de PEG 3350 dilué dans de l'eau ou du jus. Les patients sont encouragés à boire ceci en 3h si possible. En l'absence de réponse, le traitement peut être répété le jour suivant. En l'absence de réponse après 2 jours de traitement ou s'ils présentent des douleurs abdominales, des vomissements une réévaluation est nécessaire.
M.Sood ; Unmet Needs in Pediatric Functional Constipation ; Clinical pediatrics ; p 1489-1495 ; 2018 (24)	Revue de la littérature Identifier les lacunes et les besoins médicaux et éducatifs non satisfaits dans la constipation fonctionnelle de l'enfant.	Recherches sur Pubmed des articles publiés entre 1 ^{er} janvier 2010 et le 1 ^{er} aout 2017. Inclusion de 296 articles. Les lavements sont efficaces pour les constipations fonctionnelles sévères, mais leur utilisation à long terme chez les enfants est souvent peu pratique et peut être perçu comme inconfortable.
T.Yoo and al. ; Efficacy and Safety of Combined Oral and Enema Therapy Using Polyethylene Glycol 3350- Electrolyte for Disimpaction in Pediatric Constipation ; Pediatric gastroenterology, heppatology and nutrition ; volume 20 ; p 244-251 ; 2017 (26)	Etude rétrospective Evaluer l'efficacité et l'innocuité de la thérapie combinée par voie orale et par lavement à l'aide du polyéthylène glycol 3350 avec une solution électrolytique pour la désimpaction chez les enfants hospitalisés.	Etude rétrospective sur 28 enfants réalisée entre 2008 et 2016 au centre médical et universitaire de Konkuk. Les lavements peuvent être une expérience effrayante et douloureuse pour les enfants par rapport à une thérapie orale, et réduire la compliance au traitement. Cependant, l'avantage des lavements est l'action rapide par action locale ; ce qui peut rapidement atténuer les symptômes tels que des vomissements graves, douleurs abdominales. Dans leur étude, les auteurs ont traité par PEG 3350 avec électrolytes avec une dose de 3-4,1 g/kg/j per os et 15-25 ml/kg/jour en lavement. La fréquence de défécation est passée de 2,2 (+/-0,3) par semaine à au moins une fois par jour (1,1+/- 0,1 par jour) après la désimpaction. Il y a eu une augmentation de la fréquence de la défécation chez 26 patients (92,9%). Pour l'efficacité thérapeutique et l'innocuité, le traitement combiné par voie orale et par lavement au PEG 3350 à dose élevée avec électrolytes est jugé supérieur à la monothérapie orale conventionnelle.

<p>E.E.Boles and al. ; Comparison of Polyethylene Glycol- Electrolyte Solution vs Polyethylene Glycol-3350 for the Treatment of Fecal Impaction in Pediatric Patients ; The Journal of Pediatrics Pharmacology Therapy ; Volume 20 ; p 210-216 ; 2015 (27)</p>	<p>Etude rétrospective</p> <p>Evaluer l'innocuité et l'efficacité de la solution de polyéthylène glycol-électrolyte par rapport à la solution de polyéthylène glycol-3350 pour le traitement de l'impact fécal chez les patients pédiatriques</p>	<p>Etude réalisée entre le 01/10/10 et le 30/09/11 à l'hôpital des enfants, Memphis, Tennessee.</p> <p>51 enfants (âgés de 1 mois à 15 ans) ont été évalués : 23 patients ont reçu du PEG avec électrolytes (PEG -ES) et 28 patients ont reçu du PEG-3350 (sans électrolytes).</p> <p>Il n'y a pas de différence significative dans la fréquence de désimpaction entre PEG-ES et PEG-3350 (87 % et 86 %, respectivement; p = 0,87). Il n'y a eu qu'un effet secondaire signalé avec le PEG-3350, comparativement à 11 effets secondaires déclarés avec le PEG-ES (douleurs abdominales, troubles électrolytiques, nausées et vomissements, hypokaliémie sévère avec alcalose métabolique) (p = 0,01).</p> <p>Le PEG-3350 est aussi efficace que le PEG-ES pour le traitement de l'impaction fécal et est associé à moins d'effets secondaires.</p>
<p>M.Minguez and al. ; Use of polyethylene glycol in functional constipation and fecal impaction ; Revista Española de Enfermedades Digestivas ; Volume 108 ; p. 790-806 ; 2016 (28)</p>	<p>Revue de la littérature</p> <p>Evaluer de manière analytique et descriptive les preuves publiées jusqu'à présent sur l'utilisation du polyéthylène glycol (PEG), avec ou sans électrolytes, dans la gestion de la constipation fonctionnelle et le traitement de l'impact fécal.</p>	<p>Recherche dans les bases de données MEDLINE, EMBASE et COCHRANE jusqu'en mai 2016 : 28 articles pédiatriques inclus. Les différents articles examinés montrent une grande variabilité dans la conception, la méthodologie, les facteurs analysés et la taille de l'échantillon.</p> <p>- Le PEG avec ou sans électrolytes sont aussi efficaces que les lavements mais sont mieux tolérés par les patients (surtout lorsqu'ils sont administrés sans électrolytes).</p>
<p>I.J.N Koppen and al. ; Management of Functional Constipation in Children: Therapy in Practice ; Pediatrics Drugs ; Volume 17 ; p 349-360 ; 2015 (19)</p>	<p>Article de revue</p> <p>Revue de la littérature</p> <p>Evaluation et de la prise en charge de la constipation fonctionnelle dans la population pédiatrique et résumé des options de traitements</p>	<p>La désimpaction est recommandée avant le début du traitement d'entretien afin d'accroître le succès du traitement.</p> <p>Lavements ou PEG oral à dose élevée temporaire (PEG 1 à 1,5 g/kg/jour) pendant 3 à 6 jours.</p> <p>Par rapport aux lavements, le PEG à forte dose est associé à une plus grande fréquence d'incontinence fécale pendant le traitement. Toutefois, le PEG est recommandé comme premier choix pour la désimpaction puisqu'il peut être administré par voie orale et est donc moins invasif.</p>

b) Traitements médicamenteux de fond

Article	Objectif et Méthode	Résultat
<p>Premier Choix Prescrire, Constipation chez l'enfant, Actualisation Mai 2017 (20)</p>	<p>L'essentiel sur les soins de premiers choix</p> <p>Revue de la littérature</p>	<p>- Glycérol rectal en premier choix lors de constipation occasionnelle. Chez les nourrissons et les jeunes enfants, le <i>glycérol</i> (alias <i>glycérine</i>) en suppositoire ou en gel rectal est alors le médicament de choix. Une utilisation répétée expose à des irritations anales et à des perturbations du réflexe de défécation normal. Le <i>glycérol</i> est à éviter en cas de fissure anale.</p> <p>- La paraffine liquide (alias huile de vaseline) par voie orale, est à écarter chez les nourrissons et les jeunes enfants, en raison du risque élevé de fausse route qui expose à des pneumopathies lipidiques. En utilisation prolongée, elle expose à une diminution de l'absorption des vitamines liposolubles et à des suintements anaux.</p> <p>Lors d'une constipation tenace, les laxatifs osmotiques : le lactulose, en premier choix, ou un macrogol sans électrolytes en alternative, pris pendant plusieurs jours consécutifs est parfois utile.</p> <p>En cas de fissure ou d'irritation anale, le traitement laxatif est à associer à des soins locaux tels que bain de siège, séchage, pommade ou gel à base d'anesthésique local (lidocaïne).</p>
<p>Evaluation and Treatment of Constipation in Infants and Children : Evidence-Based Recommendations From ESPGHAN and NASPGHAN.</p> <p>Clinical Guideline, JPGN. Volume 58, Number 2, February 2014 (2)</p>	<p>Revue de la littérature</p> <p>Recommandation Sur la constipation de l'enfant, evidence-based guidelines</p>	<p>Les preuves montrent que le PEG est plus efficace que le lactulose, le lait de magnésium, l'huile minérale ou le placebo. Le lactulose est considéré comme sûr pour tous les âges. C'est pourquoi le lactulose est recommandé dans les cas où le PEG n'est pas disponible.</p> <p>Les preuves ne soutiennent pas l'ajout de lavement à l'utilisation chronique de PEG chez les enfants constipés.</p> <p>Aucune étude randomisée n'a étudié la durée optimale de traitement. L'utilisation de PEG avec ou sans électrolytes est recommandée comme traitement initial. A la dose de initiale de 0,4g/kg/jour et la dose doit être ajustée en fonction de la réponse clinique.</p> <p>L'utilisation de lait de magnésium, d'huile minérale et de laxatifs stimulants peut être considérée comme un traitement additionnel ou secondaire.</p>

		<p>D'après l'avis d'experts, le traitement d'entretien devrait se poursuivre pendant au moins deux mois. Tous les symptômes de constipation doivent être résolus pendant au moins un mois avant l'arrêt du traitement. L'arrêt du traitement doit se faire progressivement.</p> <p>D'après l'avis d'experts, un traitement mis en place pendant l'acquisition de la propreté doit être arrêté une fois l'acquisition terminée.</p>
<p>O. Mouterde ; Traitements de la constipation du nourrisson et de l'enfant ; Archives de Pédiatrie ; Elsevier Masson ; 2016 (21)</p>	<p>Article de revue</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le lactulose et le lactitol sont des laxatifs fermentescibles, utilisables dès la naissance : efficacité réelle mais modeste et épuisable avec le temps. Ils peuvent être proposés chez le nourrisson et également chez le plus grand de façon brève pour une constipation modérée. - Au-delà de 6 mois, le laxatif le plus efficace est le polyéthylène-glycol (PEG), ou macrogol, avec ou sans électrolytes. Son efficacité est constante, sans accoutumance. Son acceptabilité est excellente. Le seul effet secondaire décrit est l'allergie qui est exceptionnelle. Il est contre-indiqué en cas de maladie inflammatoire du tube digestif (MITD) sévère, d'occlusion, de douleurs abdominales non expliquées, d'hypersensibilité au produit. La dose préconisée est de 0,4g/kg en début de traitement, en une fois le matin, à adapter selon l'effet obtenu après quelques jours (ne pas adapter la dose au jour le jour, mais par paliers de 5-6 jours). - La durée maximale du traitement d'entretien est fixée à 3 mois par la monographie. Les recommandations mentionnent un traitement d'entretien de 2 mois au minimum, poursuivi au moins 1 mois après l'arrêt complet des troubles avant d'envisager une décroissance du traitement. Une constipation sévère (comme c'est le cas lorsqu'il y a encoprésie) et prolongée peut nécessiter un traitement beaucoup plus long, du fait de la perturbation de la motricité recto-sigmoïdienne qui peut être durable, voire définitive. - En période d'apprentissage de la propreté, il est recommandé de laisser passer celle-ci avant de cesser un traitement laxatif. - L'huile de paraffine est moins utilisée et moins efficace que le PEG. Ses effets secondaires peuvent être gênants (suintements, risque théorique de malabsorption de vitamines, inhalations). L'observance pose souvent problème également, du fait du goût et de la consistance, même en gelée sucrée et aromatisée.
<p>F. Campeotto ; Les mesures diététiques dans la constipation: toujours</p>	<p>Article de revue</p>	<p>La prise en charge recommandée actuelle est l'utilisation en première ligne des laxatifs osmotiques type PEG avec ou sans électrolytes. Ils doivent être prescrits dans la prise en charge de l'impaction rectale et/ou dans le traitement d'entretien de la constipation</p>

<p>d'actualité ? ; Archives de Pédiatrie ; volume 22 p.111-112 ; Elsevier Masson ; 2015 (22)</p>		
<p>P. Allen et al.; Pediatric Functional Constipation ; StatPearls Publishing LLC ; 2019 (18)</p>	<p>Article de revue</p>	<p>La seconde phase du traitement consiste à garder des selles molles et prévenir la ré accumulation de selles dures. Le PEG 3350 doit être poursuivit, une fois par jour pendant au moins une semaine. En général, les enfants constipés depuis longtemps nécessitent un traitement plus long. Les doses de PEG sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 10 à 20 kg - ½ bouchon par jour ▪ 20 à 40 kg - ¾ bouchon par jour ▪ > 40 kg - 1 bouchon par jour <p>Le traitement peut être dilué dans de l'eau ou du jus. Le dosage peut être ajusté si les selles sont trop dures ou en cas de diarrhées.</p>
<p>S.M Dehghani et al ; A randomized controlled double blinded trial to evaluate efficacy of oral administration of black strap molasses (sugarcane extract) in comparison with polyethylene glycol on pediatric functional constipation ; Journal of Ethnopharmacology ; Volume 238 ; 2019 (29)</p>	<p>Essai clinique randomisée, contrôlée en double aveugle</p> <p>Evaluer l'efficacité du sirop de mélasse (extrait de sucre de canne) en comparaison au PEG dans la constipation fonctionnelle chez l'enfant</p>	<p>Etude en double aveugle, contrôlée et randomisée réalisée auprès d'enfants âgés de 4-12 ans avec un diagnostic de constipation fonctionnelle selon les critères de Rome III.</p> <p>92 inclusions divisées en 2 groupes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un groupe traité par PEG en sirop (40%) ▪ Un groupe traité par sirop de mélasse (polyphenols (960 µg/mL), potassium (12430 µg/mL), iron (80 µg/mL) and calcium (3320 µg/mL)) <p>Posologie : 1ml/kg/jour pendant 1 mois</p> <p>Résultats : Pas de différence significative. Le nombre et la consistance des selles ont été améliorés dans les deux groupes.</p>
<p>M.Sood ; Unmet Needs in Pediatric Functional Constipation ; Clinical pediatrics ; p 1489-1495 ; 2018 (24)</p>	<p>Revue de la littérature</p> <p>Identifier les lacunes et les besoins médicaux et éducatifs non satisfaits dans la constipation fonctionnelle de l'enfant.</p>	<p>Recherches sur Pubmed des articles publiés entre le 1^{er} janvier 2010 et le 1^{er} aout 2017. Inclusion de 296 articles.</p> <p>Les laxatifs oraux sont les traitements les plus couramment prescrits pour la désimpaction fécale et le traitement d'entretien, mais leur utilisation à long terme n'a pas été évaluée de manière adéquate.</p> <p>Le PEG et le lactulose sont les meilleurs choix pour le traitement d'entretien et sont largement utilisés dans la pratique clinique.</p> <p>Leurs recherches ont montré que parmi 25 essais cliniques menées sur des laxatifs, une seule étudait l'efficacité à long terme (>3 mois) et près de la moitié des études restantes mesuraient les résultats à un mois.</p>

<p>M.Minguez and al. ; Use of polyethylene glycol in functional constipation and fecal impaction ; Revista Española de Enfermedades Digestivas ; Volume 108 ; p. 790-806 ; 2016 (28)</p>	<p>Revue de la littérature</p> <p>Evaluer de manière analytique et descriptive les preuves publiées jusqu'à présent sur l'utilisation du PEG, avec ou sans électrolytes, dans la gestion de la constipation fonctionnelle et le traitement de l'impact fécal.</p>	<p>Recherche dans les bases de données MEDLINE, EMBASE et COCHRANE jusqu'en mai 2016 : 28 articles pédiatriques inclus. Les différents articles examinés montrent une grande variabilité dans la conception, la méthodologie, les facteurs analysés et la taille de l'échantillon.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le PEG avec ou sans électrolytes est plus efficace que le placebo pour le traitement de la constipation fonctionnelle. - Le PEG présente une efficacité semblable à celle d'autres laxatifs, comme le lait de magnésie, l'huile de paraffine ou le phosphate de sodium mais dans la majorité des études le PEG est plus efficace que le lactulose. - Le PEG est un médicament sûr à faible incidence d'effets secondaires légers, qui sont bien contrôlés par un ajustement de la dose. - Dans la majorité des études, l'acceptation et la tolérance des patients sont supérieures à celles des autres médicaments analysés. - Le PEG avec ou sans électrolytes sont les laxatifs osmotiques les plus efficaces (plus que la lactulose) et constituent le traitement de première intention de la constipation fonctionnelle à court et à long terme. - Il ne semble pas exister de différences significatives dans l'utilisation des différents types de PEG (PEG sans électrolytes, PEG + E et PEG 4000), bien que des études soient limitées et que d'autres études soient nécessaires. - Les doses nécessaires recommandées varient en fonction des articles : entre 0,5 à 0,7 g/kg/j.
<p>M.Reza Esmaeilidooki and al. ; Comparison Between the Cassia Fistula's Emulsion With Polyethylene Glycol (PEG4000) in the Pediatric Functional Constipation: A Randomized Clinical Trial ; Iranian Red Crescent Medical Journal ; Volume 18 ; 2016 (30)</p>	<p>Essai clinique : étude de supériorité de l'émulsion de Cassia par rapport au PEG 4000</p> <p>Comparaison de l'efficacité de l'émulsion de Cassia fistule avec le PEG 4000 dans la constipation fonctionnelle et évaluation de leur innocuité</p>	<p>Etude contrôlée, randomisée, prospective en groupe parallèle à l'hôpital pour enfants d'Amirkola, à Babol en Iran. Inclusion de 109 enfants (2-15 ans) de janvier à mai 2014 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 57 enfants dans le groupe PEG 0.7-0.8 g/kg/j en 2 prises - 52 ont dans le groupe émulsion de cassia fistule 1 cc/kg /j en 3 prises (Chaque cuillère à café d'émulsion contenait 0,1 g de pulpe séchée de fruits de Cassia fistule) <p>Traitement pendant 4 semaines dans chacun des deux groupes.</p> <p>Après 4 semaines, pas de différence significative entre les deux groupes sur la douleur lors de la défécation, la consistance des selles, l'incontinence fécale.</p> <p>Différence significative sur la fréquence des selles en faveur de l'émulsion de Cassia (p < 0,0001)</p>

		<p>La tolérance du PEG était significativement meilleure pendant les 2 premières semaines (p=0,002), mais pas au cours de la 3^e et 4^e semaine.</p> <p>Aucun des deux traitements n'a induit d'effets secondaires cliniquement significatifs.</p>
<p>I.J.N Koppen and al. ; Management of Functional Constipation in Children: Therapy in Practice ; Pediatrics Drugs ; Volume 17 ; p 349-360 ; 2015 (19)</p>	<p>Article de revue</p> <p>Revue de la littérature</p> <p>Evaluation et de la prise en charge de la constipation fonctionnelle dans la population pédiatrique et résumé des options de traitements</p>	<p>Le PEG est le laxatif oral de premier choix, à une dose de 0,2 à 0,8 g/kg/jour.</p> <p>Selon la gravité des symptômes, l'effet du traitement devrait être évalué 1 à 2 semaines après le début de celui-ci et il doit être poursuivi pendant au moins 2 mois. Les symptômes doivent être résolus pendant au moins 1 mois avant le début du sevrage. Il est recommandé d'évaluer les symptômes 2 mois après la fin du traitement, afin de prévenir ou de détecter les rechutes.</p> <p>50 % des enfants sous traitement d'entretien peuvent arrêter les traitements dans les 6 à 12 mois suivant le début du traitement.</p> <p>Laxatifs osmotiques :</p> <p>Le PEG (ou macrogol) est le laxatif osmotique de premier choix. C'est un polymère linéaire, dans lequel les molécules d'eau sont retenues au moyen de connexions d'hydrogène, provoquant une augmentation du volume de fluide intraluminal. Il n'est pas métabolisé et est absorbé dans l'intestin de façon minimale (1%).</p> <p>PEG 3350 et PEG 4000, avec des poids moléculaires de 3.350 et 4.000 g/mol, respectivement pour minimiser le risque de perturbation de l'équilibre électrolytique par osmose, on peut utiliser une combinaison de PEG et d'électrolytes, qui est iso-osmotique au lieu d'hypo-osmotique. Il a été prouvé que le PEG est plus efficace pour augmenter la fréquence des selles (3 fois par semaine) que le placebo, le lactulose et l'hydroxyde de magnésium dans le traitement de la constipation. L'utilisation du PEG est efficace et sûre, même chez les jeunes enfants (âgés de 2 ans).</p> <p>Le lactulose et le lactitol sont des dérivés synthétiques du lactose. Ces agents hyper-osmolaires ne sont pas hydrolysés par les enzymes digestives dans l'intestin grêle et sont, pour cette raison, mal absorbés par la muqueuse intestinale et dans le côlon, ces disaccharides sont fermentés en acides hyper-osmolaires de faible poids moléculaire par des bactéries intraluminales, favorisant le péristaltisme. Il n'y a aucune différence statistiquement significative dans le succès du traitement entre le lactulose et le lactitol, le lactulose et le séné, ou le lactulose et les fibres alimentaires. Néanmoins le lactulose étant considéré comme sans danger pour tous les âges, il est recommandé dans le cas où le PEG n'est pas disponible.</p>

<p>D. Jarzebicka and al. ; PEG 3350 Versus Lactulose for Treatment of Functional Constipation in Children: Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition ; volume 68 ; p 318-324 ; 2019 (31)</p>	<p>Essai clinique</p> <p>Comparer l'efficacité clinique et la tolérance du PEG 3350 et du lactulose dans le traitement de la constipation fonctionnelle des nourrissons et des enfants</p>	<p>Etude randomisée, contrôlée. 12 semaines de traitement et suivi de 4 semaines après l'arrêt du traitement.</p> <p>Les critères de jugement principaux étaient le nombre de défécations par semaine après 12 semaines de traitement et l'amélioration de la consistance des selles d'au moins 2 points dans l'échelle de Bristol.</p> <p>102 enfants inclus. 88 ont terminé l'étude.</p> <p>Le groupe PEG présentait plus de défécation/semaine que le groupe lactulose ($p= 0,008$) et la fréquence de défécations douloureuses était identique dans les deux groupes, tout comme la rétention fécale, le volume important des selles, les selles dures. Les effets secondaires étaient plus importants dans le groupe lactulose ($p=0,02$), surtout des ballonnements et des douleurs abdominales.</p> <p>Le PEG 3350 est plus efficace et cause moins d'effets secondaires que le lactulose dans le traitement de la constipation chez les nourrissons et les enfants.</p>
<p>P. Dziechciarz and al. ; Polyethylene glycol 4000 for treatment of functional constipation in children. ; Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition ; volume 65 ; 2015 (32)</p>	<p>Essai clinique</p> <p>Evaluer l'efficacité et l'innocuité de 2 doses différentes de PEG pour le traitement d'entretien de la constipation fonctionnelle chez les enfants.</p>	<p>Essai clinique contrôlé randomisé. 92 enfants inclus. 90 ont terminé l'étude.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 45 enfants dans le groupe forte dose : PEG 4000 à une dose de 0,7 g/kg/j. - 47 enfants dans le groupe faible dose de 0,3 g/kg/j. <p>Critère de jugement primaire : succès du traitement, défini comme 3 selles par semaine sans incontinence fécale au cours de la dernière semaine de l'intervention.</p> <p>Résultats : Succès du traitement semblable dans les deux groupes.</p> <p>Les deux doses testées de PEG étaient tout aussi sûres et efficaces dans le traitement de la constipation fonctionnelle de l'enfant.</p>

c) Traitements autres

Article	Objectif et Méthode	Résultat
<p>Premier Choix Prescrire, Constipation chez l'enfant, Actualisation Mai 2017 (20)</p>	<p>L'essentiel sur les soins de premiers choix Revue de la littérature</p>	<p>L'efficacité d'un antispasmodique tel que la mébévérine, la trimébutine ou le phloroglucinol n'est pas étayée pour soulager les douleurs abdominales ou anales qui accompagnent parfois la constipation.</p> <p>Ces antispasmodiques exposent à des réactions allergiques rares mais graves, dont des chocs anaphylactiques, et pour le phloroglucinol à des syndromes de Lyell. La mébévérine expose aussi à des sensations vertigineuses et des ralentissements du rythme cardiaque. La trimébutine expose aussi à des dépendances et des intoxications graves (avec troubles neurologiques et cardiaques).</p> <p>Quand des douleurs abdominales associées à la constipation persistent et justifient la prise d'un antalgique, le paracétamol est le premier choix, compte tenu de sa balance bénéfices-risques en général favorable.</p> <p>Des infusions de menthe poivrée sous forme de plante pour tisane sont une option chez les enfants plus âgés. Elle a une activité antispasmodique probable, et expose à des effets indésirables rares et bénins.</p>
<p>Evaluation and Treatment of Constipation in Infants and Children : Evidence-Based Recommendations From ESPGHAN and NASPGHAN.</p> <p>Clinical Guideline, JPGN. Volume 58, Number 2, February 2014 (2)</p>	<p>Revue de la littérature</p> <p>Recommandation Sur la constipation de l'enfant, evidence-based guidelines</p>	<p>Prébiotiques/ Probiotiques : une étude a montré une augmentation significative de la défécation après un traitement par Lactobacillus reuteri. Mais les éléments de preuves ne sont pas suffisants pour appuyer l'utilisation de pré ou probiotiques.</p> <p>L'utilisation courante de pré ou probiotiques n'est pas recommandée dans le traitement de la constipation infantile.</p> <p>Thérapie comportementale et biofeedback : en conclusion, les données n'appuient pas l'utilisation de la thérapie comportementale ou du biofeedback dans le traitement de la constipation de l'enfant.</p> <p>Acupuncture, homéopathie, thérapie corporelle, manipulations musculo-squelettiques telles que l'ostéopathie et la chiropractie et le yoga : aucune étude randomisée n'a été retrouvée</p> <p>Il n'est pas recommandé d'utiliser des traitements alternatifs dans la constipation de l'enfance.</p> <p>La lubiprostone, le linaclotide et le prucalopride sont des médicaments qui se sont révélés efficaces chez les adultes constipés. À ce jour, aucune étude randomisée n'a</p>

		<p>été publiée chez les enfants.</p> <p>Les experts ne recommandent pas leur utilisation dans la constipation de l'enfant.</p> <p>Chirurgie : administration antérograde de lavement. Aucune étude n'a été publiée ; mais l'avis d'experts recommande une prise en charge par lavement antérograde dans le traitement d'enfants sélectionnés, avec une constipation fonctionnelle intraitable.</p> <p>Stimulation nerveuse transcutané (TNS) : les éléments de preuve n'appuient pas l'utilisation de la TNS chez les enfants atteints de constipation intraitable.</p>
<p>O. Mouterde ; Traitements de la constipation du nourrisson et de l'enfant ; Archives de Pédiatrie ; Elsevier Masson ; 2016 (21)</p>	<p>Article de revue</p>	<p>- Prise en charge psychologique : nécessaire que si la cause de la constipation, le retentissement de celle-ci sur la vie quotidienne, le refus de guérir ou la phobie des toilettes le justifient. Un enfant présentant des fécalomes et une encoprésie secondaire ne peut être guéri par la seule prise en charge psychologique.</p> <p>- La rééducation par biofeedback, les pré et probiotiques, la prise en charge multidisciplinaire, les médecines alternatives (acupuncture, ostéopathie, homéopathie), les prokinétiques, les stimulations nerveuses transcutanées ne sont pas recommandés.</p>
<p>A. Pärtty et al. ; Probiotics on Pediatric Functional Gastrointestinal Disorders ; Nutrients ; 2018 (33)</p>	<p>Revue de la littérature</p> <p>Evaluer les données actuelles sur l'efficacité des probiotiques pour la prise en charge des douleurs abdominales fonctionnelles, de la constipation fonctionnelle et des coliques infantiles.</p>	<p>Dans ces études, un risque relativement élevé de biais a été constaté. De plus les interventions et le suivi étaient de courte durée. Les populations étudiées étaient relativement petites et hétérogènes.</p> <p>Aucune souche unique, combinaison de souches et de synbiotiques ne peut être recommandé pour la gestion de la constipation fonctionnelle chez les enfants.</p>
<p>M.Sood ; Unmet Needs in Pediatric Functional Constipation ; Clinical pediatrics ; p 1489-1495 ; 2018 (24)</p>	<p>Revue de la littérature</p> <p>Identifier les lacunes et les besoins médicaux et éducatifs non satisfaits dans la constipation fonctionnelle de l'enfant.</p>	<p>Le prucalopride a été le seul médicament testé pour la constipation fonctionnelle dans le cadre d'essais cliniques de phase 3. Bien que ces études aient démontré un profil d'innocuité acceptable pour le prucalopride dans la population pédiatrique, elles n'ont pas atteint leur paramètre primaire d'efficacité et les taux de réponse avec prucalopride par rapport au placebo étaient de 17,0 % et de 17,8 % (P = 0,90), respectivement.</p> <p>La neuromodulation sacrée : option appropriée pour le constipation fonctionnelle réfractaire, mais elle n'est pas fréquemment utilisée, et les données sur ses avantages cliniques chez les enfants sont limitées.</p> <p>Les approches chirurgicales, y compris les lavements</p>

		antérogades, sont associées à des résultats cliniques améliorés dans la constipation sévère et insoluble.
C. Sahiner and al. ; A Randomized Controlled Trial Examining the Effects of Reflexology on Children With Functional Constipation ; Gastroenterology Nursing ; Voljme 40 ; p 393-400 ; 2017 (34)	Etude contrôlée randomisée Déterminer l'efficacité de la réflexologie dans le traitement de la constipation fonctionnelle chez les enfants.	37 enfants ont été inclus après diagnostic de constipation fonctionnelle selon les critères de Rome III. Deux groupes : - 20 enfants dans le groupe témoin => formation sur les toilettes/le régime/la motivation a été donnée aux parents - 17 enfants dans le groupe réflexologie => massage des pieds pendant 10 minutes 5/ semaine + une formation sur les toilettes/le régime/la motivation a été donnée aux parents. Aucune différence significative en ce qui concerne la fréquence des matières fécales et la cohérence des matières fécales n'a été notée entre les groupes d'intervention et les groupes témoins (p > 0,05).
A.Bestrük and al. ; Investigation of the efficacy of synbiotics in the treatment of functional constipation in children: a srandomized double-blind placebo-controlled study ; The Turkish journal of Gastroenterology ; volume 28 ; p 388- 393 ; 2017 (35)	Etude prospective contrôlée randomisée en double aveugle Démontrer l'efficacité des bactéries symbiotiques dans le traitement des souffrant de constipation fonctionnelle.	Deux groupes avec durée de traitement de 4 semaines : - 72 enfants dans le groupe probiotiques - 74 enfants dans le groupe placebo Une différence significative a été retrouvée en faveur du groupe probiotiques avec une amélioration du nombre hebdomadaire de défécations, des douleurs abdominales, des défécations douloureuses et de l'échelle de Bristol pédiatrique (p < 0,001). Cette étude montre un effet bénéfique du traitement par bactéries symbiotiques (Lactobacillus casei, L. rhamnosus, L. plantarum, and Bifidobacterium lactis and prebiotics [fiber, polydextrose, fructo-oligosaccharides, and galacto-oligosaccharides) dans le traitement de la constipation fonctionnelle de l'enfant.
K.Wojtyniak ; Lactobacillus casei rhamnosus Lcr35 in the Management of Functional Constipation in Children: A Randomized Trial ; the Journal of Pediatrics ; volume 184 ; p 101-105 ; 2017. (36)	Essais randomisés, contrôlés, en double aveugle contre placebo. Evaluer l'efficacité de Lactobacillus casei rhamnosus Lcr35 (Lcr35) dans la prise en charge de la constipation fonctionnelle chez les enfants	Inclusion de 94 enfants âgés de 5 ans souffrant de constipation fonctionnelle selon les critères de Rome III. - Groupe Lcr 35 : 48 enfants recevaient 108 unités formant des colonies, - Groupe placebo : 46 enfants Traitement : deux fois par jour, pendant 4 semaines Critère de jugement primaire : 3 selles spontanées ou plus par semaine sans épisode de salissure fécale dans la dernière semaine de l'intervention. Résultats : Absence de différence significative dans la fréquence des selles entre les deux groupes (p = 0,4) Le Lcr35 n'est pas plus efficace que le placebo dans le traitement de la constipation fonctionnelle.

<p>J.G.T Van Summeren ; Physiotherapy plus conventional treatment versus conventional treatment only in the treatment of functional constipation in children: design of a randomized controlled trial and cost-effectiveness study in primary care ; BMC Pediatric ; 2018 (37)</p>	<p>Etude contrôlée randomisée</p> <p>Evaluer l'efficacité et la rentabilité de l'ajout de la physiothérapie au traitement conventionnel pour les enfants souffrant de constipation fonctionnelle en soins primaires</p>	<p>Essai contrôlé et randomisé sur 134 enfants âgés de 4 à 17 ans avec un diagnostic de constipation fonctionnelle.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les enfants du groupe d'intervention ont reçu le traitement conventionnel + rééducation - Les enfants du groupe témoin n'ont reçus que le traitement conventionnel. <p>pendant une durée de 4 à 8 mois.</p> <p>Cette étude a émis l'hypothèse que la rééducation par physiothérapie, en augmentant la sensibilisation des muscles du plancher abdominal et pelvien pendant la défécation aurait un effet plus durable sur les résultats que le traitement symptomatique avec laxatifs. Il est à noter que seuls les effets à long terme ont été analysés et que la durée du suivi à du être raccourcie de 12 à 8 mois.</p>
<p>D.Jarzebicka and al. ; Evaluation of the effectiveness of biofeedback therapy for functional constipation in children ; The Turkish Journal of Gastroenterology ; volume 27 ; p. 433-438 ; 2016 (38)</p>	<p>Etude rétrospective</p> <p>Evaluer l'efficacité du biofeedback évaluée par l'amélioration clinique ainsi que par les changements des paramètres manométriques chez les enfants souffrant de constipation et de dys-synergie du plancher pelvien.</p>	<p>44 enfants avec une constipation fonctionnelle et dyssynergie du plancher pelvien ont été inclus dans l'étude entre 2000 et 2015 : 4 session de rééducation par biofeedback ont été réalisés, et les résultats ont été comparés entre chaque session.</p> <p>Le biofeedback thérapeutique apporte une amélioration clinique (3 selles/semaines avant biofeedback, 5/semaine après. Incontinence fécale 5/semaine avant ; 2/semaine après ; 86% des patients ont rapporté une amélioration clinique) sans modification significative des paramètres de manométrie anorectale.</p> <p>Selon les auteurs : malgré l'absence d'amélioration manométrique, le biofeedback devrait être utilisé comme méthode de traitement chez les enfants chez lesquels les procédures alimentaires et pharmacologiques ne fonctionnent pas, ils considèrent même les exercices plus comme une forme de prise en charge psychologique.</p>
<p>Marieke L. van Engelenburg-van Lonkhuyzen and al. ; Effectiveness of Pelvic Physiotherapy in Children With Functional Constipation Compared With Standard Medical Care ; The American Gastroenterology</p>	<p>Essai clinique</p> <p>Comparaison de l'efficacité de la physiothérapie pelvienne par rapport aux soins médicaux standard chez les enfants atteints constipation fonctionnelle.</p>	<p>Etude multicentrique, randomisée, contrôlée sur 53 enfants (5-16 ans) avec une constipation fonctionnelle selon les critères de Rome III dans les hôpitaux du Pays-Bas de décembre 2009 à mai 2014.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 26 enfants dans le groupe traitements médicaux standards (éducation, présentation à la selle, laxatifs oraux) - 27 enfants dans le groupe physiothérapie pelvienne (traitement standard + physiothérapie) <p>Objectif principal : absence de constipation après 6 mois de traitement.</p> <p>Le traitement a été efficace pour 92,3% des enfants du</p>

<p>association ; Elsevier ; Volume 152 ; Pages 82-91 ; 2017 (39)</p>		<p>groupe physiothérapie et 63% des enfants de groupe standard. (p = 0,011).</p> <p>Significativement plus d'enfants du groupe physiothérapie ont pu arrêter les traitements laxatifs. (p=0,009)</p> <p>La physiothérapie devrait être considérée comme une option de traitement pour la constipation fonctionnelle chez les enfants de 5 à 16 ans.</p>
<p>I.J.N Koppen and al. ; Management of Functional Constipation in Children: Therapy in Practice ; Pediatrics Drugs ; Volume 17 ; p 349-360 ; 2015 (19)</p>	<p>Article de revue</p> <p>Revue de la littérature</p> <p>Evaluation et de la prise en charge de la constipation fonctionnelle dans la population pédiatrique et résumé des options de traitements</p>	<p>Environ 50 % des enfants constipés ont une dynamique de défécation anormale.</p> <p>La thérapie par biofeedback utilise des stimuli de renforcement et vise à obtenir une sensation reconnaissable avec une réponse appropriée. L'objectif à long terme est d'enseigner aux enfants à reconnaître la sensation par eux-mêmes.</p> <p>De nombreux essais cliniques ont été réalisés, avec des méthodologies trop différentes pour les comparer. Les données actuelles n'appuient pas son utilisation dans le traitement de la constipation.</p> <p>Laxatifs stimulants : ils peuvent être considérés comme un traitement supplémentaire ou de deuxième intention en cas d'échec. Ils stimulent la motilité intestinale et/ou augmentent la sécrétion d'eau et d'électrolyte. Même si la douleur abdominale est un effet secondaire courant, les laxatifs stimulants sont souvent bien tolérés. Ils sont considérés comme sûrs et efficaces et peuvent être utilisés dans la constipation chez les enfants.</p> <p>- Les diphénylméthanés comprennent le Bisacodyl et le Picosulfate de sodium, deux agents non absorbables. Le Bisacodyl peut être administré per os (effet en 6-8h ; il doit donc être administré le soir) ou par voie rectale (effet en 30-60 min ; mais risque de fissures ou prolapsus). Le Picosulfate de sodium n'est disponible que per os avec la même durée pour obtenir les effets que le Bisacodyl.</p> <p>- Le Senné contient une variété d'antraquinones et est métabolisé dans son métabolite actif par les bactéries intestinales. Il peut causer des éruptions cutanées graves, des ampoules et des boursofflures de la peau, et il ne devrait donc être utilisé que chez les enfants de plus de 1 an.</p> <p>Les laxatifs lubrifiants : vont lubrifier les selles.</p> <p>- L'huile minérale (ou paraffine liquide) est un dérivé du pétrole ; et n'est pas absorbée par les intestins. Elle est considérée comme sûre et efficace. Toutefois, elle peut causer une irritation ou des démangeaisons de la peau, tacher les vêtements ou les meubles. La paraffine liquide peut réduire l'absorption des vitamines liposolubles (A, D, E et K), bien que cela soit rarement cliniquement pertinent. Des effets secondaires graves ont été rapportés, tels que</p>

		<p>des granulomatoses ou des pneumonies lipoïdes. Elle est donc contre-indiquée avant 3 ans.</p> <p>-Le docusate de sodium est un agent thérapeutique administré principalement par voie rectale qui provoque une rétention d'eau dans les selles, ce qui rend sa lubrification efficace. Aucune étude n'indique que le docusate soit efficace chez les enfants.</p> <p>L'irrigation rectale/colonique transanale est une procédure où l'eau est infusée dans le rectum et/ou le côlon pour nettoyer mécaniquement l'intestin. Les données sur l'efficacité de l'irrigation transanale chez les enfants atteints de constipation fonctionnelle sont rares. Les irrigations sont habituellement effectuées avec un volume de 10 à 20 mL/kg d'eau, selon la réponse du patient.</p> <p>Lubiprostone (dérivé de la prostaglandine E1) et linaclotide (peptide synthétique) favorisent la sécrétion de liquide riche en chlorure dans l'intestin, adoucissant ainsi les selles et améliorant le volume des selles :</p> <p>Une étude pilote a été menée pour évaluer l'effet de la lubiprostone sur la constipation infantile. Les résultats ont suggéré que la lubiprostone augmente considérablement les selles et est bien tolérée chez les enfants et les adolescents.</p> <p>À ce jour, aucune étude randomisée sur l'efficacité de la linaclotide n'a été publiée chez les enfants.</p> <p>Le Prucalopride est un récepteur sélectif de haute affinité 5-hydroxytryptamine (sérotonine) agoniste 4, qui améliore la motilité dans le tractus gastro-intestinal. Dans un essai clinique européen, multicentrique et en double aveugle, le prucalopride n'était pas plus efficace que le placebo pour augmenter la fréquence des selles ou diminuer la fréquence de l'incontinence fécale.</p> <p>Probiotiques : des études sur l'utilisation de probiotiques ont été menées chez les enfants, mais, à ce jour, il n'y a pas suffisamment de preuves pour appuyer l'utilisation de probiotiques dans le traitement de la constipation infantile.</p>
<p>C.A.V.Beleli and al. ; Effect of 4'galactooligosaccharide on constipation symptoms ; Journal de Pediatria ; Volume 91 ; p 567-573 ; 2015 (40)</p>	<p>Essai clinique</p> <p>Déterminer les effets du galactooligosaccharide chez les patients pédiatriques souffrant de constipation chronique.</p>	<p>Essai croisé contrôlé contre placebo à double insu de 2010 à 2012. Vingt patients (de 4 à 16 ans) inclus.</p> <p>- 11 enfants : 30 jours de galactooligosaccharide (1,7 g) -15 jours arrêt - 30 jours de placebo (maltodextrine)</p> <p>- 9 enfants : 30 jours de maltodextrine -15 jours sans traitement - 30 jours de galactooligosaccharide (1,7 g)</p> <p>Aucune différence significative dans la gravité des</p>

		<p>symptômes entre les groupes ($p = 0,45$). Il existe une différence significative en faveur du galactooligosaccharide dans l'augmentation de la fréquence des selles ($p=0,0001$), dans le soulagement de la contrainte de défécation, ($p=0,0001$) et dans la diminution de la consistance des selles ($p = 0,0014$). Aucun effet secondaire du galactooligosaccharide.</p> <p>Le galactooligosaccharide a été efficace pour améliorer les symptômes cliniques dans ce groupe d'enfants constipés.</p>
<p>S.M. Mugie and al. ; Prucalopride Is No More Effective Than Placebo for Children With Functional Constipation ; The American Gastroenterology Association ; Volume 147, p. 1285–1295 ; 2014 (41)</p>	<p>Essai clinique</p> <p>Essai de phase 3 à en double aveugle, randomisé, contrôlé contre placebo et multicentrique afin d'évaluer l'efficacité et l'innocuité du prucalopride chez les enfants (de 6 mois à 18 ans) souffrant de constipation fonctionnelle</p>	<p>Etude réalisée dans 33 centres européens, d'Avril 2011 à Mars 2013. Enfants âgés de 6 mois à 18 ans avec une constipation fonctionnelle confirmée par les critères de Rome III.</p> <p>Le prucalopride est un agoniste sélectif de haute affinité de la 5-hydroxytryptamine (sérotonine) qui améliore la motilité dans le tractus gastro-intestinal.</p> <p>1^{ère} phase : semaine 1 à 8 en double aveugle : 213 enfants inclus : - 106 dans le groupe prucalopride (<50 kg : 0,04 mg/kg ; >50 kg un comprimé de 2 mg) - 107 dans le groupe placebo (< 50 kg : placebo en solution orale ; >50 kg : placebo en comprimé)</p> <p>Traitement : une fois par jour pendant 8 semaines Objectif principal : 3 selles spontanées/semaine et moins d'1 épisode d'incontinence fécale/2 semaines</p> <p>Il n'y a pas de différences significatives sur l'efficacité du prucalopride par rapport au placebo (prucalopride, 17,0 % et placebo, 17,8 %).</p> <p>L'incidence des événements indésirables liés au traitement était semblable dans les groupes prucalopride (69,8 %) et placebo (60,7 %).</p> <p>Le prucalopride, bien que généralement bien toléré, n'était pas plus efficace que le placebo chez les enfants souffrant de constipation fonctionnelle.</p> <p>2^{ème} phase : semaine 8 à 16 levée de l'aveugle et nouvelle randomisation avec comparaison du prucalopride avec le PEG 3350 : 197 enfants inclus - 98 dans le groupe prucalopride - 99 dans le groupe PEG une fois par jour (<1an : 4g ; 1-4 ans 8g ; 4-8 ans 12g ; 8-18 ans 20g).</p> <p>42% du groupe prucalopride ont déterminé que leur constipation était sévère à très sévère, comparativement à 28,0 % du groupe PEG ($p=0,0003$).</p>

		<p>9,2 % des patients du groupe prucalopride ont estimé que leur traitement était assez efficace ou extrêmement efficace comparativement à 67,7 % des patients qui prenaient du PEG ($p < 0.0001$).</p> <p>NB : La différence d'efficacité du prucalopride entre les adultes et les enfants suggère que la constipation infantile diffère considérablement de la constipation chez les adultes.</p>
<p>P. Hyman and al. ; Lubiprostone for the Treatment of Functional Constipation in Children ; Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition ; Volume 58; p.283-291 ; 2014 (42)</p>	<p>Essai clinique</p> <p>Evaluation de l'innocuité et de l'efficacité de la lubiprostone chez les enfants et les adolescents souffrant de constipation fonctionnelle</p>	<p>Etude contrôlée, randomisée et multicentrique dans 22 centres des Etats-Unis ; entre Janvier 2007 et Octobre 2008.</p> <p>Le Lubiprostone est un activateur de la protéine 2 du canal chlorure qui stimule la sécrétion de liquide gastro-intestinal, adoucit les selles et facilite les selles.</p> <p>124 enfants inclus ; 124 ont été traités par Lubiprostone : - 27 à la dose de 12 µg 1/jour - 65 à la dose 12 µg 2/jour - 32 à la dose 24 µg 2/jour Traitement pendant 4 semaines. 109 ont terminé l'étude.</p> <p>La fréquence moyenne des selles a augmenté de façon significative ($P < 0,0001$).</p> <p>Les événements indésirables courants (5 %) comprenaient des nausées (18,5 %), des vomissements (12,1 %), de la diarrhée (8,1 %), des douleurs abdominales (7,3 %) et des maux de tête (5,6 %).</p> <p>La Lubiprostone était efficace et bien tolérée chez les enfants et les adolescents souffrant de constipation fonctionnelle.</p>
<p>S.M. Dehghani and al. ; Oral domperidone has no additional effect on chronic functional constipation in children: A randomized clinical trial ; Indian Journal of Gastroenterology; Volume 33 ;p.125-130 ; 2014 (43)</p>	<p>Essai clinique : Etude cas témoin</p> <p>Evaluer l'effet de la dompéridone orale sur le traitement de la constipation fonctionnelle chronique chez les enfants.</p>	<p>Essai clinique randomisé à double insu, réalisé à la Clinique pédiatrique de gastroentérologie, Inde.</p> <p>105 enfants inclus : - Groupe cas : traité par PEG 0,6 g/kg/jour deux fois par jour pendant 6 mois et sirop de dompéridone 0,15 ml/kg trois fois par jour pendant 3 mois.</p> <p>- Groupe témoin : PEG avec la même dose pendant 6 mois et le placebo pendant 3 mois.</p> <p>Il n'y avait pas de différence significative dans la réponse au traitement entre les deux groupes d'étude pendant les périodes de suivi de 1 mois ($p = 1$), 3 mois ($p = 0,799$) et 6 mois ($p = 0,403$).</p> <p>Il n'y avait aucun effet supplémentaire de la dompéridone comme adjuvant au PEG dans le traitement de la constipation.</p>

<p>M. Sadeghzadeh and al. ; The effect of probiotics on childhood constipation ; International Journal of Pediatrics ; 2014 (44)</p>	<p>Essai clinique</p> <p>Etudier l'efficacité des probiotiques dans la constipation infantile</p>	<p>Essai clinique, randomisé contrôlé en double aveugle contre placebo ; réalisé à Ayatollah Moussavi hospital clinics à Zanjan, Iran, de Octobre 2011 à Mars 2012.</p> <p>56 enfants âgés de 4 à 12 ans ont été inclus. 48 enfants ont terminé l'étude.</p> <p>Chaque groupe a reçu quotidiennement pendant quatre semaines soit du lactulose (1ml/kg/j) + de la protéixine ou du lactulose (1ml/kg/j) et un placebo.</p> <p>La fréquence et la consistance des selles, les douleurs abdominales, l'incontinence fécale et la prise de poids ont été étudiées.</p> <p>La fréquence et la consistance des selles se sont considérablement améliorées sans différence significative entre les deux groupes ($P = 0,042$ et $P = 0,049$, respectivement). Il en est de même pour l'incontinence fécale ($P = 0.125$ and $P = 0.161$, respectivement).</p> <p>A la fin de la première semaine, les probiotiques avaient amélioré de façon significative le gain de poids (plus de 10 %) ($p = 0,002$), et cette différence, bien qu'elle se soit maintenue, n'était pas significative à la fin de la quatrième semaine ($p = 0,098$).</p>
<p>Alejandra Vilanova-Sanchez ; Are Senna based laxatives safe when used as long term treatment for constipation in children? ; Journal of Pediatric Surgery ; Volume 53 ; p 722-727 ; 2018 (45)</p>	<p>Comparaison d'effets secondaires du Senne avec les données de la littérature</p>	<p>Dans leur centre, 640 patients ont été traités par senné entre 2014 et 2017.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 17 patients (2,2%) ont développés des phlyctènes périnéales. Ceux-ci avaient des hautes doses de senne : 60mg /j et une exposition longue des selles avec la peau. - 83 patients (13%) ont présenté des douleurs abdominales, vomissements, diarrhées avec résolution après changement de laxatif ou de lavement. <p>Conclusion : manque d'information dans la littérature sur les effets secondaires du senné en tant que thérapie à long terme. Première étude des effets secondaires du senné chez les enfants. Il pourrait être une option de traitement sécuritaire pour la constipation chez les enfants.</p>

D) Discussion

L'entretien initial est cité dans peu d'articles mais reste important pour la prise en charge. Il est nécessaire de bien expliquer que la constipation fonctionnelle est bénigne mais que le traitement est souvent de longue durée.

Concernant les mesures diététiques, parmi les articles que nous avons inclus nous retrouvons deux avis opposés concernant les fibres et la consommation hydrique :

- **Augmenter les apports hydriques et de fibres :**

Avant les dernières recommandations de 2014, il était recommandé en première intention de favoriser les aliments riches en fibres et d'augmenter la consommation hydrique. Les nouvelles recommandations ont bouleversé cette prise en charge. Cependant, la revue *Prescrire* a publié une revue de la littérature en 2017 assurant que l'alimentation est le pilier de la prise en charge de la constipation fonctionnelle. En 2019 *P.Allen et al.* soutiennent également qu'augmenter la consommation de fibres et d'eau est primordiale dans le traitement de la constipation fonctionnelle de l'enfant. Par ailleurs, une étude réalisée par *M.Sood and al.* en 2015 a montré que les pédiatres en exercice proposent d'augmenter la consommation d'eau (92,1%) et de fibres (89,5%) lors des consultations.

- **Consommer des fibres et de l'eau en quantité normale :**

Les recommandations de 2014 ne sont pas en faveur d'une augmentation de fibres ou d'eau ou même de l'activité sportive, mais préconisent une consommation de fibres et d'eau en accord avec les apports journaliers recommandés. De nombreuses études ultérieures ont appuyé et suivi ces recommandations. Les études ayant recherché un effet bénéfique significatif de la consommation de fibres ou d'eau par rapport au placebo sont restées sans succès.

Augmenter la consommation de fibres et hydrique n'est donc pas recommandée. Cependant, la consommation dite « normale » de fibres et d'eau n'est peut-être pas la base de l'alimentation de tous les enfants. Une augmentation pourrait être nécessaire dans certains cas, afin d'obtenir en réalité un apport considéré comme « normal ». Une étude permettant de quantifier la consommation moyenne d'eau et de fibres chez les enfants constipés ou non serait intéressante afin de savoir si la population pédiatrique à un apport journalier conforme aux recommandations.

En ce qui concerne les eaux très minéralisées, l'équipe du Dr Mouterde en 2016 ne préconise pas leurs utilisations en raison des risques métaboliques et rénaux non négligeables. De plus aucune étude n'a prouvé leur efficacité. La revue Prescrire en 2017 partage d'ailleurs ce point de vue.

Concernant le traitement de fond : faut-il favoriser le PEG avec ou sans électrolytes ? En 2016, *M.Minguez et al.* ont réalisé une revue de la littérature sur le PEG utilisé en pédiatrie. Il ne semble pas y avoir de différences significatives entre l'utilisation du PEG avec ou sans électrolytes.

Certains auteurs ont analysé d'autres molécules ou thérapeutiques, moins classiques qui pourraient être utilisés dans la constipation fonctionnelle de l'enfant :

- le cassia fistule a été étudié en 2016 par *M.Reza et al.* ; le sirop de mélasse a été testé en 2019 par *S.M.Dehghani et al.* Malheureusement, les données de ces thérapeutiques

sont insuffisantes pour préconiser leurs utilisations au quotidien. Concernant le senné, il n'est pas recommandé en pédiatrie devant l'absence de supériorité par rapport au PEG, mais selon l'équipe du Dr *A.Vilanova* il pourrait être une option de traitement dans la constipation de l'enfant. Cependant des essais cliniques sont à réaliser afin de pouvoir recommander son utilisation.

- La Lubiprostone, le Linaclotide, bien qu'efficaces chez les adultes, il n'y a ce jour aucunes études réalisées chez les enfants permettant leurs utilisations. Une étude pilote sur la Lubiprostone a été réalisée par le Dr *P.Hyman et al.* en 2014, suggérant son efficacité et son innocuité. Concernant le Prucalopride: un essai clinique de phase 3 a été réalisé en 2018 par le Dr *M.Sood et al.* mais les données n'ont pas retrouvé de supériorité par rapport au placebo chez l'enfant.
- Pour les pré et probiotiques: la plupart des études publiées après les recommandations de 2014 confirment l'absence de preuves suffisantes pour permettre leurs utilisations. Dans ces études, il existe un risque élevé de biais car les souches utilisées étaient hétérogènes, non reproductibles et les populations étudiées étaient hétérogènes et concernaient de petits effectifs. Leur utilisation reste à ce jour en suspens.
- La thérapie comportementale : les dernières recommandations n'appuient pas son utilisation dans le traitement de la constipation fonctionnelle, devant l'absence de preuves efficaces suffisantes. Cependant, plusieurs études préconisent une prise en

charge psychologique en cas de retentissement lié à la constipation (phobie des toilettes, dépression ...); bien que celle-ci ne soit pas suffisante seule, pour guérir une constipation.

- La thérapie par biofeedback: n'est pas recommandée par l'ESPGHAN et la NASPGHAN devant l'absence de preuves suffisantes. Néanmoins, une étude réalisée en 2016 par le *Dr D.Jarzebicka et al.* a montré une amélioration clinique de la fréquence des selles et de l'incontinence fécale, sans modification de la manométrie rectale chez les enfants traités par biofeedback seul. Cette étude est une piste à approfondir afin d'envisager la rééducation par biofeedback comme supplément de traitement chez les enfants avec une constipation ne répondant pas aux traitements conventionnels.
- La physiothérapie: un essai clinique datant de 2017 réalisée par *L.Marieke et son équipe* a affirmé que la physiothérapie devrait être considérée comme une option de traitement chez les enfants de 5 à 16 ans. En 2018 le *Dr J.G.T. Van Summern et son équipe* a renforcé cette idée avec l'hypothèse qu'une rééducation par physiothérapie, en augmentant la sensibilité des muscles du plancher abdominal et pelvien aurait un effet plus durable dans la constipation fonctionnelle que les laxatifs. D'autres études sont nécessaires afin de valider cette hypothèse.
- Les thérapies telles que l'acupuncture, l'homéopathie, l'ostéopathie, la réflexologie ne sont pas recommandées par l'ESPGHAN et la NASPGHAN. Un essai clinique réalisé

en 2017 par le *Dr C.Sahiner et al.* confirme que la réflexologie ne permet pas d'améliorer la prise en charge dans la constipation de l'enfant. Dans leur étude, les enfants et parents ayant reçus une formation approfondie sur les règles hygiéno-diététiques et de la réflexologie n'ont pas présenté plus de selles que les enfants ayant eu une formation seule.

La paraffine liquide est à éviter chez les nourrissons et les jeunes enfants (< 3 ans) en raison du risque élevé de fausse route qui expose à des pneumopathies lipidiques. De plus, son utilisation prolongée expose à une diminution de l'absorption des vitamines liposolubles et à des suintements anaux. Elle n'est donc pas recommandée.

Les laxatifs stimulants (Diphenylmethanes et anthraquinones) peuvent être utilisés comme traitement supplémentaire ou de deuxième intention selon le Dr I.J.Koppen.

E) Conclusion

Ce travail nous a permis de mettre à jour nos connaissances, notamment dans la prise en charge thérapeutique conventionnelle et non conventionnelle de la constipation fonctionnelle de l'enfant. Il pourrait être approfondi avec un élargissement des axes de recherches, auprès d'autres comités scientifiques afin d'augmenter notre exhaustivité. De plus, nous avons fait le choix de n'inclure que les articles ultérieurs aux dernières recommandations.

Une période primordiale est celle de l'acquisition de la propreté. Il s'agit là bien d'une acquisition et non d'un apprentissage. Il est nécessaire de fournir à l'enfant les outils lui permettant d'avoir une position adéquate (le pot ou les toilettes doivent être adaptée à son âge et à sa taille). La période d'acquisition de la propreté est une période propice à l'installation d'une constipation fonctionnelle. D'ailleurs, une présentation régulière sur le pot ou les toilettes, même en l'absence de besoin doit faire partie de la prise en charge en insistant bien sur le fait que cette « rééducation à la selle » nécessite du temps. En ce qui concerne les règles diététiques, il n'est plus recommandé d'augmenter les apports d'eau et de fibres mais de favoriser une consommation dite normale. Cependant, pour atteindre cette consommation « normale », il est possible qu'une augmentation des fibres et d'eau soit nécessaire. La prise en charge diététique semble rester au centre des pratiques cliniques et en consultation, rappeler l'importance de ces règles alimentaires peut être un moyen de sensibiliser les familles sur les apports journaliers nécessaires et d'initier la prise en charge de la constipation fonctionnelle.

Le traitement est très bien codifié par les dernières recommandations de l'ESPGHAN et NASPGHAN de 2014 et les études ultérieures sont unanimes. Initialement une désimpaction recto-colique est nécessaire. Deux grands traitements sont utilisés pour évacuer un fécalome : le polyéthylène glycol (PEG) per os et les lavements. Il n'y a ce jour pas de supériorité d'un traitement par rapport à l'autre. Le PEG étant moins traumatique, il est préféré en première intention à une posologie de 1-1.5 mg/kg/jour pendant 3 jours. Cependant l'avantage des lavements réside dans sa rapidité d'action, pouvant induire un soulagement immédiat en cas de douleurs intenses. Le traitement de fond est également

bien codifié. En première intention, le laxatif de choix est le PEG (avec ou sans électrolytes). Il a montré sa supériorité aux autres laxatifs. Celui-ci doit être administré à une dose de 0.4 mg/kg/jour pendant au moins deux mois. Tous les symptômes de constipation doivent être résolus pendant au moins un mois avant l'arrêt du traitement qui doit se faire progressivement. Les études réalisées ultérieurement, à la recherche de nouvelles thérapeutiques n'ont pas montré de supériorité suffisante pour changer la prise en charge de la constipation fonctionnelle. Certains traitements, efficaces chez les adultes comme la Lubiprostone, le Linaclotide et le Prucalopride commencent à être testés chez les enfants. Malgré des recherches montrant des résultats encourageants, celles-ci ne sont pas suffisantes afin de permettre leur utilisation au quotidien. D'autres traitements ont fait l'objet d'études (sirop de mélasse, senné) mais là encore, les résultats ne sont pas suffisants afin de recommander leur utilisation. En ce qui concerne les prébiotiques et les probiotiques, aucune étude ne permet de les recommander devant l'absence de preuves suffisantes. Certaines thérapies semblent intéressantes à envisager : les thérapies physiques comme la physiothérapie, la rééducation par biofeedback pourraient avoir un effet synergique aux traitements conventionnels notamment chez les enfants avec une constipation chronique difficile à traiter ou lorsqu'apparaissent des complications telle que l'encoprésie. La rééducation simple par présentation quotidienne à la selle est quant à elle, déjà recommandée.

La prise en charge psychologique est nécessaire en cas de retentissement, mais non systématique. Les autres thérapies (acupuncture, réflexologie, homéopathie...) n'ont pas montré de preuves suffisantes permettant leur utilisation dans la prise en charge de la

constipation fonctionnelle de l'enfant. En ce qui concerne la prise en charge chirurgicale : les lavements antérogrades sont recommandés chez les enfants atteints de constipation fonctionnelle intraitable bien que les données de la littérature soient rares. Enfin, pour contrôler la douleur, le paracétamol semble être l'anti douleur de choix, conseillé par la revue Prescrire.

III. Épidémiologie et analyse à l'hôpital de Saverne

A) Chiffres mondiaux

La constipation est un des motifs les plus fréquents de consultation en pédiatrie. Elle représente environ 5% des consultations pédiatriques et 25 % de celles de gastroentérologie pédiatrique. Sa prévalence est de 3% dans le monde. Chez 17% à 40% des enfants, la constipation débute dans la première année de vie (2,3).

Dans les pays occidentaux, la constipation touche près d'un tiers des enfants et est en augmentation constante en raison du contexte culturel favorisant la sédentarité et la consommation d'aliments pauvres en résidus (5).

En 2018, Koppen IJN et al. ont réalisé une étude de type méta-analyse sur une revue systématique de la littérature évaluant la prévalence des troubles fonctionnels de la défécation chez l'enfant. Leur étude a été basée sur les données de Cochrane, PubMed, et les données Embase de 2006 jusqu'à septembre 2017. Trente-cinq études ont été analysées au total. Sur ces études, 46% ont été menées en Asie (46). La prévalence de la constipation fonctionnelle allait de 0.5% à 32.2%. On note une prévalence plus élevée en Amérique du nord et en Europe, par rapport à l'Asie et aucune différence significative n'a été retrouvée en fonction du sexe. Le statut socio-économique bas, le niveau d'éducation bas, la taille de la fratrie n'ont pas été associés à une augmentation de la prévalence de la constipation chez l'enfant (46). La perte de travail d'un parent, une séparation parentale, des antécédents

familiaux de constipation, des problèmes de santé d'un membre de la famille ont été associés à une prévalence plus importante de constipation fonctionnelle. Une prévalence plus importante a également été retrouvée chez les enfants plus fréquemment exposés aux événements stressant de la vie (46).

Dans les habitudes diététiques, on retrouve une prévalence plus importante en cas de consommation faible de fruits et légumes, d'une faible activité physique (< 4 fois/semaine), d'une consommation fréquente de fast food et d'un allaitement inférieur à 6 mois (46).

B) Etude épidémiologique aux urgences pédiatriques de Saverne en 2017

1. Introduction

Nous avons réalisé une étude épidémiologique, rétrospective et univariée, afin d'évaluer la prévalence de la constipation des enfants ayant consulté aux urgences pédiatriques de Saverne du 1^{er} Janvier 2017 au 31 décembre 2017.

L'objectif principal était d'évaluer la prévalence de la constipation des enfants vus aux urgences pédiatriques de Saverne durant l'année 2017.

L'objectif secondaire était de décrire la population en fonction du sexe, de l'âge, évaluer les traitements antérieurs, le traitement entrepris lors de la consultation et prescrit à la

sortie ainsi que la proportion de reconsultations. Afin de connaître la population ciblée et réaliser secondairement une fiche explicative adaptée à leurs besoins.

2. Matériels et méthodes

Le recueil des données a été obtenu à partir du logiciel Dxcare version 7.5 (fabriqué par le groupe Maedasys à Le Plessis Robinson). Les données du service d'accueil des urgences pédiatriques du centre hospitalier de Saverne ont été collectées sur une période de 12 mois allant du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2017.

Les critères d'inclusion étaient : tous les enfants âgés de 0 à 18 ans ayant consultés aux urgences pédiatriques de Saverne durant l'année 2017, avec pour motif de consultation une constipation ou une douleur abdominale. Nous avons décidé d'inclure les douleurs abdominales afin de ne pas omettre une constipation se présentant initialement comme telle, car le motif d'admission était renseigné par l'infirmière d'accueil des urgences à l'arrivée des enfants. Les critères d'exclusions étaient tous les autres diagnostics (gastro-entérite, suspicion d'appendicite, fièvre...).

Les données ont été rendues anonymes sur le logiciel Excel pour Mac 2011 version 14.7.7 et analysées à partir du logiciel R version 3.5.0.

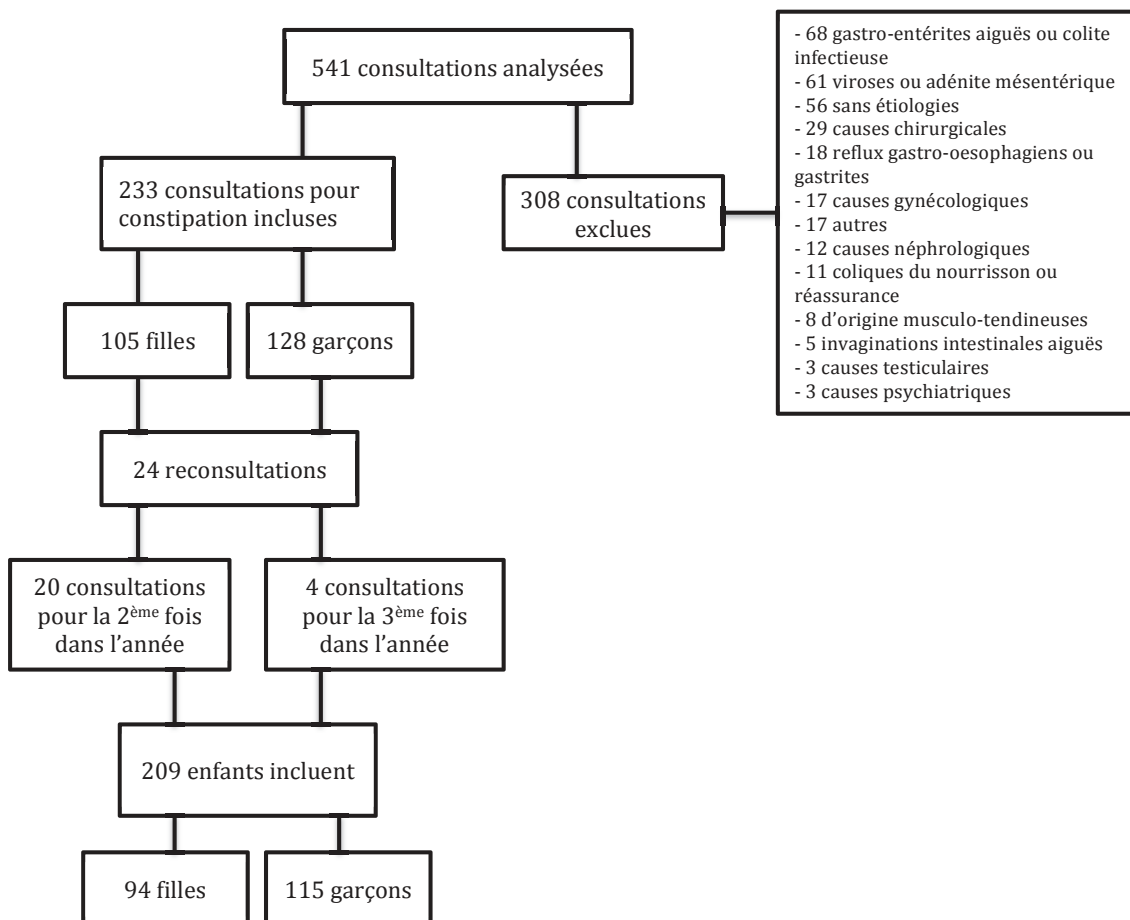
Une lettre a été envoyée à chaque parent dont les enfants ont été inclus dans l'étude. Ceci afin de leur laisser la possibilité de s'opposer à l'utilisation des données de leurs

enfants, conformément à la loi « informatique et liberté » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 (Annexe 11). Une demande d'autorisation auprès de la CNIL de type MR4 a été demandée et accordée le 28 novembre 2018 (Annexe 12).

3. Résultats

Les urgences pédiatriques de Saverne ont compté au total 7204 consultations du 1^{er} janvier au 31 décembre 2017.

Figure 4 - Diagramme de flux



Dans notre étude, 541 consultations sur les 7204 pouvaient être analysées mais après étude seulement 233 correspondaient à une constipation et ont été incluses dans ce travail. L'ensemble des résultats est présenté dans le diagramme de flux ci-dessus (Figure 4). Parmi les 17 consultations exclues autres, il y avait deux maladies inflammatoires chroniques, trois coliques hépatiques, cinq troubles fonctionnels intestinaux, un malaise vagal, un traumatisme crânien, une intolérance aux antibiotiques, deux érythèmes abdominaux, une crise algique de drépanocytose et une consultation sans observation clinique.

La prévalence du diagnostic de constipation fonctionnelle aux urgences pédiatriques de Saverne en 2017 était donc de 3,2% (IC 95 ; [2.8 ; 3.7]).

Sur les 233 consultations incluses, 128 concernaient des garçons et 105 des filles, soit 55% de garçons et 45% de filles. L'âge médian par consultation était de 5 ans (Q1:2, Q3:9 IQR:7) (Tableau 3).

Tableau 3 : Analyse en fonction du sexe, (n=233)

	Type	Effectif	Proportion (%)	p-values
Sexe	Filles	105	45	0,15
	Garçons	128	55	

Il existait un antécédent de constipation pour 114 consultations sur les 233, soit 49% des consultations analysées. Sur ces 114 consultations, 84 avaient un traitement antérieur à domicile soit 74%. Trente consultations parmi les 114 n'avaient pas de traitement antérieur, soit 26 %. Les traitements antérieurs à domicile sont détaillés ci dessous (Tableau 4).

Tableau 4 : Traitements à domicile en cas d'antécédent de constipation, (n=84)

	Type	Effectif	Proportion (%)
Traitements antérieurs à domicile	Laxatif oral	35	42
	Lavements	34	40
	Homéopathie	3	3
	Ostéopathie	1	1
	Application de RHD	11	13

Un traitement a été réalisé aux urgences lors de 166 des 233 consultations, soit 71% des consultations. Dans 98% des cas, il s'agissait d'un traitement par lavement. Dans 2% des cas, un traitement par lavement et par laxatif oral (Tableau 5).

Tableau 5 : Répartition des traitements administrés aux urgences pédiatriques, (n=166)

	Type	Effectif	Proportion (%)
Traitements au SAUP	Lavement seul	163	98
	Laxatif oral seul	0	0
	Laxatif oral et lavement	3	2

Un traitement à la sortie a été prescrit lors de 89% des consultations : 208 consultations sur les 233 au total. Soixante-dix-huit pourcents des ordonnances de sorties comportaient un laxatif oral et 17% un lavement. Les règles hygiéno-diététiques étaient rappelées dans 65% des cas (Tableau 6).

Tableau 6 : Description des traitements de sortie du SAUP, (n= 208)

	Type	Effectif	Proportion (%)
Traitements de sortie du SAUP	Probiotiques	1	<1
	Laxatif oral	162	78
	Lavement	35	17
	RHD	135	65
	Anti spasmodique	25	12
	Rééducation sphinctérienne	1	<1
	Consultation psychiatrique	2	<1
	Consultation gastropédiatre	2	<1

En ce qui concerne les reconsultations durant l'année 2017, seize enfants ont fait l'objet de deux consultations et quatre enfants ont consultés à trois reprises. La prévalence des reconsultations était de 10% (Tableau 7).

Tableau 7 : Analyse des reconsultations pour constipation en 2017, (n= 209)

Nombre d'enfant ayant fait l'objet:	Effectif (n)	Pourcentage (%)
D'une seule consultation	189	90
De deux consultations	16	8
De trois consultations	4	2
Total	209	100

4. Discussion

Au total, on note une prévalence de constipation aux urgences pédiatriques de Saverne de 3,2%, comparable à la prévalence mondiale de 3% (2). On ne note pas de différence significative en fonction du sexe (p-value = 0.15). L'âge médian est de 5 ans, ce qui ne correspond pas aux résultats retrouvés dans la littérature. En effet, la revue Prescrire a

réalisé une revue de la littérature en 2017 ; dans laquelle elle affirme que la constipation est plus fréquente avant l'âge de 4 ans, lors de la diversification alimentaire, de l'acquisition de la propreté ou encore de l'entrée à l'école (20). Tandis que l'étude de Tabbers et al , à l'origine des recommandations de 2014, affirme que chez 17% à 40% des enfants la constipation débute dans la première année de vie (2). Cette différence peut s'expliquer par le manque de puissance de notre étude lié au faible effectif et d'un biais de sélection. En effet, le motif d'admission analysé était renseigné par l'infirmière des urgences. Nous avons inclus les douleurs abdominales et les constipations. Or d'autres motifs auraient pu conclure à une constipation tels que « pleurs incoercibles » qui auraient pu retrouver un âge médian inférieur.

Aux urgences, un traitement de la phase aigüe a été entrepris dans quasiment trois quarts des cas et 98% des traitements entrepris étaient un lavement, ceci afin de permettre une désimpaction rectale et un soulagement immédiat. Cette prise en charge est en accord avec les recommandations de l'ESPGHAN et NASPGHAN qui préconisent une désimpaction rectale avant tout traitement d'entretien (2). A la sortie des urgences, un traitement a été prescrit dans 89% des cas. Dans près de 80% des cas, l'ordonnance de sortie comprenait un laxatif oral. Dans 17% on retrouvait un lavement et les règles hygiéno-diététiques étaient rappelées dans 65% des cas. Selon les recommandations de 2014, le laxatif oral à préconiser en première intention est le PEG. Les preuves ne soutiennent pas l'ajout de lavement à l'utilisation chronique de PEG chez les enfants constipés (2). Nous n'avons pas pu analyser le type de laxatif oral prescrit, par manque d'information sur les dossiers analysés.

Dans notre étude, il existe un biais de classement car parmi les 308 consultations exclues, 56 étaient restées sans diagnostic final et une consultation n'avait pas de dossier médical. Parmi ces consultations, certaines auraient pu conclure en réalité à une constipation. Du fait de la méthodologie rétrospective, il existe un biais de confusion. Si des données n'étaient pas inscrites dans le dossier de consultation, nous avons considéré ces données comme inexistantes. Or une information orale mais non retranscrite aurait bien pu exister lors de certaines consultations.

5. Conclusion

Cette étude nous permet de confirmer à l'échelle locale que la constipation est un motif très fréquent de consultation. La prise en charge aigüe est bien codifiée par des recommandations datant de 2014 qui sont visiblement bien appliquées.

Un antécédent de constipation a été retrouvé dans quasiment la moitié des cas et les reconsultations ont concerné un enfant sur 10. Ce qui nous montre qu'il existe une amélioration possible dans la prise en charge de la constipation chez l'enfant. Un des piliers de la prise en charge est la bonne application des règles hygiéno-diététiques. Une bonne compréhension et adhésion à ces règles, de la part des parents et des enfants, pourraient certainement diminuer le nombre de consultations pour ce motif. Dans cette optique nous avons réalisé une fiche conseil à fournir aux parents et aux enfants. Cet outil s'adresse tant aux parents qu'aux enfants, garçons et filles d'âge élémentaire, sans oublier les nourrissons encore allaités.

IV. Réalisation d'une fiche conseil à destination des parents

A) Introduction

Est-il possible de fournir aux parents un outil, disponible à tout moment afin de favoriser l'application des règles hygiéno-diététiques ? Ces règles sont habituellement données oralement lors de la consultation alors que les parents sont moins réceptifs. Une fiche explicative pourrait améliorer leur compréhension, en apportant un soutien lisible et facilement accessible à domicile où les parents seraient probablement plus disposés à relire les règles à suivre. Une réassurance adaptée aux besoins des parents et une meilleure adhérence aux moyens de prévention semblent importantes dans la constipation de l'enfant. L'objectif principal de ce travail était de fournir aux parents un outil sur lequel s'appuyer lors d'une constipation chez leurs enfants.

B) Matériels et méthodes

1. Étude qualitative : le focus group

Le focus group est une technique d'entretien de groupe, un « groupe d'expression » qui permet de collecter des informations sur un sujet ciblé. Il est habituellement considéré comme une technique d'entretien semi-structuré. Il est issu d'un procédé marketing de l'après-guerre aux Etats-Unis qui permettait de recueillir les attentes des consommateurs et de rendre ainsi un produit plus attractif. La dynamique du groupe permet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la

discussion. Chaque participant défend ses priorités, ses préférences, ses valeurs (aspects socioculturels, normes de groupe) et son vécu. La discussion permet de préciser et de clarifier les pensées. Elle explore aussi bien les « comment ? » que les « pourquoi ? ». L'expression sans tabou de certains peut lever les inhibitions des autres. L'expérience commune partagée peut entraîner des solidarités. Le collectif peut donner plus de poids aux critiques que dans des entretiens individuels. Cette technique permet d'évaluer des besoins, des attentes, des satisfactions ou de mieux comprendre des opinions, des motivations ou des comportements (47).

Afin de créer une fiche explicative répondant au mieux aux besoins des parents, nous avons réalisé une étude qualitative sur la base de focus group. Nous avons choisi cette méthode car elle permettait d'obtenir l'avis des parents de manière simultanée et certaines idées pouvaient être renforcées par la dynamique de groupe.

Les parents recrutés ont été invités individuellement, par le biais de connaissances personnelles (amis, famille) et encouragés à inviter eux même des parents de leur entourage. Leur présence était basée sur le volontariat. Chaque parent devait avoir un ou des enfants, âgé(s) de 0-18 ans. Au total, deux focus group ont été réalisés. Le premier s'est déroulé le 28 novembre 2018 à Strasbourg. Six parents étaient présents et il a duré 1h17 (Annexe 1). Le second s'est déroulé le 7 janvier 2019 à Saverne et a duré 1h03. Cinq parents étaient présents (Annexe 2). Avant chaque entretien, un formulaire de consentement a été remis et signé par les parents présents (Annexe 3). Lors des deux réunions, le déroulement était semblable. Initialement les parents se sont présentés afin que chaque participant fasse connaissance et que tous

se sentent à l'aise. La première partie de la réunion s'est basée sur la constipation de leurs enfants, leurs vécus, leurs connaissances, leurs questionnements. Dans la seconde partie, ils ont commenté différentes fiches conseils.

2. Base de données médicales

En plus des résultats des focus group, les éléments de notre fiche sont basés sur la revue de la littérature réalisée dans ce travail, et plus particulièrement sur deux articles. Le premier tiré de la revue Prescrire « Constipation chez l'enfant » publié en 2017 ; le seconde sur les recommandations de l'ESPGHAN et NASPGHAN datant de 2014.

C) Résultats

1. Étude qualitative : le focus group

Lors du premier focus group six parents étaient présents : 4 femmes et 2 hommes. Il y avait deux médecins généralistes, un professeur des écoles, un professeur de mathématiques et deux infirmières. Lors du second, cinq parents y ont participé : 4 femmes et 1 homme, dont deux infirmières, une femme au foyer, une banquière et un ingénieur en informatique.

a) Expérience personnelle de constipation et règles hygiéno-diététiques

La première partie de chaque réunion s'est orientée sur l'expérience personnelle de chacun. Au total, 7 parents sur les 11 présents ont été confrontés à un épisode de constipation ou un ralentissement du transit chez leur(s) enfant(s). Dans un premier temps, pour palier à ce trouble du transit, les parents ont tous modifié le régime alimentaire. De nombreuses idées quant à la modification de l'alimentation ont été évoquées : les pruneaux, les légumes verts, l'hydratation, l'Hépar®, désépaissir le lait, une boisson fraîche à jeun le matin. Ils savaient que les habitudes alimentaires avaient une influence sur le transit des enfants, et savoir quels aliments favoriser en cas de constipation semblait important à tous. Une maman a instauré un rituel de présentation à la selle tous les matins après le petit déjeuner, méthode efficace selon elle.

S : Moi j'avais commencé par les pruneaux. Et puis finalement ça c'était rétablit tout seul.

J : Moi c'était Antoine, quand il était petit et qu'il était passé sur du lait épaissi. Et du coup on a eu de la chance parce qu'il avait l'âge de manger des pruneaux, et puis on a désépaissi un peu le lait.

M : Quand le transit est juste un peu plus lent on met soit les fruits soit sinon des légumes verts et on essaie de pas trop le ceinturer dans des trucs trop fermés pour qu'il puisse ...

S : On mettait de l'Hépar dans le biberon aussi.

M : Eviter le chocolat, et les sodas et les choses qu'ils ne sont pas censés manger voilà voilà !

D : Moi donc la grande, quand elle était toute petite aussi. Mais c'était surtout bien insisté sur l'hydratation, veiller à ce qu'elle s'hydrate bien jusqu'à 5-6 ans. La grande a aussi eu son rituel. On l'obligeait à s'installer aux toilettes avec son livre. Juste pour prendre le temps et prendre l'habitude d'y aller. Et ça je pense que ça a aussi joué dessus.

C : Moi je lui donnais un verre d'eau assez froid, enfin de l'eau fraîche le matin à jeun et ça ça l'a bien aidé !

La question de l'environnement de l'enfant a également été évoquée, avec une modification du transit notamment à l'école. Parfois, le retour à la maison et la reprise des habitudes suffisaient à débloquer la situation.

S : Moi je pense qu'à l'école, il y en a qui se retiennent carrément toute la journée.

Une maman lors du second focus group, a remarqué que les problèmes de constipation de sa fille étaient en partie liés à une diminution des rations alimentaires à la crèche.

C : Et à partir de cet été en juillet on a remarqué qu'elle ne mangeait pas très bien en crèche. Elle ne mangeait pas à sa faim il faut le dire comme c'est. J'ai remarqué cela le mercredi après-midi car je ne travaillais pas et je la récupérai à midi et elle

avait faim. Elle voulait toujours manger et ensuite on a remarqué quand on était en vacances qu'à force de manger avec nous de tout ça commençait à aller mieux. Et aujourd'hui elle n'a quasiment plus de problème.

b) Traitements médicamenteux

Lorsqu'un traitement médicamenteux a été nécessaire, le MACROGOL était le laxatif utilisé. Pour certains son utilisation n'a été que ponctuelle, pour d'autre une durée prolongée de quelques mois a été nécessaire. Des suppositoires à la glycérine ont également été utilisés de manière ponctuelle dans une famille.

J : Et il fallait de temps en temps, si je voyais que c'était trop difficile, fallait que je lui donne un peu de laxatif. Du Forlax !

C : Le gastro-entérologue super. Il a prescrit pour Eva du Forlax. Et ça à super bien marché. Tous les jours pendant très longtemps... presque six mois. Et au fur et à mesure on a commencé à arrêter.

D : Moi donc la grande dès toute petite aussi. Enfin peut-être pas toute petite mais neuf dix mois. Elle n'a jamais été sous Forlax mais quelques suppos de glycérine. Pour le petit, une nuit il a eu le droit à un petit suppo de glycérine périmé mais qui a fonctionné !

c) Enfants allaités exclusivement

Une maman nous a fait partager l'expérience d'une de ses connaissances dont le bébé n'avait des selles que tous les 10 jours. Une autre maman connaissait la fausse constipation chez le nourrisson, liée au lait de mère ou au passage d'un allaitement exclusif à un allaitement artificiel. Elle rapportait également le manque d'information sur ce sujet.

M : J'ai aussi une connaissance son bébé il faisait caca tous les 10 jours. Donc c'est vrai que quand elle en parlait, quand elle a demandé autour d'elle bin personne n'avait vécu la situation, et tout le monde était plutôt alarmant alors que ... C'est vrai qu'il était au sein mais c'était pas des selles tous les jours, et c'est resté comme ça jusqu'à diversification et maintenant il y a plus de problèmes.

D : Le lait de mère soit tu peux avoir des selles tout le temps et tout, mais souvent c'est des gens qui se trompent car même avec un allaitement maternel tu peux rester plusieurs jours sans avoir de selles. C'est souvent une information qui est mal comprise. Après il y a aussi ceux qui sont allaités et qui vont faire régulièrement et du coup le jour où ils passent au lait ils se disent « il est constipé » alors que c'est le changement de lait qui donne ça et c'est pas forcément de la constipation.

Les parents présents étaient plutôt bien informés, car pour leurs petits, ils ont eu recours à différentes astuces : Hépar ®, massage, eau...

V : Et puis ma femme kiné, avait essayé un petit massage gastrique, elle avait essayé sur lui et après ça allait mieux.

D : Parce que quand elle était petite on lui massait le ventre, on repliait les jambes.

C : On faisait des biberons entiers d'Hépar oui !

Ch : Pour Jocelyn quand il était tout petit à 5 mois. J'en ai parlé au pédiatre et du coup il m'avait juste dit de garder le même lait mais de rajouter plus d'eau. 30 ml en plus. Franchement ça a super bien fonctionné.

d) Acquisition de la propreté

L'acquisition de la propreté a été assez rapide chez tous les enfants des parents présents. Plusieurs leviers ont été utilisés, certains se sont aidés de rituels, d'autres de livres ou encore d'un pot musical. Pour une famille, la grande sœur a été une aide pour sa cadette. Certains parents ont insisté sur leur volonté de ne pas faire des selles un sujet tabou et d'éviter toutes frustrations quant à la propreté.

S : Après il y a des supers albums ! De très bons albums d'ailleurs dans la littérature.

Ca : Dès qu'elle a commencé à tenir assise je l'ai placé sur le pot je la laissais 5 minutes et si elle faisait c'était bien et si elle ne faisait pas tant pis.

Ch : Par rapport à la propreté c'est allé très rapidement aussi. Ce qui a aidé c'est qu'on a acheté un pot qui faisait de la musique dès qu'il a fait pipi ou caca.

C : Présentation du pot c'était le pot de la grande sœur. Jade nous a beaucoup aidé aussi.

Ju : Ca, j'essaie de « pas de tabou ». Je lui dis « tu sais Maeva, il y a tout le monde qui fait caca » « Maéva, chez tout le monde ça sent FORT ! » Et j'essaie de lui dire qu'il y a pas de tabou par rapport à ça.

Chez une enfant, il y a eu un décalage de 3-4 mois entre l'acquisition de la propreté urinaire et fécale. Selon la maman, ce décalage était lié tant à la position qu'adoptait l'enfant sur le pot qu'à la constipation de sa fille : celle-ci se mettait accroupie, pour faire ses selles dans la couche. La position des jambes repliées lui semblait plus facile pour exonérer.

D : La grande a été propre très tôt. Par contre pour les selles elle refusait de faire au départ dans le pot et elle se mettait accroupi dans le coin et disait « je vais faire caca ». Refusait le pot. Il y a eu 3-4 mois de décalage au moment où elle était propre finalement. Je pense que c'était aussi la position qu'elle prenait. Le fait de replier les jambes. Et je pense que c'était la position qu'elle prenait et que ce n'était pas la même position qu'elle prenait sur le pot.

Des parents ont rencontrés des obstacles extérieurs, vécus parfois comme un véritable frein à l'acquisition de la propreté : crèche, nourrice.

Ju : Moi, elle a mis bien 6 mois je pense. Alors qu'il y en a qui y arrivent en un été quoi ! Mais bon je pense que c'était la nourrice qui me disait « oh elle est pas prête » et puis du coup ça l'arrangeait bien !

C : Chez nous, c'était un peu le combat avec la crèche. Il voulait toujours mettre des couches. Je leur ai dit non. J'ai apporté des dizaines de slip de rechange. Des habits de rechange et tout. Une fois qu'ils ont bien compris le truc c'était top !

e) Sources d'informations des parents

Nous avons cherché à connaître les sources d'informations des parents. Effectivement, ils affirment tous avoir eu besoin de conseils à un moment donné et leur premier recours restaient les proches.

V : Bon l'hépar® c'est les grands-mères qui nous l'avaient conseillé.

M-P : Oui les grand-mères elles savent !

Carole : Moi je vais chez ma sœur qui est infirmière. C'est la première chose. Ensuite chez ma mère. Le verre d'eau le matin à jeun c'est ma grand-mère qui m'a raconté !

Les médecins sont la deuxième ressource citée par les parents.

V : Et on demandait aussi régulièrement à la pédiatre ce qu'on pouvait rajouter.

S : Moi c'est le pédiatre aussi.

Ch : J'en ai parlé au pédiatre et du coup il m'avait juste dit de garder le même lait mais de rajouter plus d'eau.

C : Je vais chez le médecin traitant.

L'utilisation d'internet a été assez critiquée. Une maman nous a fait part de son expérience : avant de consulter, elle a trouvé des informations sur internet qui l'ont beaucoup inquiétée. Aujourd'hui elle regrette cette démarche.

B: Ma femme je sais qu'elle cherche de temps en temps mais je sais que d'une bosse tu passes à un AVC. Moi je n'ai jamais regardé. C'est n'importe quoi !

D : Moi c'est pareil mais mon homme il y va par contre beaucoup beaucoup. Je sais qu'on peut y trouver tout et n'importe quoi.

C : Oui, moi j'en ai cherché mais je n'aurais peut-être pas dû. Depuis que Jade a eu sa fissure ça m'a vraiment fait peur. Du coup ça m'a vraiment affolée. C'est pour ça que j'ai aussi consulté chez le gastro-entérologue, pour vraiment me rassurer. Je n'irais plus pour les enfants c'est sûr !

f) Utilisation de fiches conseils

Lors des consultations pour constipation de leur enfant, aucun parent présent n'avait obtenu de fiches conseils. Les fiches conseils utilisées par les parents concernaient la période de diversification alimentaire. Certains avaient collé la fiche

de diversification sur le frigo, d'autres ont trouvé le carnet de santé très utile à ce moment-là.

V : La seule fiche qu'on suit un petit peu c'est sur l'alimentation, enfin en fonction de l'âge, de l'évolution de l'alimentation. Et dans le carnet de santé !

M : Mais c'est vrai que nous la fiche de diversification elle est restée sur le frigo !

C : J'aime bien regarder dans son carnet de santé. Parce que dans le carnet de santé on a par rapport aux tranches d'âge.

La plupart des fiches conseils mises à la disposition des parents ont été données à la sortie de la maternité. Après leur premier accouchement, les mamans présentes avouaient s'être senties relativement démunies à la sortie de l'hôpital.

Ca : Alors oui j'ai reçu des fiches pour la toilette. On nous dit tellement de choses, moi j'étais dans le jazz, donc ça fait pas de mal d'avoir un petit support. Mais c'est très angoissant pour un premier bébé.

Ju : Ouais je pense que quand on est maman et qu'on sort de la maternité, quand c'est le premier en tout cas. C'est parfois un peu compliqué. Quand on rentre à la maison avec notre bébé on est la « bon aller » !

g) Utilité des fiches conseils

Nous avons discuté de l'utilité des fiches conseils en général et de ce que pouvaient en attendre les parents. L'aspect chronologique semblait important.

B : C'est plutôt juste chronologiquement. Juste avoir un ordre d'idée. Pas sur la façon. Savoir la chronologie juste un petit peu au début.

Ca : Un petit guide ça serait bien.

Ch: Juste les principales étapes

Dans la constipation, il semblait important d'y faire apparaître la définition, les critères d'inquiétude et de bien séparer les enfants avec une alimentation diversifiés ou non. La fiche conseil se doit d'être un outil à utiliser quotidiennement.

S : Oui un outil quoi ! Un vrai outil !

M-P : Il faut qu'il y ait tout sur la même fiche pour les enfants en bas âge et les enfants ...

S : C'est quoi mettre avant les médicaments quoi, avant d'avoir besoin de consulter.

Et qu'on consulte seulement une fois qu'on a tout essayé.

Ca : Moi ce que je pense qui serait vraiment utile, ce serait d'avoir une vraie définition de la constipation. Peut-être déjà mettre une bonne base, et savoir quand s'inquiéter. Et quand réagir ?

D: Les plus petits d'un côté les plus grands de l'autre. Et avec l'âge on tourne la fiche.

h) Discussion de fiches conseils

Fiche n°1 (Annexe 4) :

De manière unanime les images, le format, la facilité de lecture et de mémorisation ont été très appréciées. Le chiffre 10 a également interpellé, c'est quelque chose que l'on mémorise facilement.

Tout le monde : Ha les images, les images c'est important !

S : Moi je trouve que même pour nous c'est agréable tu vois les images, plutôt que de devoir relire, la en un coup d'œil ...

Ch : Oui que ça tienne sur une page. Le format de la fiche, ne soit pas sur plusieurs pages, pas trop petit.

Un parent a critiqué le caractère un peu simpliste de cette fiche. Mais une maman a trouvé intéressant que la fiche soit simple, afin que son enfant puisse être acteur dans la prise en charge. Lors du deuxième focus group, une autre maman a insisté sur le fait que les images pourraient lui permettre de faire participer son enfant.

J : Après ça, je trouve que finalement, ta fille elle a 3-4 ans tu peux discuter avec elle de ça !

D : Le fait il y ait des images !!! Une fiche où il y a que des écritures, c'est moins parlant. En couleur c'est mieux !

Fiche n°2 (Annexe 5) :

Cette deuxième fiche a suscité de nombreuses réactions, plutôt négatives. Les phrases étaient trop longues, les informations trop denses et en quantité trop importante. Il n'y avait ni couleur ni mot clé ou image. Le style d'écriture a été critiqué, jugé trop fantaisiste et difficile à lire. C'est une fiche qu'ils liraient une fois peut-être, mais qui leur semblait peu utile au quotidien.

J : Oh la t'as pas envie de le lire quoi hein !

M-P : Bin moi ce que je disais c'est qu'il faut mettre des mots, deux mots quoi tu vois, pour exprimer les idées. Là il y a trop de texte !

S : Oui c'est trop long

J : Ouais la y a pas d'images là !

Ch : Le style d'écriture, personnellement... (Fait des gros yeux et non de la tête)

C : Oui ça c'est sur ! Oui c'est ça, ça ne donne pas envie.

Fiche n° 3 (Annexe 6) :

La présence d'images a été appréciée sur cette fiche. Mais certaines expressions utilisées ont été jugées trop compliquées pour pouvoir être adaptées à tous les milieux et niveaux socio-économiques.

S : Développement psychomoteur chez moi à l'école ou je travaille ils

M : Je sais pas si ils seront sensibles au message que tu veux faire passer parce qu'il y a des choses que certains ne comprendront pas quoi...

D : Par exemple : difficulté de graphisme, c'est pas forcément quelque chose qui est employé par tout le monde. C'est des termes qui vont être compliqués.

C : Il faut rester sur des mots simples. Des mots simples que tout le monde comprenne.

Fiche n°4 (Annexe 7) :

A nouveau le côté imagé a été apprécié, avec du texte en quelques mots ou phrases. Mais de manière unanime, elle ne semblait pas adaptée pour des parents. Cette fiche paraissait plus adaptée aux médecins car de nombreuses expressions étaient trop compliquées et trop spécialisées.

M-P : Après c'est plutôt destiné aux médecins, pas trop aux patients. Les gens ils ne savent pas ce que c'est une maladie de Gianotti-Crosti !!! Et après le traitement, Aciclovir, ils ne savent pas ce que ça veut dire, ils ne savent pas ce que c'est !

Ca : Par contre l'encadrer là pour des gens qui n'y connaissent rien, c'est très compliqué !

B : Ça c'est la fiche conseil pour résumer facilement aux médecins et montrer vite fait aux patients ? C'est plutôt orienté médecin !

Fiche n°5 (Annexe 8) :

Cette fiche a été décrite comme trop longue, trop compliquée et avec trop de texte. Elle n'a pas été retenue pour être utilisée au quotidien.

S : Ca on lit une fois en fait, après ça dépend de la fiche conseil.

Ch : Il y a trop de chiffres, je pense déjà dans la présentation paysage, tu mets trop d'informations. Après les infos qui sont dessus elles sont pertinentes mais personnellement je trouve que tu n'as déjà pas envie de lire à fond.

Fiche n°6 (Annexe 9) :

Celle-ci a été commentée de manière très positive dans les deux groupes. Le format était intéressant, facile à glisser dans le carnet de santé. L'image, avec autour des mots simples et pertinents, a été appréciée. La chronologie des choses à faire semblait importante pour un papa. Un aspect négatif a été souligné : la définition de la fièvre dans cette fiche n'était pas assez mise en valeur. L'aspect recto verso a également été très apprécié et a été rapidement imaginé pour une fiche sur la constipation.

M-P : Elle est très bien cette fiche mais il y a des choses qui ne sont pas assez en valeur. Mais après la température je pense que personne n'avait vu le 38 la ?

C : Celle-là elle est jolie.

B : Il y a l'ordre chronologique. Il y a la couleur.

Ca : Elle est bien celle-là.

Fiche n°7 (Annexe 10) :

La fiche conseil proposée par la revue Prescrire a été présentée lors du second focus group. Les informations semblaient facilement compréhensibles, sans vocabulaire trop médical. Mais l'aspect visuel n'a pas été apprécié, la longueur des informations à lire était trop dense. Comme précédemment, cette fiche ne semblait pas adaptée au quotidien.

B : C'est pas trop vulgarisé.

D: C'est pas accrocheur. Ça ne donne pas envie ! Enfin si on veut quelque chose, je ne suis pas sûre que tout le monde ait envie de lire ça. Même si les infos peuvent être bonnes, c'est trop long.

C : Ca n'accroche pas !

2. Base de données médicales

a) Article de la revue Prescrire : constipation chez un enfant, mai 2017

En 2017, la revue Prescrire a réalisé une revue de la littérature sur la constipation de l'enfant et a édité une fiche conseil pour le nourrisson (Annexe 10). Dans leurs résultats, on note que la constipation est plus fréquente avant l'âge de 4 ans. La prise en charge hygiéno-diététique est au cœur du traitement et les principales mesures de correction d'une

constipation chez un enfant sont diététiques. Adaptées à l'âge, elles suffisent souvent à rétablir un transit acceptable (20).

Parmi les règles hygiéno-diététiques, les auteurs recommandent d'augmenter les apports en liquides et en fibres :

- Chez les nourrissons : il faut augmenter l'apport hydrique, on peut proposer une prise de jus de fruits purs (jus de pomme, de poire ou de pruneau). Ces jus de fruits purs sont riches en sorbitol qui est un type de sucre qui reste dans l'intestin et y attire de l'eau permettant de ramollir les selles. La quantité est à adapter en cas de ballonnements douloureux (20).

- Chez un enfant constipé diversifié : il convient de favoriser une alimentation quotidienne équilibrée, riche en fibres : avec des céréales complètes (son de blé, pain au son, flocons d'avoine) et des légumineuses (haricots blancs, pois chiches, lentilles), particulièrement riches en fibres végétales. Des légumes (carottes, choux verts) et des fruits secs ou frais (amandes, noix, poires, bananes) sont préconisés, mais dans une moindre mesure (20).

Ils conseillent certaines mesures sans données probantes comme : la pratique d'activités physiques (sans préciser la durée ou le type d'exercice), la consommation d'une eau riche en sulfate de magnésium ou de certaines préparations ayant des propriétés

favorables pour le transit digestif et la limitation des apports en sucre, féculent et chocolat (20).

Parmi d'autres options moins éprouvées, l'utilisation d'infusions de menthe poivrée sous forme de plante pour tisane est une option chez les enfants plus âgés. Elle a une activité antispasmodique probable, et expose à des effets indésirables rares et bénins. Le recours à un massage abdominal léger ou à une application de chaleur sur l'abdomen est empirique (20).

b) Recommandations Américaines et Européennes de 2014

En 2014, la Société Nord-Américaine de Gastroentérologie Pédiatrique et Nutrition ainsi que la Société Européenne de Gastroentérologie Pédiatrique, Hépatologie et Nutrition ont travaillé ensemble afin de réaliser des guidelines sur la constipation fonctionnelle de l'enfant. Ils ont réalisé une revue de la littérature basée sur des essais randomisés et contrôlés. Chacune des neuf questions cliniques concernant le diagnostic, la thérapeutique et le pronostic de la constipation fonctionnelle chez l'enfant a fait l'objet d'une revue systématique de la littérature (2).

En ce qui concerne les règles hygiéno-diététiques, aucune étude randomisée et contrôlée n'a prouvé une efficacité des règles seules ou en association avec un traitement laxatif. Les experts recommandent cependant une consommation normale de fibres et d'hydratation et une activité physique normale (2).

L'utilisation courante de pré ou probiotiques n'est pas recommandée dans le traitement de la constipation infantile, mais une étude a montré une augmentation significative de la défécation après un traitement par *Lactobacillus reuteri*. Les éléments de preuves restaient insuffisants pour appuyer l'utilisation de pré ou probiotiques (2).

Le traitement laxatif à mettre en place en priorité est le PEG, avec ou sans électrolytes. Les experts ont également émis un avis sur la durée moyenne du traitement, malgré l'absence d'étude sur le sujet. Le traitement d'entretien devrait se poursuivre pendant au moins deux mois. Tous les symptômes de constipation doivent être résolus pendant au moins un mois avant l'arrêt du traitement. L'arrêt de celui-ci doit se faire de manière progressive (2).

Par ailleurs, on retrouve dans cette étude, les signes devant faire consulter : l'âge inférieur à un an, la présence de douleurs importantes, la présence de sang dans les selles en l'absence de fissure, la perte de poids, la présence de nausée et/ou vomissements, l'échec d'un traitement bien conduit (2).

3. Fiche conseils

La fiche conseil que nous avons réalisé en partenariat avec Mme Bérengère Pothieu, graphiste est présentée ci-dessous (Figures 5 et 6).

Figure 5 - Fiche conseils recto

Mon enfant a **+ de 6 mois**

Mon enfant est constipé si :

- il a des selles **moins de 2 fois par semaine**
- il a des selles **très douloureuses ou très dures**



La constipation, ça peut faire très mal !!!

10 COMMANDEMENTS POUR PREVENIR LA CONSTIPATION



- 1** **UNE FOIS PAR JOUR, À HEURE FIXE :**
ALLER SUR LES TOILETTES
(Après le petit-déjeuner)
- J'AUGMENTE**
2 LES BOISSONS
eau - jus de fruits purs (pommes, pruneaux)
- J'AUGMENTE**
3 LES FRUITS
pommes - pruneaux - poires
- J'AUGMENTE**
4 LES LÉGUMES
haricots verts - brocolis - épinards
- J'AUGMENTE**
5 LES LÉGUMINEUSES
haricots blanc - lentilles - pois chiches
- J'AUGMENTE**
6 LES CÉRÉALES COMPLÈTES
pain complet - pâtes & riz complets
- J'AUGMENTE**
7 LES CÉRÉALES AU SON
- J'AUGMENTE**
8 LES FLOCONS D'AVOINE
- J'AUGMENTE**
9 L'ACTIVITÉ PHYSIQUE
- 10 JE DIMINUE**
LE RIZ BLANC - LES PÂTES BLANCHES
LE CHOCOLAT - LES CONFISERIES - LES SODAS

Je consulte en urgence si :

- Mon enfant **a très mal**
- Mon enfant **a du sang dans les selles**
- Mon enfant **vomit**
- Mon enfant **n'a pas de gaz**

Figure 6 - Fiche conseils verso

Mon enfant a
— de 6 mois

Mon enfant est constipé si :

- il a des selles **moins d'une fois par semaine**
- il a des selles **plus compactes et plus dures** que d'habitude
- il semble avoir **des difficultés pour évacuer** les selles

ALLAITEMENT AU LAIT DE MÈRE

Le transit d'un nourrisson au lait de mère **varie de 8 selles par jours à 1 selle par semaine**, c'est la « Fausse constipation au sein »

Lorsqu'on passe **du lait maternel au lait artificiel, les selles peuvent devenir plus compactes** et plus difficiles à évacuer.

Maman doit veiller à consommer assez d'eau et de produits laitiers.

Attention aux médicaments que prend maman, qui peuvent constiper !
(Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien)

ALLAITEMENT AU LAIT EN POUDRE

Attention aux erreurs de reconstitution du lait :

1 CUILLÈRE MESURE POUR 30 ML D'EAU

Eau	Lait en poudre
90 ml	3 mesures rases
120 ml	4 mesures rases
150 ml	5 mesures rases
180 ml	6 mesures rases
210 ml	7 mesures rases
240 ml	8 mesures rases
270 ml	9 mesures rases

COMMENT AIDER BÉBÉ ?

J'AUGMENTE L'APPORT EN EAU DE BÉBÉ
QUELQUES GORGÉES PAR JOUR EN PLUS DU LAIT

JE DONNE DU JUS DE FRUITS PURS
EN PETITES QUANTITÉS (PRUNEAUX, POMME)

JE FAIS DES MASSAGES DU VENTRE
SI BÉBÉ SEMBLE INCONFORTABLE

Je consulte en urgence si :

- Mon bébé a **moins de 2 mois**
- Mon **bébé pleure** sans arrêt
- Mon bébé présente une **alternance de diarrhées et constipation**
- Mon bébé a du **sang dans les selles**
- Mon bébé est très **ballonné** ou n'a **pas de gaz**

D) Discussion

Après les deux focus group, nous constatons que les parents portent un grand intérêt aux règles alimentaires lors d'une constipation chez leurs enfants. L'ajout de pruneaux, de légumes verts, l'hydratation, favoriser une eau telle que l'Hépar®, désépaissir le lait, donner une boisson fraîche à jeun le matin sont les principales modifications alimentaires utilisées. Le manque d'information concernant les enfants exclusivement allaités a été critiqué. Les rituels de présentation à la selle ont été utilisés lors de l'acquisition de la propreté chez plusieurs parents. Lorsque ces derniers ont besoin de conseils, les proches et les médecins sont leurs principales ressources. Parmi les parents présents, peu d'enfants constipés ont eu des traitements médicamenteux. En cas de nécessité, le Macrogol est le traitement qui a été utilisé en première intention, conformément aux recommandations.

En ce qui concerne les fiches conseils, de manière générale les plus utilisées ont été celles fournies à la sortie de maternité et lors de la diversification alimentaire. Pour une fiche conseil à destination des parents d'enfants constipés, celle-ci devait être un véritable outil d'usage quotidien. Il était primordial d'y faire figurer la définition et les signes devant faire consulter. La présence d'images, de couleur, de mots clés avec des termes simples devait apparaître. Un recto-verso permettant de différencier les enfants diversifiés et non diversifiés a été proposé lors des deux réunions. Un format pratique, à ranger dans le carnet de santé ou à coller au réfrigérateur semblait utile.

1. Forces de l'étude

L'originalité de ce travail est la réalisation d'une fiche conseils qui non seulement prend en compte les données de la littérature mais intègre à part entière l'avis des parents qui sont les principaux concernés. Il m'a paru primordial de recueillir leurs opinions afin que ce travail puisse répondre au mieux à leurs besoins. La création de ce document, conforme à leurs attentes, aura permis de fournir un outil sur lequel s'appuyer au quotidien.

L'enfant est un être en développement et dépendant de ses parents pour les actes de la vie quotidienne. Dans toute prise en charge médicale, l'éducation thérapeutique est primordiale. L'implication des parents dans la prise en charge médicale de leur enfant améliore l'observance des soins. Une étude réalisée en 2015 par L. Bernard et al. a mesuré l'impact d'un suivi personnalisé et d'un accompagnement éducatif des familles des nouveau-nés prématurés sur l'observance de la vaccination préventive du VRS, pendant la saison 2012-2013. L'observance générale du traitement par palivizumab a progressé, avec un respect du nombre total d'injections chez 59,7 % des patients « éduqués », contre 32,9 % pour les « non-éduqués » ($p=0,002$) (48). Une autre étude descriptive, réalisée en 2015 par une kinésithérapeute, Mme Floch, a évalué l'impact de l'éducation thérapeutique des parents sur l'observance de la kinésithérapie respiratoire chez des enfants atteints de mucoviscidose. Elle retrouve que 93% des parents estiment avoir une meilleure implication dans le traitement kinésithérapique de leur enfant depuis la formation. De plus, 73% ont observé une meilleure observance de leur enfant vis-à-vis de son traitement (49).

2. Limites de l'étude

Les limites de ce travail sont liées d'une part à la méthodologie du focus group. La discussion de groupe peut avoir des effets négatifs sur certains participants. La timidité de chacun et les difficultés d'expression en public peuvent être accrues lors des discussions à plusieurs participants. Des parents ont pu avoir des réticences à exprimer certaines idées personnelles par crainte du jugement des autres. D'autre part, il existe très certainement un biais de mémorisation car cette étude qualitative se base sur les souvenirs des parents. Il y a probablement des erreurs ou des oublis dans leurs récits. De plus lors des deux focus group dont j'étais l'animatrice, il m'était parfois difficile de masquer mes réactions non verbales, ce qui a pu modifier ou influencer les réponses des participants.

J'ai effectué à la fois le recueil des données et leurs analyses. De plus, la réalisation du deuxième focus group a été orientée par les réponses du premier.

Parmi les parents participants, il existe une proportion importante de personnel médical. Au total nous avons deux médecins généralistes et quatre infirmières. A noter que ces médecins ne réalisaient pas le suivi de leur enfant.

On notait une saturation des données avec une redondance des réponses concernant les fiches conseils et leurs contenus lors du deuxième focus group. Les idées du second focus group étaient en grande partie identiques à celles du premier, exceptées pour les expériences personnelles et le vécu de la constipation de chaque enfant.

E) Conclusion

Nous avons établi cette fiche conseils, à partir des données recueillies lors des focus group et en se basant sur notre revue de la littérature et plus précisément sur un article de la revue Prescrire, et les recommandations de 2014. L'originalité par rapport aux travaux préexistants est de répondre à la demande des parents et de s'adapter à leurs besoins.

Ce premier travail pourrait être poursuivi, afin d'évaluer l'impact de cette fiche conseils sur la prévalence de la consultation pour constipation aux urgences pédiatriques. Une autre étude pourrait recueillir l'avis de parents ayant reçu ce document, après quelques mois, afin d'évaluer son utilité et de proposer des axes d'amélioration.

V. Conclusion

Chez l'enfant, la constipation est fonctionnelle dans 95% des cas (4). Celle-ci représente un des motifs les plus fréquents de consultations en pédiatrie. Sa prévalence mondiale est de 3% (2). Une constipation négligée ou insuffisamment considérée peut être source de complications organiques ou psychologiques invalidantes dont la prise en charge peut s'avérer difficile et longue (2-4). Il est donc nécessaire de prévenir cette constipation précoce, en premier lieu en respectant le rythme d'acquisition de la propreté de l'enfant, les différents conseils hygiéno-diététiques, et en mettant en place un traitement adapté si besoin.

Notre revue de la littérature nous a permis d'obtenir une vision globale de la prise en charge thérapeutique de la constipation fonctionnelle de l'enfant. Il faut prendre le temps d'expliquer à l'enfant et à ses parents ce qu'est la constipation fonctionnelle, l'absence de gravité et la prise en charge parfois longue. Il est nécessaire d'avoir une alimentation équilibrée, sur ce point il existe certaines discordances entre les études. Cependant, nous en avons conclu qu'il est fondamental de rappeler l'importance des règles alimentaires ; notamment d'avoir une consommation suffisante d'eau et de fibres. Sur le plan thérapeutique, en premier lieu il faut obtenir une vacuité recto-colique. Le PEG est privilégié en première intention à une posologie de 1-1.5 mg/kg/jour pendant 3 jours. Le traitement de fond est également bien codifié : le laxatif de choix reste le PEG (avec ou sans électrolytes) administré à une dose de 0.4 mg/kg/jour pendant au moins deux mois. Tous les symptômes de constipation doivent être résolus pendant au moins un mois avant l'arrêt du traitement qui doit se faire progressivement.

Certains traitements efficaces chez les adultes comme la Lubiprostone, le Linaclotide et le Prucalopride commencent seulement à être testés chez les enfants. Concernant les probiotiques et les prébiotiques, malgré les nombreuses études réalisées, aucune ne permet de les recommander devant l'absence de preuves suffisantes. Par ailleurs, les thérapies manuelles (rééducation par biofeedback et la physiothérapie) semblent être des alternatives intéressantes et encourageantes.

Après cette étude sur les traitements disponibles dans la constipation fonctionnelle, nous avons réalisé une étude épidémiologique, rétrospective et univariée, ceci afin d'évaluer la prévalence de la constipation des enfants ayant consulté aux urgences pédiatriques de Saverne du 1^{er} Janvier 2017 au 31 décembre 2017. Au total, la prévalence de la constipation était de 3,2%, comparable à la prévalence mondiale de 3%. Les reconsultations concernaient un enfant sur 10. Ce qui nous montre qu'il existe une amélioration possible dans la prise en charge de la constipation chez l'enfant. C'est pour cela que nous avons établi cette fiche conseils, à destination des parents d'enfants constipés afin d'améliorer la compréhension et l'application des règles hygiéno-diététiques lors d'une constipation. Ces conseils bien qu'ils ne soient plus recommandés au premier plan, nous semblent incontournables dans la prise en charge notamment en permettant d'avoir une action synergique à un traitement médicamenteux éventuellement prescrit. L'efficacité de cette fiche reste à évaluer. Il serait intéressant de poursuivre ce travail en interrogeant les parents ayant

reçu ce document, afin d'évaluer l'impact de celui-ci, et pourquoi pas d'en proposer des axes d'amélioration.

VU et approuvé
Strasbourg, le **12 JUL. 2019**
Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg
Professeur Jean SIBILIA



VU
Strasbourg, le 3.7.19.
Le président du Jury de Thèse
Professeur BECMEUR

Professeur François BECMEUR
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG
Hôpital de Hautepierre
Service de Chirurgie Pédiatrique
Tél. 03 88 12 73 13 - Fax 03 88 12 72 95
Email : francois.becmeur@chru-strasbourg.fr
N° ADEL : 67 10 8889 4 - N° RPPS : 1000242654 1

VI. Annexes

ANNEXE 1

FOCUS GROUPE LE 28 NOVEMBRE 2018 à Strasbourg.

Tout d'abord je vous propose de faire un tour de table pour faire les présentations, l'âge de votre ou vos enfant, ce que vous faites dans la vie.

Joanna : J'ai deux garçons, qui ont 2 ans et demi et 1 an, je suis infirmière

Julie : je suis maman de deux petites filles de 4ans et 2 ans et je suis infirmière

MP : J'ai deux filles, de 6ans et 4ans et je suis médecin généraliste

V : J'ai un petit garçon de 15 mois, je suis prof de maths

S : J'ai une petite fille de 5 ans, un petit garçon d'1 an et demi et je suis professeur des écoles

M : J'ai un petit garçon et 2 ans et 2 mois et je suis médecin

Est-ce que vous, vos enfants ont déjà été constipés ?

J + S : Oui

V : En faite, à partir de quand on définit la constipation ?

Moi : pour toi, c'est quoi la constipation ?

V : Je sais pas, au bout de deux jours s'il n'a rien fait je m'inquiète quoi (sourire)

Rire de l'assemblée

V : Bin si il y a déjà une journée complète il faut se poser la question ; attention à vérifier demain ! Après je ne sais pas de délai exact.

Moi : Oui c'est une grande question ça pour les parents. Ca va dépendre de l'âge des enfants. On parle de constipation si un enfant à moins de 2 selles par semaine après 4 ans et 3 selles par semaine avant 4 ans.

V : Il n'est jamais constipé alors.

Moi : Mais après les parents peuvent penser que leur enfant est constipé et dans ce cas la qu'est ce que tu fais toi par exemple ?

V : Je vais appeler le médecin !

(Rires)

Moi : du coup est ce que tu as déjà appelé le médecin ?

V : non pas encore, mais j'appellerai le médecin ou la famille

M-P : Les mamans !

V : oui les grandes mères elles savent !

Moi : Y a-t-il d'autres enfants constipé chez vous ?

S : Un petit peu, mais pas longtemps, 3-4 jours.

Moi : et du coup tu fais quoi ?

S : Alors c'était il y a longtemps, c'était avec ma fille parce que mon fils n'a absolument pas ce problème ! Alors moi j'avais commencé par les pruneaux. Et puis finalement ca c'était rétablit tout seul. Après petite elle ne faisait pas forcément tous les jours. Après je ne me suis pas plus inquiété que ca, dans la mesure ou je voyais qu'elle n'était pas trop gênée. Après comme V. l'a dit, on guettait quand même ; on demandait bien à la nounou de guetter.

J : Moi c'était Antoine quand il était petit et qu'il était passé sur du lait épaissi. C'était compliqué

(Rires)

J : Et du coup on a eu de la chance parce qu'il avait l'âge de manger pareil des pruneaux, et puis on a désépaissi un peu le lait.

Moi : Et les pruneau vous les donniez vous quelle forme ?

J : en compote

S : Aussi en compote.

M-P : Ils aiment ca les pruneaux les enfants ?

J : Oui c'est sucré

S : Bin pomme pruneau ca passait bien

J : oui ça passait bien !

S : Et puis on évitait justement tout ce qui était banane, tout ce qu'on pend quand on a la gastro quoi !

Moi : d'accord. Il y avait d'autres enfants constipés ?

M : Ca dépend de quel point de vu tu te places. Parce que moi mon mari était persuadé que notre fils était constipé, et il l'est encore régulièrement et j'essaie de lui expliquer que non mais il est focus sur le caca ! Et quand le transit est juste un peu plus lent et on met soit les fruits soit sinon des légumes verts et on essaye de pas trop le cintrer dans des trucs trop fermés pour qu'il puisse ... Ha et des massages quand il était petit. Mais c'est vrai qu'on se sent un peu désemparé et le médecin est pas toujours tout de suite dispo donc ... il faut faire avec

Moi : Et dans votre entourage, vous connaissez des enfants constipés, chez des amis, de la famille ?

M-P : J'ai des patients moi

Moi : Et tu leur dit quoi du coup aux parents des enfants constipés ?

M-P : La même chose que la, déjà le régime alimentaire, favoriser les fibres, et aussi l'eau, l'hydratation surtout. Je leur conseil de l'Hépar.

S : Ha oui c'est vrai ! On mettait de l'Hépar dans le biberon, je me souviens aussi. Maintenant ça me revient.

J : Moi mon pédiatre m'a dit que non ! Il ne fallait pas donner d'Hépar.

M-P : Mais c'est surtout la quantité d'eau qu'il faut ...

S : Oui c'est vrai, on en mettait un petit peu, mais j'avais quand même dû demander à une amie médecin. Mais c'était un petit peu, c'était pas les bib entiers.

M : Il a dit pourquoi non ?

J : Euh non, j'avoue que je sais plus du tout ! Il avait dit non je sais pas, ça marche pas. Et il m'a donné un laxatif. Super !

Moi : du coup toi t'avais déjà consulté pour Antoine chez ton pédiatre pour la constipation ?

J : bin du coup ouais, bébé, avec son histoire de lait la. Et il fallait de temps en temps, si je voyais que c'était trop difficile fallait que je lui donne un peu de laxatif.

Moi : et il t'avait donné quoi tu te souviens ?

J : Un sirop, logique mais ...

M-P : La couleur de la boîte ?

J : haha

M-P : Forlax ?

J : ouais !

S : En sirop ça existe ?

M-P : Ouais

Moi : Moi je connais le Duphalac en sirop, et le Forlax est en sachet il me semble.

J : Ha oui c'était Duphalac ! C'est ver t ?

Moi : oui

J : ou c'était ça !

S : c'est un peu huileux un peu comme ça non ?

M-P : non non

M-P, s'adressant à J : Et est-ce que l'enfant était symptomatique, il se plaignait de quelque chose ?

J : ouais, en fait il faisait des cacas tout dur, du coup il hurlait quand il faisait caca.

Rires

M-P : Parce que j'ai eu une patiente hier elle a l'impression que les selles étaient plus dures mais finalement le bébé il allait très bien, il n'y avait pas de cris ou de pleurs

J : Non mais la il devenait tout rouge, il pleurait et poussait pendant une demi-heure pour sortir sa bille

M-P : Après des fois il y a aussi l'inquiétude des parents, moi j'ai l'impression que c'est plus « merde mon bébé il a pas fait caca » et finalement parfois c'est pas forcément tous les jours, des fois ça peut être allez 49-50h et les gens ils sont stressés.

V : oui c'est ce que je disais avant !

M-P : Oui en fait parfois c'est les parents qu'il faut calmer.

V : Mais ça m'a fait penser ouais qu'il avait aussi eu ça une fois Elliott. Un caca qui avait du mal à sortir quoi et je lui avais mis un peu d'hépar aussi, en petite dose. Et puis ma femme (kiné) avait essayé un petit massage gastrique, elle avait essayé sur lui et après ça allait mieux. Voilà ça m'a fait penser à ça. Bon l'hépar c'est les grands-mères qui nous l'avait conseillé.

M : Et ils le prennent ?

V : comment ça ?

M : ça a un gout l'hépar quand même

V : Bin on avait dilué un petit peu je crois ; mais il boit facilement de l'eau le notre.

M : d'accord.

M-P : Après tu peux le mettre dans le lait aussi, dans le lait en poudre.

M : Après ce qui est suprenant c'est qu'il y a des fois on a pas l'impression d'avoir changé grand-chose ni mode de vie ni l'alimentation, et on ne sait pas pourquoi il se constipe. Ca c'est , enfin on se dit on a mis en place les règles, on hydrate. Bon c'est sur c'est pas nous qui sommes toujours là en tant que parent mais ; il y a un moment, est ce qu'il y a du stress, est ce qu'il y a autre chose ? Je sais pas.

M-P : il suffit qu'il soit pas dans son environnement, pour qu'il soit constipé.

M : oui mais quand c'est des environnements qui changent mais réguliers pour lequel il a l'habitude, alors je pense qu'en cherchant bien je suis sûr qu'on trouverait un.

M-P à M : Tu parles d'un petit bébé dans la couche ou quand il devait aller sur le pot ? Parce que des fois même si ils ont un environnement réguliers, et qu'ils doivent aller sur le pot, si ils ont pas leur pot bleu, leur pot rose, leur pot vert avec des fleurs, tout ça ... ils y vont pas.

M : Alors le mien il y va pas encore

Rires

M : Mais j'espère qu'un jour ça viendra

M-P : Mais dès qu'après ils ont une conscience de ...

M : Oui non mais je suis d'accord.

M-P : de leur espace à eu, ils aiment bien avoir leur intimité ou leur repères.

J : Moi mon grand il veut pas faire caca sur les toilettes, c'est sur le pot.

M : D'accord

J : Donc si le pot il est pas au bon endroit il faut aller le chercher ! Parce que s'il est en haut ou s'il est en bas ...

M-P : et je pense que les enfants en crèche ou chez la nourrice, ils font pas e la même façon qu'à domicile.

S : moi je pense qu'à l'école il y en a qui se retiennent carrément toute la journée

Tout le monde acquiesce : ouais ouais

M-P : bien sûr

S : C'est comme les adultes !

M-P : Exactement

Moi : Et du coup, comme on est sur l'histoire du pot, tout ce qui est l'acquisition de la propreté des enfants, est ce que c'était compliqué, est ce que c'est actuellement compliqué ? Comment vous gérez tout ça vous ?

J : Antoine c'était pas compliqué, il a commencé à être propre au niveau du caca et le pipi c'est venu après. Parce qu'il voulait plus, il faisait des cacas qui lui brulaient les fesses et il voulait plus alors il a commencé tout seul à vouloir faire son caca sur le pot et après pipi a mis plus de temps.

Moi : et donc actuellement il fait que caca sur le pot, il monte pas sur les toilettes avec un rehausseur ?

J : De temps en temps ou quand il n'y a pas le choix quand on est pas à la maison

Ju à J : J'allais dit comment tu fais quand t'es dans un magasin ou ...

J : Bin c'était difficile au début (rires)...

Ju : Ouais parce que moi on est en plein milieu d'un magasin et elle fait « caca » « maintenant » humhum ..

Rires de l'assemblée

J : Ca il m'a encore jamais fait ! lui c'est toujours le soir après le bain. C'est hyper euhhh

S : ritualisé

M-P : Après nous on l'a fait quand il y avait plus , quand il y avait plus de selles dans la couche toute la journée, ou pas spontanément. Ou quand elles demandaient d'aller au pot parce qu'elles voulaient faire comme les grands. Et puis pareil pour la couche de la nuit, si elle a pas fait pipi pendant toute la nuit pendant une semaine et demi, deux semaines, c'est que finalement elle en a peut-être plus besoin , on peut tenter le coup !

Quelques secondes de blanc

M-P : après chacun fait différemment

Ju : Moi la première je la sentais super prête, et je pense que c'est chez la nourrice que ça suivait pas. Et du coup ça a trainé.

Moi : et ça a été compliqué ?

Ju : Moi elle a mis bien 6 mois je pense. Alors qu'il y en a qui y arrive en un été quoi ! Mais moi elle a mis du temps quoi ! La première en tout cas, la deuxième pas encore. Mais bon je pense que c'était la nourrice qui me disait « oh elle est pas prête » et puis du coup ça l'arrangeait bien ...

Moi : La nourrice remettait des couches du coup ?

Ju : ouais comme ça elle voulait pas avoir de problèmes ...

J : Elle voulait aps avoir d'accident

Ju : voilà !!

M-P : je pense que la propreté qu'elle doit être faite dans le cadre familial, l'enfant se sent plus en confiance.

Ju à M-P : ouais enfin là je la sentait prête mais elle était pas tout le temps chez moi, il fallait bien qu'elle aile chez la nounou

M-P : Non mais oui !! Avec la nourrice ouais.

M-P : Ce qu'il faut c'est le faire si t'es en vacances avec euhh

Ju : ouais c'est ça ! Mais après pendant l'été ça s'est fait

Acquiescement général

M-P : Chez la nourrice il y a trop de changement de mmmm... Je trouve enfin moi je sais par. Moi c'est allé très vite alors euh je sais pas. Mais on l'a fait à domicile ouais.

V à M : Ils sont trop petits nous

Rires

S : Moi c'était.. Bin comme je suis enseignant j'ai des vacances d'été, au moins ça a été très vite réglé, en 15 jours elle était propre. Mais moi c'est le contraire en faite, elle se retenait de faire caca au début sur le pot. Et dès que je lui mettais la couche culotte pour la sieste pouffff

Rires

S : Mais bon ca pareil, ca a pas duré longtemps en une semaine c'était réglé. Mais elle a eu une petite appréhension pour le caca. Et j'ai régulièrement des mamans à l'école qui me disent c'est pareil. Le caca dans les toilettes ca met beaucoup plus de temps que le pipi. Hihi

Ju : Mais il y a pas un truc psychologique avec le caca

J : ouais beurk le caca c'est pas bon enfin je sais pas ...

Ju : non mais le faite de ...

M-P : si c'est une sensation bizarre pour eux

M : C'est une partie d'eux même qui s'est va

M-P : ouais c'est une partie d'eux

Ju à moi : c'est ça hein ?

Moi : acquiescement

Ju : et du coup ils ont du mal à le laisser partir

Moi : ouais il y a certains enfant qui ont l'impression que c'est une partie de leur corps, l'intérieur de leur organes qui s'en va quoi, c'est leur corps qui s'en va.

Ju : ouais je me souviens, j'ai déjà lu un truc comme ça.

M-P : c'est la phase anale de leur développement psychologique ?

Ju à moi : si c'est en rapport avec ça ou pas

Moi : je crois que c'est avant

M-P : C'est avant t'es sur ? Je sais pas. Je sais plus ça, j'ai tout oublié.

M : et quand vous dite que ça a été en tels et tels jours, vous comptez quoi, le jour où vous avez décidé d'enlever la couche parce qu'il y avait plus de pipi dans la nuit plus de chose comme ça ?

M-P : Heuuuu oui pour la nuit oui, après on faisait, on la mettait systématiquement sur le rehausseur des WC après les repas

M : d'accord

M-P : Je faisais un peu rythmé

Moi : donc il y avait des rituels ?

M-P : ouais , je me suis dis on attendait quoi 5 minutes devant le WC après si ca vient pas tant pis on met la couche quoi. Mais qu'elle comprenne qu'il y a un autre endroit pour faire.

M : D'accord

M-P : Après honnêtement, elles sont grandes ça fait au moins 2-3 ans qu'elles sont ...

S : Moi je crois que d'abord elle avait la couche culotte et de temps en temps je lui proposais le pot jusqu'au jour ou on a dit maintenant on enlève, on met juste une culotte. Et je crois que j'avais laissé le pot dans le salon (en regardant M). Donc euh

...

M : D'accord

S : elle y allait, je lui proposais plusieurs fois. Il y a peut être eu un ou deux accidents mais c'était vite vu hein !

J (en rigolant) : moi j'ai fais le truc qu'il fallait pas faire. C'était t'as le droit de regarder les dessins animés pendant que tu fais caca !

Rires

M-P : Du coup il faisait pas ??

J : Bin si il faisait il faisait mais euh genre il avait tout le temps envie de faire quoi !

Rires

J : il me disait « je peux aller sur le pot ??? » « T'as envie encore ? » « euh ouais ouais »

Rires

M-P : Maman pot télé pot télé

Rires

J : Oh ouais ca c'était ouais

M-P : et maintenant vous avez installé une télé dans les toilettes ?

J : ouais un lpad dans les toilettes !!

Rires

J : non non un jour on a déménagé. En faite on a fait l'inverse. On a dit c'est simple t'as pas le droit pendant que tu fais mais ce sera après pendant 5 minutes.

M : Et il faut avoir fait ???

J : Euh non pas forcément

M : Ha bon ca va alors

Rires

J : de tout façon c'était sa phase. Il y a eu longtemps, il y a eu 2-3 mois ou il faisait que caca sur le pot mais vraiment que caca. Parce que ca l'avait irrité voila donc il fallait aller sur le pot.

M acquiesce

J : Et du coup il le demandait de toute façon tout seul donc 'était vraiment quand il voulait quoi ! pipi c'était plus long !

M : Et qui c'est qui vous a dit enfin il y a des gens à qui vous avez demandé conseils ou comment, en tant que parent c'est arrivé comment que vous sachiez coment faire et ??

Ju : avant l'école

Rires

M : avant l'école ouais ! Mais je sais pas si vous avez eu des conseils ou parce que faut le savoir quand meme de ...

S : Moi j'ai regardé un peu sur internet

M : Non mais c'est pas forcément naturel quoi enfin ..

M-P : non mais moi c'était par rapport aux couches sèches déjà pour le pipi et après euh .. non moi ma grande elle avait demandé parce qu'elle voulait faire pareil. Mais sur le ...

Ju : On a aussi un peu l'école qui arrive tout doucement, et on sait très bien qu'ils les prennent sans couches quoi

M-P : ouais aussi ouais !

Ju : donc il y a ca aussi quoi ! Il faut qu'ils soient propres

V : Il y a la pression

J : Moi le pédiatre à ses 2 ans, ca va venir, mais quand ca viendra il faudra faire comme ca comme ca et voila

M à J : donc il a carrément donné des conseils spontanément ?

J : ouais ! Et après il a reçu un pot et il était dans sa chambre et euh a chaque fois qu'il nous demandait ce que c'était on lui disait que c'était pour faire caca pipi

S : Après il y a des supers albums !

J : ouais !!!

S : De très bons albums d'ailleurs dans la littérature

J : Mmmmm

S à M : Je pourrais te les prêter

M : J'ai déjà eu droit à l'éléphant domestique qui va faire caca

pires

S : Non mais la c'est petite souris, elle était top celle la !

M à S : ouais tu m'en a offert un

Moi : Et du coup dans vous avez des questions par rapport à votre enfant vous vous orientez vers quoi comme source de, ou vous chercher vos informations en faite ?

J en riant : Dr google

M-P en rigolant : Doctissimo !

Rires

M : sur pinterest il y a aussi des trucs !

Moi à M : c'est vrai ?? J'ai jamais regardé !

Ju : Après ça dépend de la gravité

V : Après je pense qu'on peut trouver partout

Moi : Mais du coup vous qu'est-ce que vous utilisez ?

Ju : Moi ça dépend de ce que c'est

M-P à moi : De quoi tu parles d'une maladie ou de quoi ?

Moi : non, quand vous avez des questions de la vie quotidiennes par rapport à votre enfant.

V : Bin parfois on va chez des amis qui ont aussi des enfants

Acquiescement de l'assemblée

V : Voir si ca leur es déjà arrivé ça ou ça , ils peuvent nous renseigner la dessus.

Après la j'ai pas d'exemple en tête mais ...

Moi : pas forcément que la constipation, mais de manière générale quand il peut pas manger, quand d'un coup il s'oppose à toute la nourriture, comment vous faites, comment vous gérez tout ca enfin ou vous cherchez un peu d'aide ?

V : Bin a la phase tout au début quand il faut enfin qu'il faudrait qu'il dorme tout seul la nuit ouais on demande aux autres comment ils ont , comment ca s'est passé, combien de temps ca a prit. Bon après voila on compare toujours ... et c'est pas forcément bien quoi

Rire

V : Le mien il a dormi au bout de trois semaines, le mien il a pris 6 mois ou voilà. Mais nous on demande souvent les amis quoi !

Ju : Moi je dirais la famille, la nourrice, et la la pour le comportement je demande aussi à la maitresse, savoir si ca se répercute à l'école, voila. Ca dépend de quoi mais la nourrice ouais elle est pas mal aussi ! Après si c'est médicale, c'est mon pédiatre, je cherche pas vraiment ailleurs quoi.

M-P : Pédiatre ou médecin généraliste ?

Ju : non pédiatre, je vas pas chez le médecin généraliste

M-P : Ha ouais et pourquoi ?

Rires

M-P : non mais c'est interessant

Ju : J'ai eu un petit souci une fois avec mon médecin généraliste, parce que j'y suis allée avec ma petite fille, elle avait 40 de fièvre. Et en faite il m'a dit que c'était une grippe et enfaite ca passait pas et je suis allée le lendemain chez mon pédiatre parce que je trouvais ca bizarre. Et en faite c'était une pyélonéphrite. Et du coup lui il m'a dit, il l'a regardé et il a dit c'est un pyélo et il a dit ECBU, prise de sang et ...

M-P : Comment ca il a pas vu et il a dit pyélonéphrite il a forcément fait un examen

Ju : C'était vraiment, non oui il l'a il l'a consulté, mais après il m'a dit je suis sur c'est une pyélonéphrite. Après il a peut être le feeling j'en sais rien. Mais en tout cas il l'a décelé et il m'a dit ECBU prise de sang et effectivement c'était ca. Après il m'a dit c'est rare quand même à son âge d'avoir 40 , elle avait pas d'autre signes. Je crois qu'il m'avait dit grosse rhino ; alors grosse rhino avec 40 euh ... donc voila. Et du coup ca m'a un peu refroidi. Mais moi je vais chez mon médecin traitant hein !!!

Rires

Ju : mais c'est vrai que pour les pédiatres du coup, pour les enfants ouais. En plus ma deuxième c'est une grande préma donc la par contre j'ai pas cherché à comprendre, j'ai continué chez lui quoi. Après ouais, je me dis que pff ; je sais pas jusqu'à combien de temps j'irai chez le pédiatre pour les petites mais euhh.

M-P : Elles ont quel âge ?

Ju : 2 et 4.

M-P : Le pédiatre il fait presque plus rien, je sais pas ...

Ju : ouais non c'est vrai

Moi : après tous les médecins généralistes sont pas forcément à l'aise avec les enfants

M-P : Après un certain temps les enfants ils vont plus trop chez le médecin à part pour les vaccins

Ju : ouais je suis d'accord

M-P : tout ce qui est rhume tout ce qui est maladies virales. ..

Ju : après mon médecin il est un peu vieux, un peu vieux jeu aussi.

Rires

M-P : Ouais bon après c'était une parenthèse

Moi : Mais c'est pas grave

Rires

Moi : du coup est ce que vous avez déjà cherché des informations sur internet, ou est ce qu'on vous a remis quand vous avez consulté, pour n'importe quelle raison chez le médecin, des fiches un peu conseil sur lesquels vous appuyer quand vous avez des questions ?

Non de la tête de tout le monde.

Ju : Moi je me souviens qu'à la sortie de la maternité, j'avais la couleur des selles. Et du coup comme mon homme il est pas trop la dedans, je l'avais mis au mur, scotché et je lui avais dit « tu regardes ses selles, tu regardes si c'est pas bon ou pas » (rires) Du coup je lui avait demandé de vérifié avec ca. Mais même moi c'était un support ; parce que des fois on sait pas trop au début ; Bon voila c'était un premier, et ca ca m'a bien aidé. C'était pas mal.

M-P : Moi j'ai tout ce qu'il faut dans mes affaires.

Rires

V : sur la fiche conseil ?

Moi : ouais, mais pas forcément que dans la constipation, pour tout.

V : La seule fiche qu'on suit un petit peu c'est sur l'alimentation, enfin en fonction de l'âge, de l'évolution de l'alimentation.

J : a le truc qu'il y a dans le carnet de santé !

V : ouais dans le carnet de santé, et on demandait aussi régulièrement à la pédiatre ce qu'on pouvait rajouter, parce qu'il était un peu plus grand que la moyenne quoi du coup on s'était dit qu'il mange beaucoup quoi.

Rires

V : On s'est dit qu'il fallait lui donner plus quoi

M-P à V : il était plus grand ou plus gros ?

V : Non grand, en taille. Et du coup on demandait surtout sur l'alimentation des questions quoi.

Moi : et ca du coup plutôt chez le pédiatre.

V : Bah pédiatre et aussi à la crèche aussi un peu elle nous conseillait un petit peu. Et mon médecin il est spécialisé gériatrie alors les petits ...

Rires

M-P : ouais non mais médecin généraliste c'est le côté old school

Rires

S : Moi c'est le pédiatre aussi et puis des fois quand il avait posé le diagnostic j'allais sur internet pour avoir encore plus d'infos sur la maladie quoi. Et parfois lui il me donnait des fiches conseils. Par exemple Maël a fait une roséole cet été ; il m'avait envoyé un truc par mail avec un petit bonhomme dessiné et puis différentes indications sur la ou pouvait apparaitre les rougeurs, la durée, les pics de fièvre les trucs comme ca.

M : en plus la lecture du carnet de santé éventuellement pour les rappels si il y a besoin. Après sur internet pas trop ; ou après si pour certains aliments comme quand on veut savoir ce qui est vraiment constipant ou non constipant. Ou quand on veut un peu changer parce que ca fait 3 jours de pruneaux et que il va nous sauter au plafond. Ouais il y a des petites choses qu'on regarde pour savoir quel type d'aliment exactement, mais sinon non. Le pédiatre il n'est pas d'une grande aide sur la partie règles hygiéno diététiques. « Faut mettre des fibres et faut l'hydrater » ! oui d'accord mais pourquoi il reste constipé si on fait tout ca !

V : Après ouais pour savoir si on peut donner tous les légumes aussi quand ils sont petits ! alors ouais moi on m'a parlé des kiwi c'est pas trop bon pour les allergies tout ca ...

S : Moi j'avais une fiche pas âge. Ou ils détaillait, c'est un collectif de pédiatres qui avait fait ca, ou ils détaillaient justement. Pour 3 à 6 mois y avait ça, puis on pouvait rajouter ca, puis les quantités à chaque fois de viande et de machin.

V : ouais sur les quantités ca allait mais parfois euh Ouais le kiwi on m'avait dit faut éviter quand ils sont tous petits parce que ca fait des risques d'allergies par la suite , donc pas de kiwi quoi

Rires

V : en rigolant : Après si on nous le dis pas on peut pas l'inventer quoi !

M-P : Dans le carnet de santé c'est bien fait le tableau la !

V : ouais ouais c'est bien fait !

M-P : Le kiwi je crois que c'est au 10è mois et encore j'ai vu une étude ou c'était pas sur.

V : Mais..

M-P : c'est pas conseillé si les parents ils sont allergiques à pleins de choses

V : Mais est-ce que c'est expliqué pourquoi 10 mois et pas avant ? est-ce que c'est juste à cause de la digestion ou est ce qu'il y a des risques autres.

M-P : Non mais c'est les molécules qui étaient dedans pouvaient euh .. ne pas être supportés.

Ju : Après c'est pareil on te dis tu peux pas les manger mais je jour où tu lui donne t'es seul à la maison ! si il fait une réaction allergique t'es mal mais tu le fais quand même hein ! Faut quand même un jour essayer ! Et t'es la bon

M-P : C'est comme les fraises c'est pareil, les fraises c'est aussi plus tard non ?

Ju : ouais enfin moi je trouve ca un peu ...

M : il y a la théorie et il y a la pratique ca c'est clair !

Ju : ouais on te dis tu peux y aller mais il y a quand même un risque d'allergie ! mmmMMmmm Mais t'es tout seul chez toi quand tu le fais quoi donc voilà .C'est comme les amandes et tout ça enfin.

Moi : et vous dans la constipation de l'enfant , en général, quels sont les aliments à favoriser qu'est-ce que vous savez qu'il faut donner pour vous si un enfant était constipé. Vous vous orienterez vers quels aliments ?

S et J et M : les pruneaux !

Rires

J : les légumes verts

Acquiescement de l'assemblée

J : tout ce qu'ils veulent pas manger quoi !

Rires

M : Eviter le chocolat, et les sodas et les choses qu'ils sont pas censés manger voila voila !

Ju : Le jus de pomme ?

M : après plus précisément ...

M-P : Après le jus de pomme c'est sucré et on le donne dans le cas des diarrhées la pomme.

Ju : ouais alors a ce qui parait pomme-coing aussi c'est plutôt pour l'inverse

M-P : Alors moi j'ai pas entendu que le jus de pomme ca faisait ...

V : Ha non non moi c'est ...

S : Le VRAI jus de pomme, le truc un peu artisanal

V : Du jus de pomme maison quoi, il faut pas en abuser !

S : Mmm ouais c'est ca

M P : Moi je préfère pas donner de sodas même sans constipation

S : ouais surtout chez des enfants !

M-P : Déjà il faut pas qu'ils prennent l'habitude d'un liquide aromatisé

S : ouais c'est clair ! Mmmm

M-P : Donc tant qu'à faire ...

Ju : après si c'est une fois ?!... Ça dépend si c'est des constipés chroniques ou ...

M-P : mais même par principe, un enfant il devrait pas boire du soda

Ju : ouais non mais pour le jus de pomme même s'il est sucré et qu'il est constipé

M-P : ouais mais je sais pas si ca marche !!

Rires

V : T'en achète un qui est pas filtré, pas parsteurisé, tu le mets au frais, tu bois cul sec et tu verras

Rires

J : Non ça marche bien en général le jus de pomme.

Ju : Ha si c'est un truc sucré il le boit vite hein

M-P : mais est-ce que c'est les ingrédients qui sont dedans ou c'est parce qu'il prend plus de liquide qu'avec l'eau normal ?
haha ?

Suspense

J : en tout cas ca marche !

Rires

M-P : On peut essayer avec le jus de raisin je suis pas sur que ca marche

V : Ha si c'est raisin ca marche

J : en plus quand il a commencé, et que c'est difficile. Quand je lui donne une bouteille d'eau et je lui dis « tu la fini » (en montrant la bouteille devant elle) il la prend pas, je lui donne ca en jus de pomme il boit tout !

M-P : ouais c'est une question de liquide !

M : ouais il doit être un attrait pour le liquide

V : peut-être aussi le froid non ? enfin je parle chez les adultes, chez les enfants je sais pas si quand ils boivent quelque chose de trop froid rapidement ça va , ça donne quoi sur la digestion ?

M-P : C'est comme le coca pour la gastro. On dit que ça marche, mais finalement ça marche pas

V : c'est des idées reçues !

M-P : Je pense enfin je sais pas ! Qu'est-ce que t'en penses (en s'adressant à moi)

Moi : je suis pas tellement là pour donner mon avis

Rires

Moi : après voilà c'est clair, dans la constipation, il y a beaucoup d'aspects diététiques et hygiéno diététiques qui rentrent en compte, parce qu'on a parlé pour le moment quasiment que de ça ! Donc c'est trucs sur lesquels il faut se baser chez un enfant constipé. Après il y a d'autre chose..

Ju : SPORT !

Moi : voilà, hygiène, pas que diététique, qui peut aider.

Ju : bouger

Moi : vous savez si il y a d'autres choses qu'un enfant peut faire ou ce qui faut favoriser pour améliorer une constipation ?

M-P : Moi j'avais une question, peut-être pas en rapport avec ça, euhhhh (en s'adressant à tous les parents) est ce que vous achetez les petits pots ou est-ce que vous faites la cuisine vous-même ? Et est-ce que ça change quelque chose sur la constipation ?

Ju : Moi j'ai pas remarqué de différence, je fais les deux

M-P : c'est pareil ?

Ju : ouais

M : ouais pareil

J : Par contre moi j'ai vu une énorme différence entre ce que moi je lui donnais à manger et ce que ma belle-mère lui donnait a mangé !

Rires

J : il fait des cacacs c'est monstrueux hein !!

Moi : et c'est plus dans quel sens ?

J : Et bin quand il revient de chez mes beaux-parents il, pendant 3 jours il fait encore caca 3 fois par jour ! Et après ça se régule !

Rires

Ju : après je pense que c'est la quantité et le gras non ?

J : Je pense que c'est les bons produits du terroir ! Rire

M-P : c'est peut être ça, c'est peut-être trop industriel chez nous, peut-être qu'il faut avoir des légumes su jardin.

J : ouais

Tout le monde acquiesce

J : non mais c'est vrai

V : ouais c'est vrai parce que nous on lui faisait que des purées maison et même encore maintenant on essaye encore de faire le maximum nous-même quoi. Et peut-être que la fois ou il était un peu constipé c'était euhh peut être la fois ou on lui donnait peut être trop de souvent la même compote ou la même purée avec du riz ou ...

M-P : des petits pots ou vous faites maison ?

V : fait maison ouais, avec euh de la banane enfon voilà quoi on fait quoi ? Pomme banane, pomme pêche, on met souvent de la pomme. Et peut-être que plusieurs fois de suite on lui a donné de la banane et du riz et ça a peut être entraîné une constipation, peut être hein !!! Moi j'ai pas ...

M-P : ouais et un peu de chocolat

V : non le chocolat il n'a pas encore

S : Ca dépend des enfants non ? Il y en a qui en ayant la même alimentation pourront avoir des problèmes et d'autres pas

Moi : Mmmm ça c'est clair

M-P : Est-ce que vous mettez de l'huile dans votre alimentation ?

M : A partir d'un certain moi oui

S : oui

V : t'es obligé de toute façon

M-P : vous mettez une cuillère d'huile ?

Tout le monde dit oui

M : oui normalement et même quand ils sont plus grands il faut normalement

Ju : c'est bon pour le cerveau c'est bon pour tout ça

M : Ca dépend ce que je cuisine

M-P : Non mais dans la préparation il faut rajouter ...

S : j'en mets pas toujours moi

M-P : Parce que moi j'ai fais ça avec mes filles et elles étaient jamais constipés, alors est ce que c'est l'apport de matières grasses ?

M : nous il y a de fois il y a des semaines ou on oublie parce que c'était pas notre mode de cuisine avant de rajouter du gras, et du coup il y a pas eu de corrélation

M-P : de différence quoi

M : Et pourtant on change aussi de type d'huile donc je pense pas que ce soit

M P : c'est pas ça qui fait

M : je pense pas que c'est ça qui fait...

Ju : je pense qu'il y a des parents qui sont constipés et les enfants sont constipés. J'ai ma meilleure amie elle est constipés chronique, et son fils clairement ça va se diriger la dedans quoi

Moi : il est déjà constipé ?

Ju : Bin elle me dit de temps en temps ouais. Alors après au début il y a l'allaitement et il y a les selles rares. Moi je lui ai dit « fais attention c'est pas la même chose » mais euh ; la elle m'a dit ça commence out doucement ouais.

Moi : et il a quel âge ?

Ju : 3 mois

Moi : Et du coup tu sais si , ce qu'elle fait quand elle est constipé ?

Ju : pour le moment il est qu'au sein, elle lui masse un peu le ventre. Et ça je sais que la mienne, quand elle était grande préma par contre. C'était le début des selles donc c'était pas exactement pareil, c'était un bon massage du ventre je me suis dis ils vont (rire), ils vont lui écraser tout la dedans mais ça ça marche bien je trouve.

Moi : ouais donc tout ce qui est massage. Et on parlait aussi de l'activité physique avant qui

Ju : Moi j'étais allé chez le kiné, elle faisait des mouvements avec le bassin les jambes vers le ventre

Moi : toi ta fille elle a fait de la kiné pour ça ?

Ju : ouais elle était chez une kiné spéciale préma aussi

Moi : c'était pour le transit

Ju : Heu non mais euh au tout début quand elle était encore en couveuse là il y avait un problème, les selles ne venaient pas. Et bon elle était à 31 semaines. Donc il y avait tout un truc à faire et ça a mis bien une semaine à venir. Après elle a jamais été constipée depuis mais c'était le lancement des selles.

M : après c'est vrai que sur l'allaitement on entend un peu de tout, j'ai aussi une connaissance son bébé il faisait caca tous les 10 jours. Donc c'est vrai que quand elle en parlait, quand elle a demandé autour d'elle bin personne n'avait vécu la situation, et tout le monde était plutôt alarmant alors que ... C'est vrai qu'il était au sein mais c'était pas des selles tous les jours, et c'est resté comme ça jusqu'à diversification et maintenant il y a plus de problèmes. Après c'est vrai que quand tu en parles tu t'exposes à la pression de la société et de ce qu'on va te dire. C'est sûr que, et au jugement.

M-P : 10 jours c'est beaucoup non ?

M : oui 10 jours c'est beaucoup c'est clair c'est beaucoup par rapport à la définition mais ça a été son rythme de 0 à 4 mois.

Moi : Mais il y a des choses qui sont mal connues. C'est la (mime des guillemets) « constipation au seins » qui est pas une constipation. C'est des bébés qui sont allaités uniquement au sein, ils peuvent avoir des selles toutes les 2 semaines maximum.

Etonnement global

V : C'est des parents chanceux !

Rires

Moi : mais ça c'est très peu connu

M-P : eux ils économisent en couches !!!

Rires

Moi : c'est très très peu connu et les parents des petits comme ça, surtout quand c'est un premier, ils s'alarment. Parce que le caca de l'enfant ça reste quand même un état de bonne santé et voilà, c'est pas pour rien qu'à la sortie de la maternité on vous dit regardez la couleur du caca. Donc il y a des choses qui sont clairement pas connues et pas forcément toujours expliquées. Donc c'est aussi pour ça qu'on est la aujourd'hui, pour améliorer un peu la diffusion de tout ça.

Acquiescement de tout le monde

Ju : ouais je pense que quand on est maman et qu'on sort de la maternité on, quand c'est le premier en tout cas. C'est parfois un peu compliqué. Déjà parfois quand vous êtes à la maternité et que l'allaitement euh .. il y a personne qui est là pour vous , bin y a personne qui sait faire ça, ça s'apprend pas .. voilà, des petits conseils voilà. Ca dépend vraiment de qui est dans l'équipe, de qui est pro allaitement, ceux qui sont moins pro allaitement. Mais comme ça que ça se joue. Et après quand on rentre à la maison avec notre bébé on est la bon allé !

Rires

Ju : On va y arriver !! Petite pression quoi ... Parce qu'on a envie de bien faire et que voilà.

Acquiescement de tout le monde.

S : déjà moi, les premières selles à la maternité, je savais pas que c'était tout noir ! C'est des trucs dont on parle pas en faite ! Personne nous dit !! Du coup à l'infirmière je lui dit « non mais c'est quoi ce truc » ??

Rires

S : Et c'est la c'est ma mère qui m'a dit bin oui bin voilà , pour le deuxième je savais. Mais méconium c'est un mot que j'avais jamais entendu quoi !

Tout le monde est d'accord

S : Et puis c'est vrai que tout le changement de couleur, quand on passe au lit maternel ca a une couleur particulière, quand on commence à passer, parce que moi j'ai pas pu allaiter longtemps, je suis passé rapidement au lait en poudre bin ca rechange ; et puis après ... Il y a pleins d'étapes en fait dans les selles de l'enfant !

J : ouais et quand il y a le gras et les protéines et la ca commence à puer !

Rires

M : il faut être tout le temps vigilant !

Hochement de la tête de tout le monde

S : Et puis ça si on savait juste, et bin voilà quand il naît au début c'est comme ça parce que. Juste nous expliquer en faite. C'est tout bête mais si on le fait pas bin ... on est surpris.

Moi : du coup ce qu'on peut faire maintenant, j'ai plusieurs exemples de fiches conseils que j'ai trouvé dans différents, sur différents supports. On peut voir un petit peu ensemble, les commenter voir ce qui va, ce qui va pas. De voir comment une fiche conseil peut être utile à la maison, voir un petit peu comment l'orienter au mieux. En plus de ce qu'il y a dessus, ce qu'elle doit apporter, comment est-ce qu'on peut la coller sur le frigo et avoir vraiment les informations qui viennent sans être obligé de lire 3 pages par exemple. Alors j'en ai trouvé, c'est pas du tout sur la constipation, donc on a déjà celle-ci :

Passage fiche n°1 : Les 10 trucs faciles pour arriver en forme à l'école collège.

Moi : Donc c'est déjà chez les plus grands. Mais on peut voir un peu ce qui est bien sur cette fiche ce qui est pas bien, comment est-ce qu'on pourrait améliorer ça ?

Tout le monde : Ha les images, les images c'est important !

M : Non c'est vrai que les images c'est bien et la notion de 10, c'est quelque chose de simple et ça peu se relire, c'est rapide.

M-P : Les images c'est sympa

J : Ouais il y a pas TROP d'informations

Acquiescement de tout le monde

V à Moi : ouais mais ça dépend c'est à destination des parents c'est pas à destination des enfants, la fiche que tu veux faire ?

Moi : C'est à destination des parents oui

S : Et même enfin moi je trouve que même pour nous c'est agréable tu vois les images, plutôt que de devoir relire , la en un coup d'œil ...

V à S : oui oui la c'est sur qu'il y a une mise en forme sympa

M-P : Après ça , il faut que ça couvre toutes les catégories socio professionnelles quoi ...

Acquiescement de tout le monde

M-P : Il y a des gens qui vont trouver ça simple c'est sur que le mec qui à fait polytechnique.

Rires

M-P : Non mais voilà, c'est simple, c'est clair, c'est bien écrit c'est ...

Ju : Ils savent pas plus que les autres forcément quoi

M-P : Il y a pas de fautes déjà c'est bien, ouais non c'est clair ! En me regardant : Après si tu veux faire ça au niveau diététique c'est compliqué

J : Avec des cacas c'est sympa !

Rires

M : Ca dépend, les 10 aliments que tu peut manger par exemple !

Rires

Moi : bon on va pas faire une fiche juste avec des carottes ...

M-P en montrant la fiche n°1 : en tout ca pour ca c'est pas mal effectivement. Mais d'un point de vu diététique, je suis pas sur qu'on puisse faire exactement le même concept

M : ouais ...

Moi : Mais les images c'est quand même important ? Il faut qu'il y ai des images sinon ... ?

V : Oui oui !!!

Tout le monde fait oui de le tête

Moi : Parce qu'on peut discuter de celle la (en montrant le fiche n°2)

S : Oh pfff (en regardant la fiche)

Moi : donc la c'est les billes.

J : Oh la t'as pas envie de le lire quoi hein !

Moi : c'est les bille pour mieux aider son enfant a faire ses devoirs à la maison ! Donc c'est clairement à destination des parents, donc on a aussi pareil, 10 règles. Donc la je vous laisse regarder un petit peu, voir qu'est ce qui ...

Ju en montrant la fiche n°1: Après ca je trouve que finalement, ta fille elle a 3-4 ans tu peux discuter avec elle de ca !

Moi en réponse à Ju : oui c'est ca !!

Ju : Tu lui dis « regarde et tout » ...

M-P en réponse à Ju : ouais c'est vrai

V en réponse à Ju : ouais c'est vrai que finalement avec les images ...

Moi : parce que ce qui est important dans la constipation ; c'est les parents qui vont décider, comme de tout mais, l'enfant peut être propre acteur de son alimentation

V en faisant oui de la tête : mmmm

M-P : Tu mets sur une feuille que de l'hépar et que des haricots verts

Rires

M-P : Faut prendre ca ca et ca ! (en montrant les images de la fiche n°1)

Rires

M : Elle va vite être déchirée la feuille hein

Rires

Ju : après moi depuis qu'elle me voit au toilettes, ou qu'elle est au toilette, parfois quand tu parles de caca et tout ca, j'essai de pas de tabou. Je lui dis « tu sais Maeva, il y a tout le monde qui fait caca » « Maéva, chez tout le monde ca sent FORT ! » Et j'essai de lui dire qu'il y a pas de tabou par rapport à ca.

Acquiescement de tout le monde

Ju : Parce qu'en faite j'ai peur qu'elle fasse pas a l'école aussi, du coup j'essaie de lui dire « bin non c'est normal pour tout le monde hein », j'essaie de faire ca aussi.

M-P : Oui c'est bien !

Moi : Donc l'éducation de l'enfant rentre aussi en ligne, en lui expliquant quoi !

Ju : Bin ouai ! Après il y a d'autres choses, je veux dire euh elle m'a déjà vu avec euh, (regarde les deux hommes de l'assemblée) bon désolé les garçons, mais avec mes règles et je lui ai tout de suite dit, non c'est normal Maéva, c'est quelque chose que tu peux voir, c'est comme ca que les mamans elles font des enfants, enfin voilà, je lui explique depuis toujours qu'il y a pas de tabou quoi ! Parce que moi je pense que j'ai eu du mal avec ca à l'école !

Moi à Ju : C'était difficile pour toi ?

Ju : Bin ouais je pense, t'y va pas comme ca quoi hein !!!

Acquiescement de tout le monde

J : Bin oui même aujourd'hui quand t'as des toilettes qui sont pas fermés euh t'as pas envie d'aller faire caca quoi !!

Rires

J à Moi : Ce que je te disais aussi c'est que moi j'avais interdit à mon mari de dire à Antoine « le caca c'est beurk », c'est ca, je lui ai toujours interdit

Ju : bin oui aussi ca quoi

Moi en regardant M-P, qui regarde la fiche n°2 : Du coup toi M-P qu'est ce que tu penses de cette jolie fiche ?

M-P : Bin moi ce que je disais c'est qu'il faut mettre des mots, deux moi quoi tu vois, pour exprimer les idées. La il y a trop de texte !

S : Oui c'est trop long

Ju : oui et puis l'écriture elle est ...

M-P : ouais après si c'est en couleur, si tu le fais en couleur ca peut être mieux, enfin je sais pas.

Moi : Du coup il faut qu'il y ai de la couleur aussi ?

M-P : Ouais mais il y a trop de texte la ! par exemple pour le bruit , la t'aurais juste pu mettre arrêter la télévision ou éteindre la télévision

S : Bin ouais quoi !

M-P : oui une télévision barrée avec éteindre la Tv.

J : ouais la y a pas d'images la !

S : oui il y a pas d'images !

M : Oui il faut des idées clés, pas forcément ...

M-P : oui des idées, pas de phrases quoi

M : oui pas de phrases quoi !

M-P : juste des mots clés.

J : Ca c'est typiquement le genre de truc que tu lis une fois et que tu vas pas relire.

M (en faisant oui de la tête) : mmmm

J : alors que l'autre (en désignant la fiche n°1) , tu peux la regarder plusieurs fois

Moi (en acquiescent) : mm mm

M-P : bon ca on pet le mettre dans le carnet de santé quoi

Rires

M : Ha allé les premiers paragraphes

Rires

Ju : Ouais ouais la tu vois on a pas tout lu la je pense (en montrant la fiche n°2)

S : L'autre on avait tout lu

Moi : MMMmmm oui c'est ca.

J : En fait tu lis la dernière

Ju : oui ca aussi !! J'ai lu ...

J : Tu lis la dernière

Ju : j'ai lu le dernier en gras.

Moi (en montrant la fiche n°3) : on en a une autre ici, pareil, avec des images, avec un enfant au centre. Donc c'est les enfants et les écrans. Ca c'est celle-ci (en montrant la fiche n°3).

Tout le monde regarde la fiche.

M : Bin la il y a des images mais en fait, elle est pas forcément utilisée l'image

S : non

M : il y a les éléments, posés, et il y a l'enfant au milieu quoi. Donc on sait que ca s'adresse à l'enfant quoi mais ...

S : ouais non c'est aussi pour les parents. (En lisant la fiche n°3) : retard de développement psychomoteur, suis pas sur que l'enfant ca lui parle beaucoup (en rigolant)

M : non non non, effectivement

M-P : c'est pas mal, il y a tout dessus hein. Après les gens ils savent quand même lire deux mots hein, on peut pas mettre moins que ca je ne pense pas

Tout le monde acquiesce

M-P : il a des choses en gras, il y a des noms, c'est pas mal. Après heu Non si c'est des mots simple, c'est pas trop compliqué

S : Ca dépend pour quels niveaux

M : ouais quand même

S : développement psychomoteur chez moi à l'école ou je travail ils

M : je sais pas si ils seront sensibles aux message que tu veux faire passer parce qu'il y a des choses que certains ne comprendront pas quoi..

S fait oui de le tête

M : enfin par rapport à la personne qui a rédigé heu

S : Le graphisme, la lecture ...

M-P : on va reprendre (en lisant la fiche n°3) ; troubles visuels, les gens ils savent ce que ca veut dire non ?

M à M-P : oui !

M-P : retard du langage ?

Tout le monde fait oui de le tête

M-P : Difficultés de graphisme ?

M : Graphisme c'est déjà ...

S : oui graphisme

M-P : oui ça peut être pas d'accord ...

V : Mais déjà quand on lit le tire déjà on sait pas encore qu'on va parler des risques ; le mot risque il est écrit en tout petit par rapport au reste .

M (en faisant oui de la tête) : mmmmm

J : Mais c'est quasiment que des risques c'est pas trop la nature quoi, c'est que des risques

V : oui, oui d'accord mais heu

M-P : Non c'est les conséquences que l'enfant peut avoir ouais sur

Ju : Les écrans ouais

M-P : sur les écrans

M : Il y a le développement, le retard de ...

M-P en lisant la fiche n° 3 : dépendance psychique, je pense que les gens ils savent ce que c'est non ?

M : (hoche la tête) mmmmm

Ju : Bin non, pas dans tous les milieux

M : Une dépendance je sais pas si

S : bin non, malheureusement.

M-P en lisant la fiche n°3 : faiblesse des apprentissages ils savent ce que c'est non ?

M rigole

Puis tout le monde rit.

M-P en lisant : inattention, difficultés attentionnelles, heu ...

M : oui il y a l'inattention ...

M-P : je suis peut être pas assez impartial

Moi : Donc il faut que ce soit des mots simples ? Pas uniquement dans ce cas la mais de manière générale, il faut quand même que ce soit des mots assez simples.

S : Ha oui !! oui oui !!!

M : Et puis même si ils comprennent le sens, enfin est ce qu'ils comprennent ce que ça représente en fait ?

M-P : oui c'est pas concret quoi

M en regardant M-P : oui voilà voilà !!! Exactement !! C'est ce que je voulais dire ouais !

M-P : A la place de mettre trouble du graphisme ils auraient du mettre problèmes à l'écriture.

M : ouais ! C'est plus simple dans la campagne d'écrans pour les enfants de montrer la différence des dessins des enfants qui ont été exposés aux écrans et ceux qui n'ont pas été exposés quoi ! C'est clair que c'est plus parlant !

M-P fait oui de la tête

M : enfin je sais pas je trouve que , mais il y a beaucoup d'idées la dessus d'un autre cote (en montrant la fiche n°3)

Moi : En montrant la fiche n°4 , la on en a une autre, qui reprend la varicelle. (En regardant S) Ça doit être a peut près la même que la roséole.

S : c'est ça ouais ! C'est celle la que j'avais eu pour la roséole ouais !

Passage de la fiche n°4

Moi : Donc la on a un peu des deux, du texte et des images

S : bon la moi j'avais pris le temps parce que ça m'intéressait quoi

J : Mmmmm (en faisant oui de la tête)

M : Et des couleurs aussi parce que

Moi : oui la je les ai en noir et blanc mais en vrai elles sont en couleur.

V en regardant S : C'était la même que pour toi celle la ?

S : pour la roséole ouais, c'était aussi un petit bonhomme au milieu avec des taches et puis

M en regardant S : Et finalement ce que t'as retenu c'était le petit bonhomme ou ...

S en réponse à M : Non non les infos, mais après il y avait des choses que je savais et d'autres pas.

M : d'accord

S : Par exemple la durée de la fièvre, des petites choses comme ça. (Pause de quelques secondes) ; le fait que par exemple on pouvait rien faire. Tu vois il y avait rien à faire à part attendre que ça passe. Même s'il me lavait déjà dit, le relire ça ...

J'avais bien ...

Moi à S : donc tu l'as utilisé ?

S : ouais mais en faite c'était pas sur que ce soit ca à la base quand j'y suis allée parce qu'il y avait pas encore d'éruption.

M : en acquiesçant ; mmm

S : Il m'avait dit « voilà ca fait plusieurs jours de fièvre, ca peut être ca » suite aux photos que j'avais envoyé il m'avait envoyé ca.

M-P : Après honnêtement, moi je l'utilise presque tous les jours cette fiche quand j'ai des cas de pédiatrie.

M à M-P : oui !

M-P : on peut pas faire moins,

V : MmMMMmm oui moi je trouve que c'est pas mal.

M-P : Après c'est plutôt destiné aux médecins, pas trop aux patients.

J à M-P : Celle la ? (en montrant la fiche n°4)

M-P : ouais

Ju à M-P : Ha ouais ?

M-P : je trouve ouais .

M à M-P : Pourquoi ?

M-P : Parce que les gens n'ont pas besoin de savoir euh, euhhhh, ne pas confondre avec tu vois ... les gens il savent pas ce que c'est une maladie de Gianotti-Crosti !!! Tu vois ?

Rires

M-P : Même moi je sais pas ! Et les complications ils savent pas ce que ça veut dire, facteurs de risque ... et encore. Les éruptions vésiculeuses, ils détaillent toute la , tout ce qui est histologie et tout ca ... Et après le traitement, Aciclovir, ils savent pas c que ca veut dire, ils savent pas ce que c'est ! Tu vois je trouve que c'est plutôt destiné aux médecins, pas aux patients.

Moi à M-P : C'est pas assez simple ?

M-P : Parce que les seules informations qui les rendent contente c'est durée d'incubation voilà 15 jours, et encore s'ils savent ce que ca veut dire incubation !

J : Oui enfin tout le monde n'est pas neuneu !

Rires

M-P : ouais mais la dans roséole c'est marquée, durée d'incubation, évolution une semaine, traitement aucuns. La d'accord !! Tu vois tu fais ca en 3 lignes, mais après tout ce qui est autour, enfin ...

Moi : Donc la c'est trop compliqué ? (En montrant la fiche n°4) ?

S à M-P : Ouais mais dans la roséole tu vois il y avait moins de choses parce qu'il n'y avait pas ...

M : Elle est moins compliquée

S : Elle est plus simple !

M-P : Oui elle est plus simple parce que c'est une maladie virale, euhhh un peu comme la varicelle, mais c'est ...

S : Il y a pas d'éviction, il y a pas ... les risques sont ...

M-P : Il y a moins de choses oui il y a moins de choses !!! voilà , après elle est très bien pour les médecins (en montrant la fiche n°4)

Moi : Donc celle ci serait plus orientée pour les médecins selon vous ?

J : Non il y a pleins de dessins !

Ju : Non je ne trouve pas

Moi : pas forcément du coup ?

S : En complément d'une consultation je pense que ..

M-P : Est ce que tu as compris tout ce qu'il y avait noté la (en montrant la fiche n°4)

S : Bin la j'ai pas tout lu

M-P : Bin tient tu peux la relire

Ju : Il y a quand même marqué immunoglobulines !!!

M-P : immunoglobulines les gens ils savent pas ce que c'est !

Ju : ouais c'est un peu abusé quoi !!

M : Ca peut être après, il y a un traitement ca veut dire

V : non mais il y a des informations qui sont euh

M-P : oui mais c'est ce que j'ai dis

V : oui en tout cas qui sont importantes pour moi quoi !

M-P : Incubation , Evolution , Traitement !!

V : oui voilà effectivement !!

M-P : oui il pourrait juste y avoir ca, c'est vrai que le schéma il est ...

S : Il y a le schéma

M-P : oui enfin en plus la varicelle elle est pas toujours comme ca, on voit pas exactement les lésions en relief.

Rires

Ju : J'ai retenu ca ! Mon médecin il m'avait dit ca !

M-P : Il y a pleins de choses qui peut changer, donc le dessin il est pas stricto sensus comme dans la réalité

Tout le monde dit oui oui !

M : Et après il y a des choses qu'il y a pas ! Au quotidien la varicelle en tant que parent, de savoir que pour diminuer le grattage tu le lave avec un savon gynéco, c'est pas écrit dessus et finalement ca pourrait servir tous les jours aux parents, ou d'éviter de mettre du talc ou des truc comme ca ...

M-P : C'est vrai c'est vrai !!!

M : On pourrait rajouter ca, éventuellement, si c'était à destination des parents !

M-P : après les enfants qui ont la varicelle, ils vont souvent chez le médecin

M : Mmmm (en faisant oui de la tête)

M-P : C'est aussi au médecin de donner les conseils.

M : Biensur

M : Ouais c'est vrai qu'ils consultent vachement pour une varicelle quand même !

M-P : Parce qu'il faut le noter dans le carnet de santé (en chuchotant)

S : oui parce qu'il faut un papier pour les jours enfant malade

M : Ouais !!

Rires

S : Moi c'est souvent pour ca que je vais chez le pédiatre hein

M-P : Non mais par exemple si t'es en vacances, t'y vas pas forcément si la varicelle tu, euhhh, les enfants seraient pas obligés d'aller chez le médecin.

S à M-P : Oui ! Non mais moi je vais souvent chez le médecin pour avoir mon papier, parce que je dois le garder , je peux pas .. Je sais très bien ce qu'il a hein !!

M : Oui parce que les crèches elles abusent un peu

M-P : Oui biensur biensur !!!

J : Ouais mais après tu te retrouve avec des adultes, tu sais pas s'ils ont eu la varicelle ou pas parce qu'il y a rien d'écrit !

Rires

M-P : C'est vrai !!!!

S : C'est un peu compliqué en effet

M-P : Non mais même moi des fois il y a des trucs que je comprend pas

Ju : Après ce qu'on ne sait pas assez avec la varicelle, c'est qu'il faut pas prendre d'Advil

Oui de tout le monde

J : ouais ca c'est le médecin

S : ouais c'est le médecin qui te dis ca

Ju : Et encore si il pense à te le dire

M : Si il y pense ouais

Ju : Parce que toi, quand t'es dans la phase d'incubation, il a pas encore ses boutons hein ! Et il te tape un fièvre à 39-40°C et t'arrive pas à la faire baisser ! Qu'est ce que tu fais, tu sais pas encore si c'est la varicelle !

S : Moi on m'a toujours déconseillé l'Advil, tant qu'on savait pas ce qu'il y avait

Ju fait oui de la tête

M-P : C'est pour ce qu'il faut jamais d'AINS chez les enfants

S : ouais

Ju : Quoi ?

M : Ouais enfin des fois ca aide hein

Ju et J acquiescent

M : ouais des fois ca aide, parce que quand il était à 40°C toute la journée et que ca baisse que à 39 mais s'il est quand même encore grongonou ; et que tu lui donne un coup d'Advil parce que effectivement t'es médecin et que t'es rassuré et blablalal ..

S : oui oui oui !

M-P : oui non mais une fois ouais je pense que ca pose pas de problèmes

M : Et qu'il descend à 37 et qu'enfin il s'endorme. Haaaaa (en ayant un air soulagé)

M-P : Mais il faut pas que ce soit systématique, et il faut dire aux gens euh , donnez pas d'Advil !

M : oui oui

S : oui, c'est vraiment dans les cas ou ...

M-P : Moi mes enfants quand ils avaient de la fièvre à 39-40 , elles étaient en couches culottes hein

M : oui oui

M-P : Et il y a plein d'enfants qui arrivent emmitoufflés ou qui ont encore 35 couches heu ...

M : oui la je suis d'accord, je suis d'accord ! Donc il y a des choses à faire avant d'arrive à ... C'est clair !

M-P : Et moi après ce que j'avais lu c'est que si l'enfant tolère , même si il est encore à 39 après le Doliprane, après c'est une surveillance, c'est une hydratation hein !

M : Ha c'est sur !

M-P : Les enfants qui finissent aux urgence c'est à défaut de surveillance, à défaut d'hydratation ! On voit pas trop des fièvres hyperthermiques avec des convulsions, c'est assez rare hein !

M : Ouais c'est pas la majorité

M-P : Après Advil, Varicelle, compliquer les choses. Otites on peut compliquer, pneumopathie on peut compliquer, Angine on peut compliquer.

Ju : Tout ce qui est bactérien !

M-P : Et VIRAL !!

Ju : Et viral ok !

M-P : Moi les médecins qui font ca, ca m'énerve

Rires

M-P : je suis assez contre les anti inflammatoires chez les enfants

Rires

M : Labo advil si tu nous entends !!

Rires

Moi : On en a une autre la (en montrant la fiche n°5) , donc c'est les conseils pour protéger les enfants sur internet, donc ca se rapporte surtout de nouveaux aux écrans. Donc on a du texte, on a des choses en gras, on a des choses qui apparaissent donc voilà je vous laisse faire un petit tour d'horizon et voir ce que vous en pensez !

S : Ca on lit une fois en faite, après ca dépend de la fiche conseil. Est ce que c'est une fiche conseil qu'on a besoin au quotidien, pour lire et relire. C'est pas pareil qu'une fiche (en montrant la fiche n°5) Voilà ... Qu'un truc qu'on a besoin de lire qu'une fois en faite.

Moi : Alors dans la constipation de l'enfant parce que moi c'est mon objectif à la fin ce sera uniquement dans la constipation, est ce que les parents veulent une fiche, vous en tant que parents si votre enfant était constipé, euh, est ce que vous voudriez une fiche que vous lisez une fois et basta ou une fiche qu'on peut coller sur le frigo et boummm il est de nouveau constipé qu'est ce qu'on fait

S : Plutôt la deuxième !! Ouais ouais

M-P acquiesce

Moi : Plutôt la deuxième, quelque chose à utiliser régulièrement, en cas de ..

S : oui un outil quoi ! un vrai outil !!

M : Sous quelle forme, genre sous la forme d'un arbre et euh voilà il est dans cette situation cette situation, j'ai fais ca , ca, ca .

S : ouais , ou plutôt un truc qui soit juste lisible ou savoir quoi faire.

Moi : Pas un truc comme la (en montrant le fiche n°5) ou il faut lire .

M-P : Il faut qu'il y ai tout sur la même fiche pour les enfants en bas âge et les enfants ...

M-P : Moi je verrais bien un truc comme la première la qu'on avait vu (en parlant de la fiche n°1)

Ju : ouais la première était pas mal !

M-P : Ouais peut être pas avec un bonhomme, mais je sais pas ...

Moi en ressortant la fiche n°1 : Donc plutôt comme celle-ci, c'est celle-ci qui.... Après j'en ai une autre la en couleur (montrant la fiche n°6), la c'est que faire en cas de fièvre chez l'enfant. C'es recto verso.

S : Pas de quadrillage déjà !!!

Rires

M-P en remontrant la fiche n°1 : tu sais ce que je mettrai moi sur un truc comme ca ? (en s'adressant à moi) ; je mettrait une photo je sais pas de constipation avec des espèces de ballons la, en mettant les légumes en photo ou les haricots, l'eau, l'exercice physique quoi ... Je ferais plutôt comme ca. En image avec juste un mot en dessous ...

Moi : D'accord, donc vraiment des images comme, orienté, peu de texte

S : C'est quoi mettre avant les médicaments quoi, avant d'avoir besoin de consulter. Et qu'on consulte seulement une fois qu'on a tout essayé.

Moi : oui c'est ca !

S : Et peut être ...

J : Elle est bien celle la !! (En montrant la fiche n°6)

M : ouais le format est sympa !

J : ouais !

M : Ca loge dans le carnet de santé à peu près

M-P : En montrant la fiche n°5, ca c'est trop !!! Les gens ils le lisent et demain ou même 5 minutes après ils savent plus !

Moi : oui c'est vrai il y a trop !

J en regardant la fiche n°5 : oui non mais on s'en fou des chiffres !

Moi : on s'en fous les chiffres, on est d'accord

Rires

S : Sauf peut être euh réexpliquer au bout de combien de temps on doit s'inquiéter, s'il y a pas eu de selles.

J : oui mais les pourcentages ??? En regardant S

S : oui oui oui !!!

Moi : Donc remettre, la définition d'une constipation c'est important !

S : oui et mettre aussi, si vous avez essayé tout ca, mais si vous observer ca, Mettre aussi les points importants ou quand même il faut consulter.

M-P en montrant la fiche n°6 : Elle est parfaite cette fiche !!

J : Elle est bien hein !! Mais il faut quand même dans la constipation faut quand même différencier en fonction des âges

Moi : ouais donc ca c'est quelque chose d'important aussi ? De mettre en fonction de l'âge ce qu'on peut faire ou pas ?

Acquiescement de tout le monde

Moi : En fonction de l'âge, est ce que si on différencie avant la diversification et après la diversification ou est ce qu'il faut aller plus loin en fonction de l'âge euh, est ce qu'il est uniquement allaité est ce que il pend des biberons artificiels. Est ce qu'il faut aller plus loin ou faire uniquement en fonction de l'âge ?

S : Je sais pas quelle est la différence dans ce cas la ? Un enfant allaité à moins de selles qu'un enfant au biberon artificiel ?

Moi : oui

S : D'accord, oui ca c'est bien de l'écrire quelque part surtout pour une personne qui changerait, qui passerait du sein au lait artificiel.

J : C'est qu'au sein, tu peux pas être constipé quoi ? C'est au sein ils ne sont jamais constipés ?

Moi : Si, ils peuvent être constipés

J : Ha ouais ?

Moi : en acquiescent mmmm, ils peuvent être constipés

J : Alors tu fais quoi ?

Moi : Qu'est ce que tu ferais ?

Ju : Tu rajoutes de l'eau en bibi ?

Moi : Tu peux ! Et surtout c'est la maman, qui doit changer son alimentation

J : Arrête !! Je ne savais pas ca !

M : tu coup ce serait peut être 3 fiches différentes ? Pour les différentes situations ?

J : Ouais après du coup au sein, les mesures s'appliquent à la maman !

Rires

Moi : Et expliquer ce que c'est ? Et après est ce que ce serait intéressant de faire une face l'enfant allaité, maternel ou allaitement artificiel ou même un allaitement mixte ? Et de l'autre côté les enfants diversifiés ?

J : Ouais !!!!

Moi : est ce que ca ca peut être attractif, enfin, on peut l'utiliser du coup sur plus longtemps

J : ouais parce que tu la retournes en faite !

M-P : Parce que la constipation chez les enfants exclusivement allaités c'est moins facile à gérer, parce qu'on à pas l'aide de tous les légumes et tout le tralala. On ne parle pas des massages, on est un peu vite euhhh....

Moi : d'accord

M-P (en montrant la fiche n°6) : Elle est très bien cette fiche mais il y a des choses qui ne sont pas assez en valeurs

Moi à M-P : Quoi ?

M-P : Je te parle de la fiche de la fièvre.

J : C'est pas mal hein (en montrant la fiche n°6)

M-P : Mais après la température je pense que personne n'avait vu le 38 la ?

Acquiescement.

M : Effectivement la température la

M-P : Après c'est juste ça (en montrant la température) qu'il faut mettre en gras, en plus gros , c'est la mesure de la température.

Moi : c'est pas assez tape à l'œil

M-P : Tu vois le texte la par exemple tu vois on s'en fou si, je découvre mon petit, je trouve que c'est moins important que je mesure la température. Tu vois il faudrait mettre des trucs en plus gros sur la température

M : une face qui attire quoi

Moi : Il faut que ça tape à l'œil quoi ?

Tout le monde fait oui de la tête.

M : C'est vrai que moi j'avais même pas vu le 38 (en rigolant)

M-P : Après tu vois je sais par parce que si ils le colle au frigo ils voient plus ça tu vois ? (en montrant le verso de la fiche n° 6)

Moi : Si on part sur une fiche de constipation, en fonction de l'âge, on aura pas besoin de regarder les deux faces en même temps

M-P : Non non !

S : Et si on a deux enfants ? (En rigolant)

J : Tu auras droit à 2 fiches

M : Mais c'est vrai que nous la fiche de diversification elle est restée sur le frigo !

Ju : Après est ce que tu fais une fiche ou deux fiches ?

M-P : Après moi je ferais 2 fiches hein !

Moi : L'objectif c'est de faire une seule fiche conseil

Ju : Mais t'as des conseils d'hygiène et de conseils constipation ?

Moi : Alors les conseils ils naissent de ces réunions, c'est l'objectif, de voir ce qu'attendent les parents. Alors pour toi (en m'adressant à Ju) , c'est quoi la différence entre les conseils hygiène et les conseils constipation ?

Ju : Bin après moi je fais attention tous les jours au quotidien qu'elles aient des légumes et des fruits. Et moi même j'en mange beaucoup !

M-P : après tu pense pas à la constipation quand tu fais ça ! Tu penses bien être, vitamines, ...

Ju : oui je pense vitamines, mais aussi transit quand même

M-P : Ha d'accord, moi j'y pensais pas, je pensais je donne des légumes un repas équilibré quoi

Ju : Parce que si j'ai un repas, par exemple des carbonara ou des pâtes jambon derrière je leur mets une compote, c'est systématique

Moi à Ju : C'est en vu d'un bon transit ?

Ju : C'est un tout, vitamines et transit

Moi : Et la du coup chez un enfant constipé, qu'est ce qu'il faut faire à la maison selon vous ?

Ju : Il faut regarder depuis combien de temps il est constipé, regardes les selles, déjà s'il en a euh, les douleurs.

Moi : Et si on part du principe qu'il est constipé. C'est en enfant constipé ; ça fait une semaine qu'il est pas allé à la selles, il est pas très ballonné, il pleure pas, qu'est ce que tu fais pour améliorer son transit ?

Ju : Je repartirais sur tout ce qu'on a dit avant !

Moi : Donc sur tous les conseils alimentaires ?

Ju : oui !

Moi : Bin c'est l'objectif de cette fiche

Ju : Mais du coup à la fin de ta fiche il faudrait pas que tu mette, au quotidien il faudrait un apport de Parce que c'est pas que quand il y a la constipation qu'il faut s'en inquiéter quoi !

Moi : Oui !

Ju : Parce que je pense qu'il y en a qui font attention que quand ils sont constipés je pense

Moi : Oui !

Ju : Enfin je sais pas c'est une idée

Moi : Oui ! toutes les idées sont bonnes

M-P : il faut que ça tienne sur un recto c'est ça ?

Moi : Non c'est moi qui décide

M-P : Moi je mettrais pas grand chose sur la constipation en cas d'allaitement ou de ... Parce que je trouve qu'il y a pas grand chose à mettre à part mettre de l'Hépar tu vois tu peux mettre ça en une ligne, une icône

Moi : Mmmm (en faisant oui de la tête)

M-P : Après la constipation est beaucoup plus complexe quand l'enfant est diversifié, il y a beaucoup plus de choses à mettre ! Le bébé il va pas faire l'exercice physique, il va pas manger plus de légumes. Donc moi l'allaitement je mettrais juste : mettez de l'hépar et faites attention aux doses de lait en poudre que vous mettez, voilà

S à Moi : Et quand on dit exercice physique concrètement c'est quoi ?

Moi : Une activité physique, n'importe laquelle ; un enfant qui joue dehors qui court, c'est aussi de l'activité physique

M-P : oui c'est pas forcément du sport

S : oui c'est ça que je voulais savoir

Moi : L'inactivité c'est les enfants sur le canapé qui ne bougent pas

S : Je ne connais pas ça

M : C'est déjà les plus grands effectivement

S : Oui non mais voilà un enfant à l'école il court il bouge. Un enfant qui est scolarisé il fera forcément au mois sur le plan scolaire de l'activité physique entre guillemet.

Moi : Après si on reparle des enfants qui ne sont pas encore diversifiés, sur la fiche conseil, l'objectif c'est de rassurer et d'être une aide pour les parents. C'est pas de régler forcément la constipation en elle même. Est ce que les parents qui allaitent ou donnent le biberon ça pourraient les rassurer quand au transit des enfants. De mettre le nombre, à partir de quand il faut s'inquiéter chez les tout petits, même si on peut pas non plus faire bouger des montagnes chez des tout petits comme ça mais ...

M-P : Moi je suis pas sur

S : Non parce que ce qui rassure c'est quand ça vient finalement

Rires

S : Mais c'est bien d'avoir des conseils !

M-P : ouais mais franchement il y a des patients ils viennent au bout de 30 secondes chez le médecin. Mais c'est le tempérament de chacun. Et d'avoir une fiche ça rassure pas du tout puisque finalement ça te dit pas appeler le médecin ou qu'est ce qu'il faut que tu fasse tu vois ?

S : Bin c'est peut être bien de marquer au bout de combien de temps il faut consulter quoi

J : A partir de quand tu t'inquiète !

Ju à Moi : Est ce que c'est une fiche conseil que tu donnes comme ça ou que tu donnes avec explications ?

Moi : Alors l'objectif c'est de la donner aux parents quand les enfants viennent pour une constipation.

Ju : D'accord donc toi tu accompagnes après la fiche

Moi : oui

Ju : Tu ne leur donne pas et ils partent avec

Moi : Oui c'est pas juste, un flyer. C'est donné avec des explications. C'est pour appuyer les explications qu'on donne souvent à l'oral. Je trouve que n'importe qui, médecin pas médecin peut importe. On va chez le médecin pour quoi que ce soit, il va nous dire des choses et tout ne reste pas. On n'entend pas tout. Parce que voilà il y a beaucoup de choses qui sont dites sur un laps de temps très court et je trouve que c'est important et ça peut aider, surtout chez des parents qui ont besoin d'être rassurés, qui sont parfois un peu démunis. La constipation de l'enfant c'est super fréquent. Et je pense que c'est important qu'en plus d'avoir eu des conseils à l'oral ; d'avoir quelques chose à quoi se référer quand d'un coup : « QU'EST CE QU'IL AVAIT DIT ??? ».

Acquiescement de tout de monde

C'est l'objectif ce tout ça, de ne pas laisser des parents tous seuls qui à la fin d'une consultation auront l'impression d'avoir compris mais pas forcément tout exactement. Et il y a une partie qu'on oublie aussi à force.

Si on avait consulté il y a 6 mois pour une constipation on va pas forcément se souvenir de ce qui avait été dit. Donc l'objectif c'est vraiment d'aider ces parents là.

J : Surtout qu'en vrai quand tu vas chez le médecin avec ton enfant, tu t'occupes de TON enfant ; t'écoutes pas !!!

Rires

Ju : en mimant « non touche pas à ça, non touche pas à ça ... »

Moi : C'est ça aussi ! Et l'objectif c'est vraiment de pouvoir avoir ce rappel à la maison pour ne pas être démuni. Avoir quelque chose sur quoi s'appuyer quand l'enfant est constipé ; et essayer d'aider sans forcément reconsulter. Et si il y a besoin et si les parents sentent qu'il faut consulter , parce que c'est pas non plus pour empêcher une consultation , mais c'est pour rassurer et savoir quoi faire à la maison.

M-P : Je crois qu'il faut déjà mettre la définition déjà.

M : Les aliments aussi

M-P : Après il y a juste sur les allaitement exclusifs la ..

Ju : ouais ca c'est quelque chose qui est pas assez connu !!!

M-P : et les massages ...

Moi : Alors la ; on va mettre des règles hygiéno diététiques, mais est ce que ca peut rassurer des parents ; dans l'allaitement d'avoir des conseils d'hygiène chez des tout petits, ou est ce que non ce sera de toute façon pas assez rassurant et il faudra qu'ils consultent parce que c'est la qu'ils seront rassurés ?

M-P : je trouve qu'il y a pas grand chose à détailler pour les tous petits.

Moi : Daccord mais est ce que ca peut rassurer des parents chez des nourrisson qui ne sont pas diversifiés d'avoir des conseil ?

M-P : Bin tu met juste la définition ! Comme ca ils savent si ils sont dans les clous ou pas

V acquiesce

M-P : Comme ca il se dit a bin non il est pas constipé !

S : Ouais c'est surtout ca !!

M-P : Et le stress des parents il sera moins transféré à l'enfant

Moi : Daccord

M-P : Ouais tu vois c'est comme la (en montrant la fiche n°6) ; la le 38° personne l'a vu ! Bin il y a des gens ils viennent en consultation « il est à 37,5 il a de la fièvre » et bin voile !! Ils seraient pas venus si ils avaient vu le 38 ne beaucoup plus gros ! Tu vois elle est la définition, elle est la mais elle est pas assez visible !!

Moi : Donc la définition doit apparaître !

Tout le monde dit oui !

S : Moi personnellement j'ai été surprise par le délai, c'est combien déjà

Moi : C'est 2 fois par semaine chez les plus de 4 ans, 3 fois par semaine chez les moins de 4 ans

S : Ouais c'est ca c'est une fois tous les 3-4 jours quoi !

Moi : Donc la définition est importante à mettre

J : Moi je trouve que les bébés allaités c'est important

Ju : OUAIS !!

J : Parce que c'est pas une info qu'on nous donne !

Ju : non !

J : A la sortie de la mat on nous dit pas quoi !

V : Ouais mais le problème c'est qu'il l'auront pas encore (en parlant de la fiche) la première fois qu'il seront constipés

M : Après ils viennent régulièrement entre 0 et 6 mois, tu peux facilement poser la question en consultation

Tout le monde acquiesce

M : ou voir le donner à la maternité effectivement

Moi : C'est une fiche qui après peut être mise dans des services d'urgences, chez des généralistes, chez des pédiatres. Pour appuyer un petit peu et qu'on puisse en parler chez les enfants allaités avant qu'il y a une constipation.

Acquiescement de tout le monde

M-P : après il faut bien dire qu'ils peuvent attendre ; parce que la définition c'est 3 selles par semaine ?

Moi : chez les moins de 4 ans

M-P : mais si l'enfant il fait juste pendant 3 jours par et finalement si il fait le lendemain il a déjà consulté le jeudi matin tu vois

Moi : Mmmmm

M-P : Il faut qu'ils attendent, que si ca persiste au delà de 1 semaine, 15 jours, que si ils ont mois de 3 selles par semaine, vous consultez. Il faut les rassurer dans un laps de temps euh Parce que si on donne que la définition au bout de 4 jours ils sont au cabinet

Rires

Moi : Mais l'objectif c'est pas qu'il y ai que la définition, l'objectif c'est des conseils.

M-P : Oui bien sur ! Mais tu vois si tu donnes la définition et que tu dis mais si ca persiste pendant 15 jours ; tu vois ils seront rassurés.

Moi : Donc il faut mettre à partir de quand il faut consulter aussi ?

Rires

M : 15 jours, il va perforer

Rires

Ju : mais si il y a des gaz, finalement ils sont pas constipés quand il y a des gaz ?

J : Bin si il y a pas de gaz ils sont en occlusion

Moi à Ju : Pour toi c'est quoi la constipation ? Un enfant il est constipé quand ?

Silence

Moi : Il faut qu'il ai des gaz ; si il a pas de gaz c'est une occlusion.

Ju : oui d'accord .Mais ca veut dire que tes 3 fois par semaine ?

Moi : C'est des selles, on parle que de selles. S'il a pas de gaz il faut consulter en urgence

Ju : Mais tant qu'il y a des gaz c'est bon ?

Moi : Oui ; ca passe

M : Après il a d'autres éléments dans la définition

Moi : Oui il n'y a pas que la fréquence ; il y a les pleurs, les douleurs, il y a un enfant qui pleure quand il va sur le pot. Il y a aussi les fécalomes ; c'est a dire que des enfants qui arrivent plus du tout à exonérer ; donc la il faut consulter

M-P à V : Fécalome c'est des grosses selles

Moi : Donc il y a vraiment plusieurs choses ; oui pardon ; un fécalome c'est des grosses grosses selles qui sont bloquées au niveau du rectum et qui du coup ne peuvent pas passer.

S : C'est suite d'une constipation ca ?

Moi : Oui c'est une complication.

S : Donc la il faut de l'aide ?

Ju : C'est la que tu mets un suppo de glycérine ?

Moi : Alors chez les tous petits tu peux mettre un suppo de glycérine, chez les plus grand il faut faire des lavements.

Ju : Ok !!

Moi : Mais ca pareil , je pense que c'est quelque chose qu'il faut , qui doit être fait en tout cas la première fois après une consultation , ou aux urgences.

Ju : En consultation ?

Moi : Oui après ca peut être fait à la maison, mais je pense qu'il faut qu'il y ai eu une consultation avant pour vérifier qu'il y a ai pas d'occlusion.

M-P : Je pense qu'il faut mettre dans quand consulter. Il faut mettre quand et dans quels cas

Silence de quelques secondes.

Moi : Est ce que vous avez d'autres choses à voir par rapport à la constipation , des questions, des conseils ou des choses qui peuvent être importantes pour vous ?

S : Est ce que ca peut pas être psychologique ?

Moi : Il peut y avoir une part psychologique !

J à Moi : Et ca comment tu veux en parler sur la fiche ?

Rires

M-P : Surtout psychologique ca fait psy, ca veut dire que le parent il va s'inquiéter « putain mon gosse il est psy » ; tu vois c'est pas comme si ... enfin

J : ouais ouais !!!

S : Ouais non mais c'était pas pour la fiche c'était juste pour savoir

M-P : Non mais c'est un terme un peu délicat.

J : Mais après tu peux parler que des trucs alimentaires, et à la limite l'hydratation et l'activité. Mais tu peux pas spécialement parler de tout ce qui va être ...

M-P : Tu peux parler de l'environnement, avec le stress euh le bruit, des choses comme ca.

Rires

S : Le changement de lieux

M-P : ouais des trucs comme ca !

Ju à S : Je sais pas si les profs ; quand vous avez des jeunes enfants, tu saurait dire qui à fait des selles ?

S en réponse : Mon ATSEM oui !

Ju : D'accord

S : oui quelle couleur et tout !

Ju : Parce qu'après il y a un âge ou ils y vont seuls au WC non ?

S : Oui bin moi après je suis en toute petite section donc...

Ju : D'accord

S : Donc ils ont 2-3 ans

Ju : Parce que c'est la aussi la problème, ils sont beaucoup à l'école ; tu leur demande je suis pas sur qu'ils te disent ou ils te disent oui pour éviter le sujet après la maitresse elle saura pas te dire non plus !

S : Ha oui c'est sur qu'en élémentaire c'est autre chose !

Moi : Donc si on résume, en gros. Il faut qu'il y ai des images ; faut pas qu'il y ai trop de texte. Il faut que les grandes idées sautent aux yeux.

M-P : Avec des mots simples

Moi : Avec des mots simples. Il faut différencier les enfants diversifiés et pas diversifiés, et mettre quand même la définition et quand consulter. D'autres choses vous venaient à l'esprit ?

M-P : Non c'est bien résumé !

M : C'est tout bon !

Moi : MERCI !!!!!!!

ANNEXE 2**FOCUS GROUPE LE 7 JANVIER 2019 à SAVERNE.**

Anaïs : Déjà merci d'être venu. Aujourd'hui on va discuter de la constipation de l'enfant. Mon but à la fin de ma thèse c'est de faire une fiche conseil à remettre aux parents lorsqu'ils viennent consulter pour une constipation chez leur enfant. Je propose un tour de table pour que tout le monde se présente : présentation des enfants avec leurs âges et ce que vous faites dans la vie ; ainsi tout le monde se connaît et on se tutoie.

Christelle : Moi c'est Christelle je suis maman de deux enfants Jocelyn 8 ans et Anaëlle 1mois et demi. Je suis infirmière.

Caroline : Moi c'est Caroline j'ai une petite Clémence de 2ans et demi et je suis maman au foyer actuellement.

Benoît : Je m'appelle Benoit, je suis ingénieur en informatique. Je suis papa de deux enfants : Antoine bientôt 3 ans et Bastien qui a 1 an et 3 mois.

Delphine : Delphine, infirmière, j'ai deux enfants : une grande de 12 ans et un petit de 8 ans.

Carole, je travaille à la banque populaire (pour ceux que ça intéresse pour un bon taux

Rires de tout le monde

Carole : Maman de 2 enfants : Eva 3 ans et Jade qui a 8 ans.

Anaïs : Est-ce que dans votre expérience personnelle vos enfants ont été constipés ?

Delphine : Moi oui la grande

Carole : moi toutes les deux

Caroline : moi très peu

Benoît : Antoine oui

Christelle : moi très peu aussi

Anaïs : Du coup est-ce que vous pouvez nous raconter un petit peu ce qui s'est passé au niveau de la constipation de vos enfants ? Ce que vous avez fait ? Est-ce que vous avez dû consulter ? Ce qui s'est passé ? Comment la situation s'est débloquée ?

Carole : nous pour commencer c'était avec Eva : ça a commencé peu de temps après sa naissance. On a changé plusieurs fois le lait. On a consulté plusieurs fois le pédiatre. On a mis en place l'eau Hepar. On faisait des biberons complets d'Hepar. Mais ça ne fonctionnait pas. Donc ça commençait à aller un petit peu mieux avec les légumes. Autrement dit avec la diversification. Mais ça n'était pas encore parfait, même avec les lavements, ça revenait tout le temps. Comme ça commençait à durer alors nous sommes allés consulter le gastro-entérologue mais pas à la demande du médecin traitant. On est allé voir le gastro-entérologue car on n'en pouvait plus et on s'inquiétait pour la petite. Et surtout pour pas que la petite ait mal.

Moi à Carole : Parce que pour toi c'est quoi la constipation ?

Carole : On va dire vraiment si elle ne va pas aux selles tous les quatre jours

Anaïs : quatre jours sans selles ?

Carole : oui c'est ça. Par ce que je voyais qu'elle avait mal au ventre quand elle allait aux selles et quand elle poussait ça lui faisait mal. Elle n'était pas tranquille non plus et elle devenait toute rouge.

Anaïs : qu'à proposer le gastro-entérologue ?

Carole : le gastro-entérologue super. Il a prescrit pour Eva du Forlax. Et ça a super bien marché. Et au fur et à mesure on a commencé à arrêter. Et là c'était top !

Anaïs : et le traitement par Forlax du coup tu le donnais tous les jours ?

Carole : oui tous les jours

Anaïs : pendant combien de temps ?

Carole : Oh tous les jours pendant très longtemps... presque six mois. Et à partir de cet été en juillet on a remarqué qu'elle ne mangeait pas très bien en crèche. Elle ne mangeait pas à sa faim il faut le dire comme c'est. Elle n'osait pas demander, Elle n'osait pas dire qu'elle avait encore faim. J'ai remarqué cela le mercredi après-midi car je ne travaillais pas et je la récupérerai à midi et elle avait faim. Elle voulait toujours manger et ensuite on a remarqué quand on était en vacances qu'à force de manger avec nous de tout, ça commençait à aller mieux. Et aujourd'hui elle n'a quasiment plus de problème. Voilà mon expérience pour Eva.

Delphine : moi donc la grande dès toute petite aussi. Enfin peut-être pas toute petite mais neuf dix mois. Elle n'a jamais été sous Forlax mais quelques suppos de glycérine. Mais c'était surtout bien insisté sur l'hydratation, veiller à ce qu'elle

s'hydrate bien jusqu'à 5-6 ans. Elle ne buvait pas beaucoup, l'hydratation était un problème. Après nous la durée c'était plus lorsqu'elle avait mal. Des fois elle tenait plus longtemps mais sans faire. Mais tant qu'elle n'avait pas mal, on ne faisait pas grand-chose. Et puis du coup plus de suivi avec la nounou qui nous notait quand elle avait fait. Pour qu'on soit sûr de ce qu'elle a fait. Pour la petite anecdote, le petit qui n'a jamais jamais été constipé, on n'a jamais jamais fait attention. Et un jour il s'est levé la nuit en disant qu'il avait mal à la hanche. Donc trois heures du matin douleur à la hanche qu'est-ce que tu fais de ça ? Et en fait après on en discutant t discutant il s'est avéré qu'il était constipé et ça faisait plusieurs jours qu'il n'avait pas fait caca. Il a donc le droit un petit suppo de glycérine périmé mais qui a fonctionné. Mais lui après voilà c'était une fois. Mais la grande c'était un vrai souci. Elle n'aimait pas trop les légumes et on sait que c'est un problème.

Anaïs : donc c'est un vrai problème alimentaire ?

Delphine : oui clairement mais maintenant ça va. Ça été compliqué jusqu'à 8-9 ans.

Anaïs : par ce qu'elle ne mangeait pas du tout des légumes ?

Delphine : oui très peu. Il fallait que purée de légumes ou en soupe. Et puis elle ne buvait pas assez.

Carole : c'était exactement ça chez nous aussi le problème d'hydratation chez la grande. Elle a commencé il y a quelques mois à être constipé, là au mois d'octobre. Et jusque-là elle n'avait jamais rien eu. Et un jour elle a dit « maman j'ai mal au ventre je sais pas ce que j'ai, j'ai du mal à aller aux toilettes, j'ai mal au ventre ». Elle a même saigné. Donc là le stress. Paniquer chez le gastro-entérologue. Et oui fissure. Il faut boire beaucoup plus. Elle mange beaucoup, Jade est une petite fille qui mange de tout, beaucoup de légumes. Mais aussi des bonbons et d'autres cochonneries. Mais elle ne boit pas assez. Elle ne voit pas beaucoup d'eau. Et on est obligé de la forcer pour qu'elle boive vraiment une quantité suffisante. Elle a aussi eu sa petite cure de forlax.

Delphine : la grande a aussi eu son rituel. On l'obligeait à s'installer aux toilettes avec son livre. Juste pour prendre le temps et prendre l'habitude d'y aller. Et ça je pense que ça a aussi joué dessus. Car elle ne prenait pas le temps de faire.

Carole : oui dans la précipitation ils veulent jouer et veulent faire si, veulent faire ça et ils ne pensent pas à aller aux toilettes. Ils n'ont pas le temps.

Anaïs : et ça à fonctionner l'installation des rituels ?

Delphine : elle le fait encore maintenant.

Rires de tout le monde

Anaïs : donc ça a fonctionné.

Delphine : oui oui, le fait de se poser sur le WC de prendre le temps.

Anaïs : et du coup vous aviez instauré cela à n'importe quel moment de la journée ?

Delphine : Plus le matin après le petit déjeuner, oui après le petit déjeuner du matin, après un verre de jus d'orange froid.

Anaïs : le verre de jus d'orange froid tout ce qui est verre de jus de fruit, ça fonctionne lorsque vous les donnez ?

Delphine : après le jus d'orange, je ne pense pas que ce soit le jus d'orange en lui-même c'est plutôt le froid.

Carole : moi je lui donnais un verre d'eau assez froid, enfin de l'eau fraîche le matin à jeun et ça ça l'a bien aidé.

Anaïs : a Eva ? Ou à Jade ?

Carole : Jade. On a commencé cela le matin un verre d'eau à jeun. Et ça vraiment ça marchait chez elle. Après je pense aussi que c'est un petit coup de stress car elle n'a jamais rien eu. Certes elle ne boit pas beaucoup mais bon à l'école il y a eu des petites histoires comme tous les enfants et comme c'est une petite fille qui prend tout à cœur, elle garde tout en elle et ça lui a aussi un peu travaillé. Après on essaye de trouver des choses pour que ça passe.

Anaïs : et donc dans les choses du coup de la vie quotidienne, vous pensez qu'il y a quoi qui peut être utile dans la constipation ? Que vous pouvez utiliser lorsque votre enfant est constipé ou lorsqu'il a un peu du mal à aller aux toilettes ?

Carole : de l'Hépar, des pruneaux, oui des pré-noms ça marche bien. Ou alors même des pruneaux je les coupe en tout petits morceaux voire même émiettés. La compote je trouve que ça marche vraiment bien. Et de l'Hépar. Elles sont habituées à boire de l'Hépar depuis toute petite, donc ça ne les dérange pas, le goût ça passe. Et puis le petit verre d'eau le matin à jeun. Et après des petites astuces de grand-mère. On prend un peu à gauche à droite parce qu'on ne sait pas non plus ce qu'on peut faire de plus. On peut pas non plus aller consulter le gastro-entérologue à chaque fois.

Anaïs : et les astuces que tu avais ? Que tu cherches à gauche à droite ?

Carole : des astuces saines : on va dire pas forcément médical, tout ce qui médicament on va éviter. Donc le verre d'eau le matin à jeun c'est ma grand-mère qui m'a raconté. Des petites choses comme ça tu vois : d'autres mamans et des collègues qui ont utilisé ça etc. Et puis certaines eaux aussi : on a remarqué que la Cristalline la constipait. La Cristalline et l'Évian on n'achète pas. On achète éventuellement de la marque Cora, d'eau de source, ou de l'Hépar. On essaye de diversifier un petit peu. Nous on est en plein dedans.

Anaïs : d'accord.

Delphine : nous c'est surtout être derrière, bien veiller à l'hydratation. Boire à l'école et bien sûr les légumes. Et de temps en temps si vraiment le suppo de glycérine mais c'était vraiment ponctuel. Pas eu besoin de plus.

Benoît : avec Bastien n'a jamais de soucis avec Antoine c'était un peu plus compliqué. À 3-4 mois au passage du sein au lait en poudre. Le lait en poudre il régurgitait pas mal. Alors on l'a passé sur un lait plus épaissi, plus digeste et là par contre ça l'a constipé. On n'est pas resté longtemps il avait du mal. Il poussait et il devenait rouge, c'était compliqué. On est repassé sur le lait normal et après assez vite et les petits pots. En débutant les petits pots ça allait vraiment mieux mais c'est vrai qu'il y a eu un mois très difficile. Compliqué au changement de lait.

Anaïs à Benoît : et aux changements lait maternel lait en poudre ?

Benoît : oui. Il régurgitait. Au départ on était sur du Picot, puis du Gallia gest et lait épaissi mais oui oui on a eu du mal.

Anaïs : d'accord

Benoît : mais là ça fait aussi deux mois. Il ne veut plus manger des légumes donc là c'est la guerre. Là je sais pas il n'est pas constipé mais il va au pot pas de souci mais il pousse quoi.

Anaïs : pour toi c'est quoi la constipation ?

Benoît : bin euhhh... quand il fait pas ou quand il pousse et que ça ne sort pas. Mais maintenant c'est semi constipé. Et il n'y va pas trop et quand il y va sa tête devient rouge.

Anaïs : il doit pas mal pousser

Benoît : oui il doit pousser pas mal. Donc après on essaye de le faire manger des légumes ce n'est pas gagné. Quand c'est vert c'est vraiment pas gagné. Même les petits pois qui ont un petit goût sucré c'est pas gagné. On triche : gratin de brocolis là ça passe. On donne du jus de pomme toutes les quatre heures, je ne sais pas si ça aide ? Ça va, mais un peu galère. Mais c'est surtout quand il était petit que c'était galère.

Anaïs : et quand il était tout petit le temps de la transition entre le lait Gallia et les petits pots, vous aviez fait quoi ?

Benoît : on l'avait repassé assez vite au lait normal, même si il régurgitait. Mais ça a duré ouais, 2-3 semaines je crois mais ça allait mieux une fois repassée au lait épaissi au lait normal. Et après avec les petits pots ça allait mieux plus de soucis.

Rires de tout le monde

Anaïs : d'accord. Et vous jamais de problème de transit ? Et pour vous c'est quoi la constipation ? Chacun peut avoir une définition différente de la constipation.

Christelle : pour moi la constipation : c'est l'enfant qui ne va pas à la selle pendant 4-5 jours. Pour Jocelyn quand il était tout petit à 5 mois, on remarquait que c'était un enfant qui allait plusieurs fois à la selle par jour et d'un coup plus rien. C'était alors tous les 3-4 jours et il devenait alors tout rouge. Alors on sait dit ça y est. J'en ai parlé au pédiatre et du coup il m'avait juste dit de garder le même lait mais de rajouter plus d'eau. 30 ml en plus. Franchement ça a super bien fonctionné. En fait pareille c'était une histoire d'hydratation. Et depuis je touche du bois plus rien.

Anaïs : d'accord. C'est très bien.

Caroline : nous on a jamais eu de problème. Petite elle faisait plusieurs fois par jour, jamais de souci. Mais là il y a quelques mois, je ne sais plus quand exactement. On a eu un petit épisode où elle a eu pendant un jour beaucoup de diarrhée. Et du coup la semaine qui a suivi elle refusait d'aller à la selle. Donc elle était sur le pot mais on voyait qu'elle se retenait vraiment d'aller à la selle. Ça a duré un peu moins d'une semaine. Mais vu qu'elle y va normalement tous les jours, moi ça m'a forcément inquiété. Donc Hepar, petit pot, pruneaux, mais c'était plus dans la tête c'est clair. Sinon tout va bien.

Anaïs : donc des petits épisodes comme chez tout le monde. Si de manière générale, pas dans vos cas précis, si un enfant est constipé pour vous que faut-il faire ? Qu'est-ce qu'on peut améliorer, ajouter, modifier dans l'alimentation d'un enfant pour améliorer son transit ? Qu'est-ce que vous vous pensez ?

Benoît : des fruits des légumes

Delphine : boire

Carole : oui augmenter l'hydratation, mais quelle quantité ?

Anaïs : oui c'est à adapter au poids et à l'âge.

Carole : moi personnellement je ne sais pas forcément. Donc Eva c'est une petite fille qui a trois ans et qui boit énormément. Jade elle a huit ans et elle boit quasiment rien. Je suis obligé de la forcer ou de lui acheter des gourdes. N'importe quelle gourde qu'elle veut à n'importe quel prix, pourvu qu'elle boit. Et le soir, tous les soirs je regarde dans leur sac d'école à toutes les deux si elles ont bu leur gourde. Si elle est vide c'est bon sinon tu la fini à table. Et elles le savent donc en général les gourdes sont vides. Au moins ça c'est bien qu'elles boivent un minimum.

Anaïs : donc l'hydratation c'est très important.

Carole : après moi je prends tous les conseils.

Anaïs : on pourra discuter conseil après pas de soucis. Mais là je ne peux pas vous donner de conseil tout de suite. J'ai besoin de savoir ce que vous savez ce que vous pensez mais on pourra le faire après. Et vous vos enfants à partir de quel

âge ils ont été propre ? Est-ce que l'acquisition de la propreté a été compliquée ? Est-ce que ça a été long ? Est-ce qu'il y a eu des difficultés ?

Delphine : le petit moi aucun souci. La grande a été propre très tôt. Par contre pour les selles elle refusait de faire au départ dans le pot et elle se mettait accroupi dans le coin et disait je vais faire caca. Elle s'accroupi dans un coin et fait caca. Refusait le pot. Mais vu que je pense que c'était lié au fait qu'elle soit constipé donc c'était toujours compliqué et ça a joué. Il y a eu 3-4 mois de décalage au moment où elle était propre finalement.

Anaïs : et c'était à quel âge ?

Delphine : c'était très tôt à 18-20mois, elle était propre. Et seulement à deux ans Elle faisait dans le pot. Elle était propre avant mais ne le faisait pas dans le pot.

Anaïs : d'accord.

Delphine : je pense que c'était aussi la position qu'elle prenait. Le fait de replier les jambes. Parce que quand elle était petite on lui massait le ventre, on repliait les jambes et je pense que c'était la position qu'elle prenait et que c'était pas la même position qu'elle prenait sur le pot.

Anaïs : d'accord.

Benoît : Antoine c'était en juin l'année dernière à deux ans trois mois, ou il commençait à aller sur le pot quand il sentait qu'il faisait caca. Pipi c'était plus tard. Alors on sait que s'il le sent arriver on peut le mettre sur le pot. Complètement propre c'était plus tard pipi je ne sais plus quand exactement. Mais 2-3 mois plus tard où il disait pipi et je n'ai pas encore fait dans la couche. Tu as le temps de le mettre sur le pot.

Caroline : Clémence était propre à 19 mois de jour car la nuit elle a encore les couches. Et voilà ça s'est bien passé. Dès qu'elle a commencé à tenir assise je l'ai placé sur le pot je la laissais 5 minutes et si elle faisait c'était bien et si elle ne faisait pas tant pis. Alors je sais que c'est pas du tout ce qui se fait aujourd'hui, c'est très traumatisant de faire ça mais j'ai vu qu'elle attendait d'être sur le pot pour faire. Et il y a encore eu des accidents pendant 8-10 jours mais après c'était bon, voilà.

Rires

Anaïs : donc c'était très rapide.

Caroline : oui très rapide.

Christelle : par rapport à la propreté c'est allé très rapidement aussi. Aussi bien pour les urines que pour les selles. C'était une histoire je crois d'une semaine. Comme il voulait aller à l'école donc on lui a dit le jour où tu seras propre tu pourras aller à l'école. Comme c'est allé très vite on a eu peur comme il nous pouvait pas encore aller à l'école qu'il fasse marche arrière. Mais ça a été. Ce qui aidé aussi c'est qu'on a acheté un pot qui faisait de la musique dès qu'il fait pipi caca.

Caroline : je savais pas que ça existait

Christelle : c'est devenu un jeu

Carole : je ne connaissais pas

Christelle : et franchement c'était très rapide jour et nuit.

Carole : chez nous, Jade était propre à même pas deux ans. La nuit elle ne voulait plus de couche, ça la dérangeait. Même pour les siestes. C'était un peu le combat avec la crèche. Il voulait toujours mettre des couches. Je leur ai dit non. J'ai apporté des dizaines de slip de rechange. Des habits de rechange et tout. Une fois qu'ils ont bien compris le truc c'était top. Elle était propre tout de suite. Ça s'est très bien passé de temps en temps des accidents ça forcément. La nuit tout de suite propre la nuit. Le jour ça a mis quelques temps, peut-être un mois maximum. Donc ça c'était bien. Eva la nuit un peu plus de temps. C'était tranquille, ça a mis un peu plus de temps. Par contre la nuit elle voulait toujours une couche au cas ou si pipi vient. Mais après c'était aussi 2 ans passé donc un peu plus tard que Jade.

Anaïs : donc la pareil il n'y a pas eu de soucis. Vous avez mis des rituels pour cette acquisition de la propreté ? La présentation au pot ?

Carole : oui. Présentation du pot c'était le pot de la grande sœur. Jade nous a beaucoup aidé aussi. Jade lui expliquait aussi. Que c'était bien un que c'était une grande fille. Qu'elle allait aller dans la même école quelle. Donc on est parti vraiment sur l'école. Sur le sujet l'école et puis c'est allé vite. Et maintenant le petit pot il est à la cave.

Anaïs : et maintenant ils vont aux toilettes ?

Carole : oui

Anaïs : il y a un adaptateur ?

Carole : non non ils grimpent dessus. Ça l'éclate. Ça l'éclate de monter comme une grande.

Delphine : pot puis réducteur. Le pot il le mettait en chapeau au début

Rires de tout le monde

Delphine : Je leur proposais toujours, je ne les forçais pas même quand ils étaient plus petits. Le petit, il n'avait pas envie. Le jour où il a été propre c'était bon tout de suite. Il se mettait assis dessus il jouait avec, il se mettait debout il faisait pipi contre la baignoire. Ça il la fait des dizaines de fois. Je ne sais même pas s'il a beaucoup fait sur le pot il est tout de suite passé sur le réducteur.

Rires de tout le monde

Benoît : Antoine il s'est synchronisé avec la fille de la nounou. Comme la fille de la nounou rentrait à la maternelle en septembre. Elle n'était pas encore propre. Quand Antoine a commencé à dire « Oh caca ». On a dit à la nounou là il va devenir propre. Il sait quand ça vient. Donc la nounou c'est dit, j'attendais l'été pour ma fille mais je vais le faire en avance et me synchroniser avec Antoine. Du coup les deux allaient aux toilettes ils étaient contents. C'était la course. Quand je dis propre, Antoine n'était pas encore totalement propre la nuit. Une nuit sur deux. Avant la sieste il va sur le pot. Il le sait il y va donc il n'y a pas de souci. Une fois il s'est déjà relevé et a dit « papa je dois aller au pot ». C'était à quatre heures du matin. C'est arrivé une fois !!!

Rires de tout le monde

Benoît : Ouais OK c'est bien. Et voilà. Et la nuit une fois sur deux ou une fois sur trois il fait dans la couche. C'est déjà bien. Anaïs : du coup on peut passer à autre chose que la constipation. De manière générale quand vous avez ou que vous avez eu des questions par rapport à vos enfants, quand vous avez besoin d'informations vous aller les chercher où ?

Caroline : moi chez Pierre, qui va chez Maxime.

Rires de tout le monde

Anaïs : donc tu demandes aux médecins. D'accord. Et vous ?

Carole : moi je vais chez ma sœur qui est infirmière. C'est la première chose.

Anaïs : les proches.

Carole : oui chez les proches : ma sœur d'abord, ensuite ma mère, et ensuite je vais chez le médecin traitant.

Anaïs : donc le médecin traitant il répond quand même facilement

Carole : oui oui

Anaïs : il est donc disponible

Carole : oui très très disponible. Même à la banque, j'essaie de ... (rires) ça évite une consultation. Non c'est bien.

Delphine : la grande chez le pédiatre.

Anaïs : et maintenant au travail ?

Delphine : oui exactement

Benoît : c'est toi la référant. Tu es inondée de texto. Pour un truc qui est arrivé il y a deux minutes je dis attend attend.

Oui c'est toi la référant et sinon le pédiatre. Oui en général c'est les médecins.

Christelle : nous pareil c'était au travail donc en maternité et le médecin traitant.

Anaïs : vous avez déjà eu besoin de chercher des informations sur Internet ?

Carole : oui, moi j'en ai cherché mais je n'aurais peut-être pas du. Depuis que Jade a eu sa fissure ça m'a vraiment fait peur. Du coup ça m'a vraiment affolée. C'est pour ça que j'ai aussi consulté chez le gastro-entérologue, pour vraiment me rassurer.

Anaïs : donc tu avais cherché par rapport à la fissure de Jade ?

Carole : oui. Oui ça vraiment ça m'a vraiment affolée.

Anaïs : donc tu as regardé sur Internet. C'était la première fois que tu recherchais sur Internet ?

Carole : non ce n'était pas la première fois que je recherchais sur Internet. Mais de savoir que je recherchais pour elle c'est ça qui m'a fait peur.

Anaïs : oui d'accord. Et tu cherches souvent des trucs sur Internet pour les enfants ?

Carole : oui mais après des petits remèdes de grand-mère comme pour le mal de gorge. Oui, la constipation, j'ai beaucoup regardé sur Internet.

Anaïs : tu te souviens sur quel site tu regardes plus particulièrement ? Où c'était...

Carole : ah non c'était sur tout. Une fois que j'étais sur un sujet je regardais vraiment tout.

Anaïs : et tu avais trouvé des réponses à tes questions ou pas forcément ?

Carole : Pas forcément. Je trouvais pas forcément j'avais plus de réponses par le biais de ma sœur ou du médecin traitant. Je trouvais que c'était plus clair. Par rapport à ce que nous on pouvait vivre tu vois. Après Internet je n'irai plus.

Anaïs : d'accord.

Carole : Plus pour les enfants.

Anaïs : et vous ?

Caroline : Moi jamais.

Christelle : non. Une définition un truc comme ça oui mais pas pour des remèdes.

Benoît : Johanna oui mais pas moi. Joanna je sais qu'elle cherche de temps en temps mais je sais que d'une bosse tu passes à un AVC. Mais de temps en temps elle cherche. Moi je n'ai jamais regardé. C'est n'importe quoi. Joanna de temps en temps mais c'est assez rare.

Delphine : moi c'est pareil mais mon homme il y va par contre beaucoup beaucoup. Je sais qu'on peut y trouver tout et n'importe quoi.

Anaïs : si on part sur les fiches conseils : est-ce qu'on vous a déjà donné des fiches conseils depuis la naissance jusqu'à aujourd'hui ? Pas que dans la constipation mais pour tout ? Pour la diversification ? En sortie de maternité ?

Christelle : la toilette. C'était une fiche qu'on distribuait en maternité.

Anaïs : et toi ça t'as aidé ?

Christelle : c'est pas que ça m'a aidé, je le faisais déjà avant d'avoir Jocelyn. Par rapport au bain, les mamans tant qu'elles sont à la mat elles sont encadrées. Mais ensuite elles se retrouvent seules à la maison. Et elles sont un peu perdues. Une fiche peut les aider.

Anaïs : oui, en sortie de maternité.

Carole : oui moi aussi pour l'alimentation je trouve que ça manquait.

Anaïs : au moment de la diversification ?

Carole : même avant. On sortait de l'hôpital. On demandait on doit continuer ce lait? On passe sur quoi on fait quoi ? On fait comment ? Franchement on n'est perdu.

Anaïs : en sortant de maternité ?

Carole : oh oui.

Caroline : parce que tu sais moi je demandé mais comment on fait ? Alors à un mois, elle devra prendre tant et tant et puis à 2 mois elle devra prendre tant et tant, mais entre les deux vous augmenter de tant et tant.

Carole : c'est trop compliqué.

Caroline : vous me le notez ? En fait, même au final il y en a beaucoup qui ont des discours différents.

Carole : ça aussi.

Caroline : ça c'est très très perturbant. Et même au final, j'ai noté énormément de choses et on se rend compte, et je me rends compte, je me suis rendue compte qu'on fait beaucoup de choses au feeling, et que ça marche très bien comme ça ?

Carole à Caroline : et ça marche très bien comme ça !

Caroline : mais c'est très angoissant pour un premier bébé. Alors oui j'ai reçu des fiches pour la toilette. Le bain les oreilles les yeux et tout ça.

Benoît : où ?

Caroline : en sortie de maternité. J'ai reçu ça.

Anaïs : et ça t'avait aidé ?

Caroline : oui ça m'avait aidé. Ça ne fait pas de mal d'avoir un petit rappel de ce qu'on nous a dit. On nous dit tellement de choses, moi j'étais dans le jazz, donc ça fait pas de mal d'avoir un petit support.

Carole : et puis moi j'aime bien regarder dans son carnet de santé. Parce que dans le carnet de santé on a par rapport aux tranches d'âge. Et comme on n'avait pas vraiment de pédiatre, il était parti et puis c'était un peu le bordel. La crèche nous a bien aidé aussi. Donc ça c'était top. Et c'était vraiment sympa, elles étaient à l'écoute, elles prenaient le temps. Nous on essayait d'abord, on essayait quelques jours un aliment et puis ensuite seulement eux prenaient le relais.

Anaïs : au moment de la diversification ?

Carole : oui au moment de la diversification. Oui c'est ça. Nous la crèche elle nous a bien aidé. Parce qu'on ne peut pas courir chez le pédiatre ou le médecin traitant juste pour ça. Donc ça c'était bien, vraiment top.

Anaïs : d'accord

Delphine : pour la grande comme je n'étais pas encore en pédiatrie. Je n'ai pas reçu de fiche. Par contre dans le carnet de santé il y a pas mal d'infos, j'y avais été attentive parce que lorsque j'ai fait mon mémoire à l'école d'inf sur le bébé secoué et il y avait une partie dans le carnet de santé. Où c'est vrai qu'en fait il y a beaucoup d'infos. Mais c'est très peu lu. Parce qu'on le reçoit et qu'on n'est pas disponible à ce moment-là. Et nous de l'autre côté par rapport au boulot on a beaucoup beaucoup de feuilles par rapport au régime et elles ne sont pas forcément données.

Benoît : je n'ai pas souvenir qu'on est reçu des fiches. Et après le pédiatre ne nous en a pas donné par la suite. Le pédiatre c'est le pédiatre de Joanna. Ce qui est rigolo c'est qu'il a 55 ans. Comme c'est le pédiatre de Joanna peut-être que du coup il est rodé, il fait son truc et les fiches conseil c'était peut-être pas comme ça il y a 20 ans. En tout cas nous on n'a jamais reçu de fiche. Je ne vois pas où elles seraient.

Anaïs : pour vous ça sert à quoi les fiches conseils ? En quoi ça peut être utile ?

Benoît : c'est plutôt juste chronologiquement. Peut-être pas sur la façon mais sur la diversification. Alors Joanna elle savait tout. On diversifie quand on passe aux légumes et à la viande et tout ça. Juste avoir un ordre d'idée. Pas sur la façon. Tu as beau me dire il faut qu'il mange tant de légumes, si Antoine ne veut pas c'est galère. Je sais que je dois essayer, c'est plutôt ça. Savoir la chronologie juste un petit peu au début. Joanna savait mais sinon j'aurais demandé je serais allé chercher sur Internet, mais je savais pas. C'est plutôt sur l'aspect chronologique, à partir de quand ?

Anaïs : pour la diversification ?

Benoît : pour la diversification, pour tout, à partir de quand il doit être propre ? OK pour la maternelle, ça ça va. Mais quand est ce qu'il doit commencer ? Pour tout. Pour les toilettes pour la nourriture. C'est plutôt dans le temps.

Carole : un petit guide ça serait bien.

Christelle : juste les principales étapes

Carole : oui juste les principales étapes ça serait bien.

Anaïs : dans la chronologie du développement ?

Carole : oui jusqu'à trois ans.

Anaïs : Si maintenant on prend une fiche conseil, pas dans la chronologie mais sur un sujet donné par exemple la constipation. En quoi ça peut être utile et comment elle peut être utilisée ? Comment vous voulez qu'une fiche conseil soit utilisée si on vous la donne ? Je ne sais pas si je suis clair ?

Delphine : Après je pense qu'il y a déjà deux types de fiches. Pour la constipation je pense qu'il y a pour palier à la constipation, et plutôt fiche préventive.

Anaïs : moi voilà c'est ce que je fais c'est ça.

Delphine : et ça je pense qu'on n'en a pas assez. Je pense qu'on fait beaucoup de fiches pour quand on a déjà eu la constipation mais avant au départ je pense que c'est ça qui est important.

Anaïs : la constipation de l'enfant dans quasiment tous les cas, pas toujours mais très souvent, le changement d'alimentation, va suffire à rétablir un transit. Que ce soit l'hydratation, les légumes, enfin tout ce qu'on a dit, moi l'objectif de ma fiche c'est de mettre les règles de prévention, les règles hygiéno-diététiques dans la constipation de l'enfant. Ma fiche elle ne sera pas avec les traitements, comment faire, quoi.

Est-ce que vous pensez que c'est utile ? Comment peut-on rendre cela utile ? En fonction de l'âge, en fonction de tout ?

Caroline : moi ce que je pense qui serait vraiment utile, ce serait d'avoir une vraie définition de la constipation. Est-ce que c'est un jour deux jours trois jours ? 10 jours qu'il faut s'inquiéter ? Parce que voilà je sais que moi j'ai tendance à m'inquiéter très rapidement. Peut-être déjà mettre une bonne base, et savoir quand s'inquiéter. Et quand réagir ?

Anaïs : d'accord. Ça marche. Ce que je vous propose maintenant, j'ai plein de fiche conseils, c'est pas du tout sur la constipation, c'est sur différents sujets, et ce qu'on peut faire c'est les commenter et voir en quoi ces fiches, quelles sont ses points positifs, quelles sont ses points négatifs, comment on pourrait l'améliorer ? Est-ce qu'elle pourrait être utile au quotidien ? Parce que moi mon objectif est de faire une fiche qui sera utile au quotidien. Pas une fiche qu'on lit une fois qu'on oublie. Qu'on colle au frigo et quand on a un trou on sache quoi faire.

Passage fiche n°1

Anaïs : Je vous laisse la première. C'est les 10 trucs faciles pour arriver en forme à l'école. Qu'est-ce qui vous paraît bien, pas bien, qu'est-ce qu'on peut améliorer ?

Delphine : Le fait il y ait des images !!! Une fiche ou il y a que des écritures, c'est moins parlant.

Christelle : c'est lourd.

Anaïs : donc les images ça c'est bien. Il faut des images.

Delphine : en couleur c'est mieux

Anaïs : oui là ce n'est pas en couleur mais théoriquement elle est en couleur.

Delphine : oui la couleur c'est quelque chose qui retient plus l'attention.

Christelle : oui que ça tienne sur une page. Le format de la fiche, ne soit pas sur plusieurs pages, pas trop petit. La c'est bien.

Carole : le bon format. Comme tu dis qui tienne bien au frigo. Tu veux passer tous les jours devant.

Benoît : ouais OK c'est bien comme ça

Christelle : le fait de donner un titre comme ça les 10 trucs faciles, ça donne déjà envie, ah c'est quoi ? La curiosité.

Anaïs : un titre qui donne envie. Donc celle-là c'est plus les images qui sont positives, le format, un titre et des couleurs. C'est ça ?

Christelle : pas trop chargé.

Anaïs : pas trop chargé. Ok.

Passage fiche n°2

Anaïs : On peut passer si vous voulez à la deuxième.

Christelle : le style d'écriture, personnellement... (Fait des gros yeux et non de la tête)

Carole : oui ça c'est sur

Rires

Anaïs : OK

Christelle : c'est trop chargé.

Anaïs : oui

Caroline : après c'est bien d'avoir une conclusion à la fin aussi. Est-ce peut-être cette fiche là (en montrant la fiche n°1) avec une conclusion à la fin ?

Anaïs : avec un peu plus d'écriture ?

Caroline : avec un résumé.

Anaïs : oui.

Benoît : quand on dit l'écriture moi ça ne me choque pas. C'est plutôt les titres : le mec il a mis des majuscules tous les 2-3 lettres, et du gras !

Rires

Carole : oui c'est ça, ça ne donne pas envie.

Benoît : après la fiche conseil elle est pour nous ou pour les enfants ? Parce que ça j'arrive à le montrer à Antoine et lui expliquer ? Ça Antoine ok il n'en fera rien ! Ça OK le soir j'arrive à expliquer on peut faire ça etc.

Carole : là les images elles sont bien

Delphine : si on veut l'utiliser avec les enfants, forcément c'est mieux avec les images. C'est plus parlant.

Caroline : oui c'est plus parlant

Carole : oui c'est mieux, parce que celle-là ils auront même pas envie de regarder (en montrant la fiche n°3)

Passage fiche n°3

Anaïs : il y en a une troisième si vous voulez.

Delphine : là on a le côté image titre. Par contre là on va rester que dans le négatif, que dans ce qui n'est pas bon et on ne va pas mettre en avant ce qui peut être positif.

Delphine : c'est peut-être un peu plus compliqué du coup sur celle-ci.

Anaïs : c'est quoi qui est compliqué ?

Delphine : par exemple pour des gens lambda, difficulté de graphisme, ce n'est pas forcément quelque chose qui est employé par tout le monde. C'est des termes qui vont être compliqués.

Carole : il faut rester sur des mots simples. Des mots simples que tout le monde comprenne.

Benoît : la dépendance psychique si je lis bien, c'est quoi une dépendance psychique ? C'est que tu restes attaché trop à tes parents ? C'est quoi la dépendance psychique ???

Anaïs : donc c'est qu'il y a des mots qui sont trop compliqués ?

Benoît : ouais, ok

Carole : oui

Caroline : oui. Et il n'y a rien pour les expliquer. Il y a juste des mots.

Passage fiche n°4

Anaïs : on a une quatrième fiche !

Carole : varicelle !!!

Christelle : Elle est très bien celle-là. Je m'en suis servi le jour où ça a commencé à pousser. Quand c'est sorti j'ai dit : c'est ça.

Anaïs : d'accord. Et du coup tu l'avais eu d'où ?

Christelle : quand j'étais à l'école on avait fait des fiches sur la varicelle et la roséole. On avait ressorti ça d'Internet.

Anaïs : et ça t'a aidé ?

Christelle : ouais franchement.

Caroline : par contre l'encadrer là pour des gens qui n'y connaissent rien, c'est très compliqué

Carole : oui c'est très compliqué

Benoît : oui c'est quoi ça ?

Carole : il faut prendre un dictionnaire. Parce que moi je ne connais pas tout ça.

Benoît : ça c'est la fiche conseil pour résumer facilement aux médecins et montrer vite fait aux patients ? C'est plutôt orienté médecin ?

Carole : c'est un peu compliqué

Delphine : le même schéma mais avec des explications plus simples. La fiche est bien mais des explications plus simples.

Caroline : et de la couleur

Benoît : le bébé fait peur, il fait vraiment peur

Rires de tout le monde

Passage fiche n°5

Anaïs : j'en ai une autre là

Christelle : il y a trop de chiffres

Carole : y'a trop de chiffres

Caroline : y'a trop

Benoît : moi je l'aime bien celle-là. Elle est bien présentée. Les chiffres qui t'indiquent bien le truc, des images, parce que je pense qu'en couleur elle rend mieux.

Caroline à Benoît : oui mais tu t'en fiches Benoît que 69 % des gamins qui ont quelques choses, c'est les tiens qui t'intéressent.

Benoît : ah d'accord. Alors l'information n'est peut-être pas pertinente mais j'aime bien la présentation.

Caroline : il y a trop de liens pour aller voir ailleurs. Enfin moi je lis vaguement.

Anaïs : tu n'es pas obligé de tout lire, de loin pas. C'est voir comment est-ce que cette fiche conseil est à utiliser tous les jours ou pas ? Est-ce qu'elle est utile ?

Caroline : moi si c'est possible il faudrait tout avoir tout sur une fiche et pas des liens qui te demandent encore d'aller voir ailleurs.

Benoît : tu mets tout en bas consulter le pédiatre pour plus d'informations.

Carole : et Anaïs !!

Rires

Christelle : je pense déjà dans la présentation paysage, tu mets trop d'informations. Après les infos qui sont dessus elles sont pertinentes mais personnellement je trouve que tu n'as déjà pas envie de lire à fond

Carole : et si tout ça doit aller vite. Il faut que ce soit plus accrocheur. Moins d'infos mais plus de mots-clés.

Anaïs : d'accord.

Benoît : en salle d'attente il y a des posters comme ça sur le brossage des dents

Passage fiche n°6

Anaïs : on en a une autre ici.

Carole : celle-là elle est jolie

Anaïs : donc celle-là elle est recto verso

Benoît : il y a l'ordre chronologique. Il y a la couleur. On voit bien le Doliprane.

Rires

Benoît : non elle est bien là on voit moins de 3 mois on n'attend pas !

Caroline : Elle est bien celle-là

Benoît : tu veux connaître notre top 3 ?

Anaïs : non mais ce qui est bien dans cette fiche ?

Carole : il y a de la couleur

Benoît : la couleur, des images, c'est dans l'ordre en 1 tu fais ça, en 2, en rouge c'est marqué t'attends pas si.

Christelle : après effectivement si tu veux la mettre au frigo, le fait de devoir la retourner ?

Caroline : c'est clair, c'est des mots simples.

Delphine : donc elle est bien

Passage fiche n°7

Anaïs : et donc la dernière

Delphine fait non de la tête

Delphine : Déjà celle-là de base elle me plaît pas

Carole : un dictionnaire !

Anaïs : celle-là c'est sur la constipation. Donc c'est là on peut vraiment voir ce qui est bien, ce qui n'est pas bien ? Comment l'améliorer ? C'est une fiche qui a été faite par la revue prescrire en 2017 pour la constipation chez les nourrissons.

Benoît : la fiche là, elle s'adresse aux médecins ?

Anaïs : non ! Elle est pour les parents !!

Benoît : ah OK

Anaïs : c'est une fiche pour les parents. Les nourrissons ce sont donc les enfants de 6 mois à 2 ans.

Benoît : OK !

Anaïs : ce n'est pas obligé de tout lire. C'est vraiment une critique de la fiche : es ce qu'elle est bien, pas bien ? Est-ce qu'elle vous plaît ? Est-ce qu'on peut l'utiliser ou pas ?

Benoît : ce n'est pas trop vulgarisé.

Delphine : c'est pas accrocheur. Ça ne donne pas envie

Carole : oh non ça ne donne pas envie.

Benoît : tu as besoin de l'info, le contenu me paraît clair. Tu ne la lis pas par ce que tu trouves la fiche jolie. J'ai un problème, je vais m'informer donc je vais la voir mais sinon non.

Delphine : et puis j'ai envie de dire les infos qui sont ok correctes, mais c'est trop long. Enfin si on veut quelque chose ...

Carole : ça n'accroche pas !!

Delphine : je ne suis pas sûre que tout le monde ait envie de lire ça. Même si les infos peuvent être bonnes, c'est trop long.

Alors que là, c'est plus court c'est mieux. (En montrant la fiche n°6)

Carole : dans une salle d'attente tu auras plus envie de lire ça que ça. Ça dans une salle d'attente chez le médecin tu ne le liras pas.

Christelle : ça doit pouvoir être distribué à toute sorte de population, et je pense que les dessins les images.

Carole : ça attire, c'est plus accrocheur

Anaïs : et du coup si je fais une fiche conseil sur la constipation de l'enfant, il y a une chose sur laquelle on n'a pas discuté c'est les enfants qui ne sont pas diversifiés parce qu'on a parlé des enfants qui sont diversifiés on donne de l'eau fraîche le matin à jeun, des légumes, des pruneaux. Chez les enfants qui sont uniquement allaités que ce soit au sein ou au bib, quand est ce qu'il est constipé et qu'est ce qu'on fait ?

Benoît : attend ça existe ça ? C'est à dire. Répète ton truc. Jusqu'à quel âge ?

Anaïs : avant quatre mois.

Benoît : ah OK

Delphine : on masse, on lève les jambes

Anaïs : donc avant la diversification

Delphine : ce n'est pas la même chose si c'est du lait maternel ou du lait artificiel. Il y a quand même des différences.

Anaïs : c'est quoi la différence ?

Delphine : le lait de mère soit tu peux avoir des selles tout le temps et tout, mais alors ce sont souvent des gens qui se trompent car même avec un allaitement maternel tu peux rester plusieurs jours sans avoir de selles. C'est souvent une information qui est mal comprise. Par contre après avec le lait en poudre on n'a plus souvent de la constipation. Après il y a aussi ceux qui sont allaités et qui vont faire régulièrement et du coup le jour où ils passent au lait ils se disent il est constipé alors que c'est le changement de lait qui donne ça et c'est pas forcément de la constipation.

Anaïs : on peut masser et vous savez s'il y a d'autres choses qu'on peut faire ?

Christelle : moi j'avais le cas, et il m'avait juste dit qu'on pouvait rajouter 30mL d'eau.

Anaïs à Carole : toi tu faisais de l'Hépar ?

Carole : de l'Hépar oui. Et ça ne marchait pas. Après pour des parents ce que ça serait utile d'avoir une partie pour les enfants qui ne sont pas diversifiés, pour tout le monde je dirais. Pour les deux.

Christelle : parce que moi j'ai eu le cas là justement avec Annaelle en rentrant. A la maternité elle a eu des selles plusieurs fois par jour tous les jours. Et je rentre, je pense qu'il y a le changement d'environnement et pendant deux jours rien, y'oh qu'est ce qu'elle me fait là ?

Delphine : après je pense que pour ceux qui ne sont pas diversifiés, il faudrait donner des explications et plus rentrer dans ce qu'on doit faire, pour mieux comprendre.

Anaïs : et comment on peut mettre les deux sur une même fiche ? L'objectif c'est de faire une seule fiche.

Carole : oui les séparer. Par exemple de 1 à 3 mois ou 4 mois ce qu'on peut faire. Et ensuite à partir de 4 mois jusqu'à 2ans et demi

Anaïs : donc bien séparer les deux ?

Carole : oui séparer les deux, si on fait un recto-verso

Delphine : les plus petits d'un côté les plus grands de l'autre. Et avec l'âge on tourne la fiche.

Anaïs : du coup si je résume tout ce qu'on a dit pour une fiche conseil, vous me corrigez s'il y'a des choses en plus ou en moins. Le format ne doit pas être trop grand. Maximum ce serait quoi ? Au plus grand ?

Carole : A4 au plus grand en recto verso

Benoît : ouais au plus grand en format A4 mais après écrit quand même pas en tout petit

Anaïs : quand même que ce soit lisible

Benoît : des images

Anaïs : des images

Benoît : de la couleur

Anaïs : de la couleur

Caroline : qu'il y ait de la définition

Carole : qu'il y ai une chronologie

Anaïs : une chronologie des choses à faire

Et mettre quand consulter, quand s'inquiéter ?

Carole : avoir un repère. Et puis aussi je ne sais pas ce que vous en pensez mais le papier. Un peu plus cartonné c'est plus sympa.

Anaïs : que ça dure dans le temps.

Carole : ça dure dans le temps c'est bien.

Anaïs : ouais. Ben parfait merci beaucoup !!

ANNEXE 3 :**Formulaire de consentement**

Focus group réalisé le 28 novembre 2018 à Strasbourg/le 7 janvier 2019 à Saverne. L'objectif est de recueillir l'opinion des parents afin d'orienter au mieux les éléments devant figurer sur une fiche conseil qui sera remise aux parents en cas de constipation chez leur enfant.

Je vous remercie d'avoir accepté de répondre à nos questions pour l'étude de la constipation chez l'enfant. L'objectif **est de recueillir l'opinion des parents afin d'orienter au mieux les éléments devant figurer sur une fiche conseil qui sera remise aux parents en cas de constipation chez leur enfant.** Je vous demande officiellement de donner votre consentement par écrit pour participer à cette entrevue, qui devrait durer une heure trente environ.

Avant d'accepter de répondre à nos questions, vous devez savoir que :

- la participation à cette étude est facultative. Vous pouvez refuser d'y participer et de répondre à toute question ou vous retirer de l'étude à tout moment sans conséquence sur vos notes ou votre scolarité;
- votre nom ne figurera dans aucun rapport;
- nous souhaitons enregistrer l'entretien par souci d'exactitude;
- les notes prises au cours de l'entrevue seront confidentielles.

Souhaitez-vous participer à cette entrevue et que vos réponses soient incluses dans le rapport d'évaluation?

- OUI

- NON

N'hésitez pas à me contacter si vous avez des questions après l'entrevue.

Bongiovanni Anais
06.33.51.13.37
bongiovanni.anais@orange.fr

Merci beaucoup!

.....
J'ai lu et je comprends les renseignements ci-dessus et j'accepte de participer à cette entrevue.

Nom :

Date :

Signature :

ANNEXE 4 : fiche conseils n°1

10 trucs faciles

pour arriver en forme à l'école et au collège

www.dangerecole.blogspot.com



je me couche tôt



je prépare mes affaires la veille



je me brosse les dents



je ne bois pas de soda le matin



je ne traîne pas pour tout faire



je prends un petit déjeuner équilibré



je fais ma toilette



j'évite les écrans le matin



je prépare mes habits la veille



je me lève assez tôt pour tout faire calmement

ANNEXE 5 : fiche conseils n°2

Des billes pour mieux aider son enfant à faire ses devoirs à la maison

Par les enseignants de l'école élémentaire de l'Abbaye à Passy (74). Merci à l'école élémentaire de Robespierre à Fontaine (38600) - ecole.robspierre@ac-grenoble.fr



1 - Le lieu

Vérifier que l'enfant est toujours correctement installé dans un lieu habituel, agréable pour lui.

2 - L'heure

Trouver une heure qui convient à l'enfant et à la vie de famille.
Installer une habitude de travail : cherche à ce que l'enfant arrive à se mettre au travail de lui-même.

3 - Le bruit

- Veiller à ce que la télévision soit éteinte. Le bruit peut être un obstacle à la concentration...
- Veiller à ce que ses frères et sœurs, s'il en a, ne le dérangent pas.

4 - Le rôle de la personne accompagnante

Une personne doit vérifier le bon déroulement du travail à la maison. Cette personne peut être dans la même pièce mais pas obligatoirement

- S'assurer de la compréhension du travail avec l'enfant.
- Laisser l'enfant travailler seul.
- Intervenir et l'aider à sa demande.
- Vérifier le travail fait.

Le but étant de rendre l'enfant le plus autonome possible dans son travail personnel.

5 - Le matériel

- S'assurer que le matériel nécessaire est disponible.
- Apprendre à bien préparer son cartable.
- Connaître les personnes qui peuvent « dépanner » (copains, voisins, école...).

6 - Le temps passé

- Ne pas dépasser un temps de 20 minutes pour le cycle 2 (CP et CE1) ou de 30 minutes pour le cycle 3 (CE2, CM1 et CM2).
- Accepter que le travail ne soit pas terminé si c'est trop long ou difficile.
- En cas de difficulté ou de blocage, n'hésitez surtout pas à venir en parler avec l'enseignant.

7 - L'ambiance

Rester calme et disponible. Il vaut mieux signaler les difficultés rencontrées plutôt que « forcer » l'élève et finir par se fâcher ou donner à l'enfant l'impression d'un échec.

8 - La vérification

Pour vérifier son travail l'enfant peut simplement en parler, montrer, réciter ou essayer de l'expliquer avec ses mots.

9 - La relecture des consignes

L'enfant n'a pas compris ce qu'il doit faire ?
Il suffit souvent de simplement lui dire de relire la consigne à voix haute et de la redire avec ses propres mots.
Il est aussi possible à la personne qui aide de redire la consigne avec des mots simples.

10 - Mais surtout...


Chacun à sa façon peut aider son enfant et chaque enfant peut progresser et réussir.
L'intérêt que vous porterez au travail de votre enfant se reflétera dans l'intérêt qu'il portera lui-même à sa scolarité.


ANNEXE 6 : fiche conseils n°3





ANNEXE 7 : fiche conseils n°4


VARICELLE


 **Virus varicelle-zona**


 **INCUBATION:** ± 15 jours. Après immunoglobulines: jusqu'à 20 jours

 **Toutes saisons**


 **Surtout âge scolaire**


 **CONTAGIOSITÉ:** 5 jours avant l'éruption et jusqu'à l'assèchement des lésions


 **ÉVICTION SCOLAIRE** indiquée ou non selon contexte clinique





- *État général plutôt bon*
- *Fièvre modérée*
- *Prurit cutané*


 **Conjonctives normales**


 **SIGNE PARTICULIER.** Vésicules et prurit


 **NE PAS CONFONDRE AVEC :** piqûres d'insecte, maladie de Gianotti-Crosti, molluscum contagiosum, herpès cutané, folliculite, maladie mains-pieds-bouche

ÉVOLUTION. Guérison habituelle en ± 1 semaine 


COMPLICATIONS: impétigo, cellulite, fasciite, pneumonie, hépatite ataxie, encéphalite, syndrome de Reye 



FACTEURS DE RISQUE : période néonatale, prématurité, âge adulte, déficits immunitaires, aspirine 


RISQUE EMBRYO-FŒTAL. Faible risque d'embryopathie 

ÉRUPTION VÉSICULEUSE 

- Rash photosensible généralisé à prédominance tronculaire .
- Lésions maculo-papuleuses puis vésiculeuses et croûteuses.
- Éléments d'âge et d'aspect différents dans un même territoire
- Cicatrices hypopigmentées ou hyperpigmentées
- Vésicules ou lésions érosives sur les muqueuses buccale et génitale

 **TRAITEMENT** symptomatique: *acyclovir* si facteur de risque

 **PRÉVENTION.**
Contacts normaux : surveillance
Contacts à risque: immunoglobulines de varicelle-zona (VZIG) 



Card Girouday / Hôpital Sainte-Justine, Montréal / 2006 22


ANNEXE 8 : fiche conseils n°5

8 conseils pour protéger vos enfants sur Internet

1 - Parlez avec votre enfant de ses activités sur la Toile

Dialoguez avec lui sur ses centres d'intérêt et les vôtres, créez un partage familial autour des usages de l'Internet.

le chiffre 69 %...
... des adolescents pensent que leurs activités sur Internet n'intéressent pas leurs parents.



2 - Activez le logiciel de contrôle parental de votre fournisseur d'accès à Internet sur chaque ordinateur de la maison

Il est gratuit et régulièrement évalué par des experts indépendants. Retrouvez les derniers résultats des tests d'évaluation du logiciel de contrôle parental sur : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/CPyeEvaluation.pdf>

le chiffre entre 75 et 88 %...
... des contenus inadaptés pour les adolescents (pornographie, jeux d'argent, violence...) sont filtrés par les logiciels de contrôle parental.



3 - Ne laissez pas les jeunes enfants seuls sur Internet

Chaque usage (navigation web, messagerie instantanée, forum...) présente des risques spécifiques. Un prédateur est susceptible de se dissimuler de l'autre côté de l'écran. Attention aux mauvais rencontres, à la pornographie violente.


le chiffre 90 %...
... des enfants ont été confrontés au moins une fois à des contenus choquants, violents ou à caractère pornographique sur Internet.



4 - Vérifiez que le jeu vidéo ou en ligne est adapté à l'âge de l'enfant ou de l'adolescent

Grâce au pictogramme identifiant sur le boîtier du jeu l'âge minimum d'utilisation. Exemple : PEGI + 12 : jeu pour les plus de 12 ans.

le chiffre entre 2 et 3 %...
... des parents de jeu en ligne procèdent face aux comportements d'adolescents, c'est-à-dire de rupture du dialogue et de proximité avec l'environnement familial et social.



5 - Limitez le temps consacré aux écrans

Adoptez une heure limite au-delà de laquelle il faut éteindre les écrans pour se reposer ou pratiquer une autre activité.


le chiffre 45 %...
... des enfants de 4 à 11 ans consacrent plus de la moitié de leur temps de loisirs aux écrans (télévision, Internet, jeux vidéo... ce qui peut nuire à la concentration scolaire).



6 - Limitez le nombre d'écrans individuels à la maison

Télévisions, ordinateurs, téléphones portables, consoles de jeux... La multiplication des écrans nuit aux échanges familiaux.

le chiffre 60 %...
... des foyers français disposent d'au moins 6 écrans.



7 - Consultez les pages d'information sur les risques présents sur le Net

Dans les rubriques « protection de l'enfant » sur le site portail de votre fournisseur d'accès à l'Internet, sur les sites <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/CPyeEvaluation.pdf> et www.internetanscrainte.fr.

le chiffre 93 %...
... des parents souhaitent disposer d'informations facilement accessibles et compréhensibles sur le sujet.



8 - Signalez les images et propos pédopornographiques

Sur le site public <http://internet-signalement.gouv.fr> géré par les services de police ; par ailleurs, signalez à votre fournisseur d'accès à Internet, dans le cas où la fonctionnalité est offerte, tout site non approprié aux enfants ou adolescents qui ne serait pas filtré.

le chiffre plusieurs millions...
... d'images pédopornographiques circulent en permanence sur le web.



ANNEXE 9 : fiche conseils n°6

RECTO

VERSO

Fièvre de l'enfant
C'est pas toujours urgent ...

39°
38.5°
38°
37.5°
37°
36.5°

La fièvre est un mécanisme de défense contre les infections.
Le plus souvent, la fièvre n'est pas dangereuse.
Les infections virales (rhino-pharyngite, bronchite, etc.) sont les 1^{ères} causes de fièvre et régressent spontanément après 48 heures.

1. Je mesure la température.

2. Si la fièvre est bien tolérée je laisse les médicaments de côté.

3. Je découvre et j'hydrate mon petit, mais le bain froid je bannis.

4. Si mon enfant est grognon, abattu, ne mange pas ... Je donne du paracétamol en fonction du poids.

Si après 48h, la température n'a pas baissé, je vais consulter.

Moins de 3 mois on n'attend pas !

Je vais consulter immédiatement un médecin si mon enfant :

EST SOMNOLENT A MAL A LA TÊTE ET VOMIT

A LE TEINT PÂLE, GRIS, BLEUÛTÉ, MARBRÉ

A DU MAL A RESPIRER

A DES CONVULSIONS = SECOUSES MUSCULAIRES

A DES TÂCHES(S) ROUGE(S) OU VIOLACÉE(S) QUI NE DISPARAISSE(NT) PAS QUAND ON APPUIE FORTEMENT DESSUS

Si je ne sais pas quoi faire ou que je suis inquiet, j'appelle :

- > mon médecin traitant ou mon pédiatre
- > la nuit et les week-ends, le médecin de garde par l'intermédiaire du 15
- > les urgences enfants de l'hôpital au 03 88 71 65 33

?

ANNEXE 10 : fiche conseils n°7

Infos-Patients Prescrire

UNE INFO-SANTÉ FIABLE, SANS SUBVENTION NI PUBLICITÉ

La constipation chez les nourrissons

Chez les nourrissons, la constipation est généralement un trouble sans gravité, à traiter le plus souvent sans médicament.

Les selles normales du nourrisson

- Au début de leur vie, les nourrissons expulsent d'abord le méconium (des selles visqueuses, souvent verdâtres ou brunes), puis ils ont généralement une selle après chaque tétée. Après quelques semaines, le rythme des selles se ralentit progressivement : il ne se stabilise que vers l'âge de 3 à 4 ans.
- Les nourrissons nourris au sein ont souvent des selles liquides, grumeleuses ou très molles. Certains d'entre eux ont seulement une selle (de consistance normale) tous les 3 à 4 jours, ou encore moins souvent. On ignore pourquoi. Ces selles rares du nourrisson deviennent plus fréquentes après le sevrage.
- Les selles sont souvent plus compactes chez les nourrissons nourris au lait industriel. Le passage du lait maternel au lait industriel entraîne parfois par des selles très compactes, difficiles à évacuer.

Les causes de constipation

- Chez les nourrissons, la constipation est rare, et rarement due à une maladie. Elle est définie par des selles trop dures, plutôt que par des selles trop rares.
- Avant l'âge de 4 à 6 semaines, la constipation peut justifier la recherche d'une maladie congénitale rare (1 enfant sur 5 000 environ) : le mégacôlon congénital. Elle entraîne une alternance d'épisodes de constipation avec ballonnement et de diarrhée avec mauvaise odeur. Elle ralentit parfois la croissance, et, dans certains cas, des examens complémentaires sont utiles.
- La constipation d'un nourrisson est parfois due à un apport insuffisant en lait ou en liquide (autrement dit, à un début de déshydratation). Divers médicaments sont parfois en cause et, en cas d'allaitement maternel, la prise de certains médicaments par la mère (antidouleurs dérivés de l'opium).

- Après l'âge de 10 semaines, si un enfant tète ou mange bien, et si sa croissance est normale, la constipation ne doit pas inquiéter. Chez les nourrissons, la constipation est souvent à l'origine de mal au ventre, de ballonnement, et rarement, de vomissements. Elle provoque parfois des irritations ou des fissures de l'anus, et des douleurs au passage des selles. Mais elle ne provoque pas de maladie.

Le plus souvent pas de médicament

- Chez les nourrissons de quelques mois, on conseille traditionnellement d'augmenter les apports en eau et de donner du jus naturel de fruit (jus de pomme ou de pruneau, riches en sorbitol, un type de sucre qui reste dans l'intestin et y attire de l'eau, ce qui ramollit les selles). Cela suffit souvent.
- L'utilisation d'eau minérale riche en sulfate de magnésium, est proposée (sur avis médical) pour préparer les biberons du nourrisson constipé. Certains laits 1^{er} âge et 2^e âge aideraient à lutter contre la constipation, en "facilitant la digestion". On manque de données pour affirmer leur efficacité.
- Un suppositoire de *glycérine* est parfois ponctuellement utile.

©Prescrire - février 2018

Sources • "Constipation chez un enfant" Premiers Choix Prescrire, actualisation mai 2017 : 6 pages. • "Constipation des nourrissons sous régime lacté" *Rev Prescrire* 2006 ; 26 (277) : 757.

ANNEXE 11 : Lettre adressée aux parents

POLE PARENTS, ENFANTS,
ADOLESCENTS

Service de Pédiatrie

Secrétariat : 03.88.71.65.32
Fax : 03 88 71 66 57

Unité d'accueil et Urgences :
Tél. : 03 88 71 66 38

Hôpital de Jour :
Tél. : 03 88 71 65 33

Néonatalogie :
Tél : 03 88 71 65 35

Pédiatrie Générale Médicale et
Chirurgicale – Médecine de
l'adolescent :
Tél. : 03 88 71 65 34

Dr J. STEFANIUK
Pédiatre, Praticien Hospitalier
Chef de Service, Chef de Pôle

Dr H. DEMIL
Pédiatre, Praticien Hospitalier
Compétence en médecine de
l'adolescence

Dr L. LONG
Pédiatre, Praticien Contractuel

Dr S. GKOULIAVOUDI
Pédiatre, Praticien Hospitalier

Dr M BILGER
Médecin, Assistante Spécialiste

Dr V. TRIFFAUX
Pédopsychiatre
EPSAN : 03 88 64 61 09

Dr E. PERRIER
Psychiatre
EPSAN : 03.88.64.61.09

ATTACHES DU SERVICE :

Dr F. LECAILLIER Pédiatre
Dr C. LITZLER Cardiopédiatre
Dr C. FRICK Dermatologue

Mme I. THOMANN
FF Cadre de santé

Secrétariat : 03 88 71 65 32

Mme V. NAEGELY
Psychologue, Clinicienne
Secrétariat : 03 88 71 65 32

Anaïs Bongiovanni
Interne de médecine générale
Service des urgences pédiatriques
19 côte de Saverne
67700 Saverne
03 88 71 65 32

Saverne le

Objet : Lettre adressée aux parents et aux enfants ayant consulté aux urgences pédiatriques de Saverne en 2017.

Madame, Monsieur,

Votre enfant a effectué un passage aux urgences pédiatriques de Saverne au cours de l'année 2017. Dans le cadre de mon travail de thèse, j'ai relevé les dossiers des enfants ayant consulté aux urgences pédiatriques pour une constipation.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à quantifier le nombre de consultation pour constipation aux urgences pédiatriques de Saverne au cours de l'année 2017.

En tant qu'interne de médecine générale, je suis la principale destinataire de ces données, recueillies uniquement pour mon travail de thèse de docteur en médecine. Toutes les données ont été rendues anonymes : aucun nom, prénom, date de naissance ou autre donnée pouvant identifier votre enfant n'apparaîtra dans l'étude.

Conformément à la loi « informatique et liberté » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous et/ou votre enfant bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui le concerne. Vous pouvez également vous opposer à l'utilisation des données médicales de votre enfant en adressant un courrier au :

Secrétariat du service des urgences pédiatriques de Saverne
A l'attention de Anaïs Bongiovanni
Centre Hospitalier de Saverne
19 côte de Saverne
67 000 Saverne

Veillez agréer, Madame, Monsieur l'expression de mes sentiments distingués.

Anaïs Bongiovanni

ANNEXE 12 : Autorisation CNIL**CNIL.**3 Place de Fontenoy - 75334 PARIS Cedex 07
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

RÉCÉPISSÉ

**DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À
UNE MÉTHODOLOGIE DE
RÉFÉRENCE**

Numéro de déclaration

2210123 v 0

du 28 novembre 2018

Madame BONGIOVANNI Anaïs
CH SAINTE CATHERINE
PÉDIATRIE
19 CÔTE DE SAVERNE
67700 SAVERNE**A LIRE IMPÉRATIVEMENT**

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr.**Organisme déclarant****Nom :** CH SAINTE CATHERINE**Service :** PÉDIATRIE**Adresse :** 19 CÔTE DE SAVERNE**Code postal :** 67700**Ville :** SAVERNE**N° SIREN ou SIRET :**

266700228 00015

Code NAF ou APE :

8610Z

Tél. : 03 88 71 65 32**Fax. :****Traitement déclaré****Finalité :** MR4 - Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé**Transferts d'informations hors de l'Union européenne :** NonFait à Paris, le 28 novembre 2018
Par délégation de la commissionIsabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

VII. Bibliographie

1. M. Bellaïche ; Constipation chez l'enfant ; Formation médicale continue d'hépatogastro-entérologie ; 2016.
Consulté le 20/06/2018
2. Tabbers M. et al. ; Evaluation and Treatment of Functional Constipation in Infants and Children : Evidence-Based Recommendations From ESPGHAN and NASPGHAN ; Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition ; Volume 58 ; p. 258-274; 2014.
Consulté le 20/06/2018
3. Bourillon A, Benoist G ; Pédiatrie 5ème édition ; Elsevier Masson ; p. 379-383 ; 2011.
Consulté le 20/06/2018
4. Lachaux A, Roy P ; La constipation ; Archives de Pédiatrie ; Volume 15 ; p.95-101 ; 2008.
Consulté le 17/06/2018
5. N. Kalach and al. ; Constipation fonctionnelle de l'enfant : stratégie des explorations et orientations ; Journal de pédiatrie et de Puériculture ; Volume 22 ; p.326-336 ; 2009.
Consulté le 17/06/2018
6. JN Lemoh , Brooke OG ; Frequency and weight of normal stools in infancy ; Archives of Disease in Childhood ; Volume 54 ; p. 719–720 ; 1979.
Consulté le 20/06/2018
7. B.Coffin ; Cours de DES gastroentérologie pédiatrique ; 2010.
Consulté le 20/06/2018
8. JN Koppen et al. ; The pediatric Rome IV criteria: what's new ? ; Expert Review of Gastroenterology & Hepatology ; Volume 11 ; p. 293-201 ; 2017.
Consulté le 2/11/2018
9. M. Russo et al ; Functional Chronic Constipation : Rome III Criteria Versus Rome IV Criteria ; Journal Neurogastroenterology and Motility ; Volume 25 ; p. 123-128 ; 2019.
Consulté le 25/04/2019

10. M. Benninga et al. ; The Paris Consensus on Childhood Constipation Terminology (PACCT) Group ; Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition ; Volume 40 ; p. 273 - 275 ; 2005.
Consulté le 20/06/2018
11. A. Chartier et al. ; Une prévalence excessive du diagnostic de constipation chez les enfants consultant pour douleurs abdominales aux urgences : un exemple d'évaluation des pratiques ; Archives de Pédiatrie; Volume 14 ; p. 1304-1309 ; 2014.
Consulté le 17/06/2018
12. Collège hépato-gastro-entérologie et chirurgie digestive ; Les fondamentaux de la pathologie digestive ; Editions Elsevier-Masson ; Chapitre 5 ; 2014.
Consulté le 16/10/2018
13. RT. Stone RT, GJ. Barbero ; Recurrent Abdominal Pain in Childhood. ; Pediatrics ; Volume 45 ; p. 732-738; 1970.
Consulté le 27/06/2018
14. D. Sibertin-Blanc et al. ; Contrôle sphinctérien ; 1^{ère} partie module transdisciplinaire 3 : Maturation et vulnérabilité ; 2008.
Consulté le 12/06/2018
15. Compte rendu : acquisition de la propreté ; I. Gien, kinésithérapeute spécialisée dans la rééducation périnéale des enfants et des adultes, et de L. Larcin, Educatrice de Jeunes Enfants ; 2014.
Consultable sur : <http://ramchateauneuf.emonsite.com/medias/files/compte.rendu.acquisition.propret.-1.pdf> ; 2014.
Consulté le 12/06/2018
16. V. Desvignes V ; Apprentissage du contrôle sphinctérien ; Archives de pédiatrie ; Volume 21 ; p. 303-304 ; 2014.
Consulté le 12/06/2018
17. T. Clifford et al. ; L'apprentissage de la propreté : Des conseils axés sur l'enfant ; Société canadienne de pédiatrie ; Paediatrics Child Health; Volume 5 ; p.342-344 ; 2000.
Consulté le 15/06/2018
18. P.Allen et al. ; Pediatric Functional Constipation ; StatPearls Publishing LLC ; 2019.
Consulté le 25/04/2018

19. I.J.N Koppen and al. ; Management of Functional Constipation in Children: Therapy in Practice ; Pediatrics Drugs ; Volume 17 ; p. 349-360 ; 2015.
Consulté le 11/05/2019
20. Prescrire rédaction ; Constipation chez un enfant ; Revue Premier choix Prescrire ; ; p.1-6; 2017.
Consulté le 30/12/2018
21. O. Mouterde ; Traitements de la constipation du nourrisson et de l'enfant ; Archives de Pédiatrie ; 2016.
Consulté le 17/04/2019
22. F. Campeotto ; Les mesures diététiques dans la constipation : toujours d'actualité ? ; Archives de Pédiatrie ; volume 22 ; p.111-112 ; 2015.
Consulté le 17/04/2019
23. C.H Axelrod and al. ; The Role of Fiber in the Treatment of Functional Gastrointestinal Disorders in Children ; Nutrients ; Volume 10 ; p.1-16 ; 2018.
Consulté le 25/04/2019
24. M.Sood ; Unmet Needs in Pediatric Functional Constipation ; Clinical pediatrics ; Volume 57 ; p. 1489-1495 ; 2018.
Consulté le 28/04/2019
25. P.Piccoli de Mello ; Use of fibers in childhood constipation treatment : systematic review with meta-analysis ; Journal de Pediatria ; Volume 94 ; p.460-470 ; 2018.
Consulté le 01/05/2019
26. T.Yoo and al. ; Efficacy and Safety of Combined Oral and Enema Therapy Using Polyethylene Glycol 3350-Electrolyte for Disimpaction in Pediatric Constipation ; Pediatric gastroenterology, heppatology and nutrition ; Volume 20 ; p. 244-251 ; 2017.
Consulté le 04/05/2019
27. E.E.Boles and al. ; Comparison of Polyethylene Glycol-Electrolyte Solution vs Polyethylene Glycol-3350 for the Treatment of Fecal Impaction in Pediatric Patients ; The Journal of Pediatrics Pharmacology Therapy ; Volume 20 ; p. 210-216 ; 2015.
Consulté le 04/05/2019

28. M.Minguez and al. ; Use of polyethylene glycol in functional constipation and fecal impaction ; Revista Española de Enfermedades Digestivas ; volume 108 ; p. 790-806 ; 2016.
Consulté le 05/05/2019
29. S.M Dehghani et al ; A randomized controlled double blinded trial to evaluate efficacy of oral administration of black strap molasses (sugarcane extract) in comparison with polyethylene glycol on pediatric functional constipation ; Journal of Ethnopharmacology ; Volume 238 ; 2019.
Consulté le 25/04/2019
30. M.Reza Esmaeilidooki and al. ; Comparison Between the Cassia Fistula`s Emulsion With Polyethylene Glycol (PEG4000) in the Pediatric Functional Constipation: A Randomized Clinical Trial ; Iranian Red Crescent Medical Journal ; Volume 18 ; 2016.
Consulté le 10/05/2019
31. D. Jarzebicka and al. ; PEG 3350 Versus Lactulose for Treatment of Functional Constipation in Children ; Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition ; Volume 68 ; p. 318-324 ; 2019.
Consulté le 19/05/2019
32. P. Dziechciarz and al. ; Polyethylene glycol 4000 for treatment of functional constipation in children. ; Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition ; volume 65 ; p. 65-68 ; 2015.
Consulté le 19/05/2019
33. A. Pärtty et al. ; Probiotics on Pediatric Functional Gastrointestinal Disorders ; Nutrients ; Volume 10 ; 2018.
Consulté le 25/04/2019
34. C. Sahiner and al. ; A Randomized Controlled Trial Examining the Effects of Reflexology on Children With Functional Constipation ; Gastroenterology Nursing ; Volume 40 ; p. 393-400 ; 2017.
Consulté le 04/05/2019
35. A.Bestrük and al. ; Investigation of the efficacy of synbiotics in the treatment of functional constipation in children : a randomized double-blind placebo-controlled study ; The Turkish journal of Gastroenterology ; Volume 28 ; p. 388-393 ; 2017.
Consulté le 04/05/2019

36. K.Wojtyniak and al. ; Lactobacillus casei rhamnosus Lcr35 in the Management of Functional Constipation in Children : A Randomized Trial ; the Journal of Pediatrics ; Volume 184 ; p. 101-105 ; 2017.
Consulté le 04/05/2019
37. J.G.T Van Summeren and al. ; Physiotherapy plus conventional treatment versus conventional treatment only in the treatment of functional constipation in children : design of a randomized controlled trial and cost-effectiveness study in primary care ; BMC Pediatrics ; Volume 18 ; 2018.
Consulté le 28/04/2019
38. D.Jarzebicka and al. ; Evaluation of the effectiveness of biofeedback therapy for functional constipation in children ; The Turkish Journal of Gastroenterology ; Volume 27 ; p. 433-438 ; 2016.
Consulté le 05/05/2019
39. Marieke L. van Engelenburg-van Lonkhuyzen and al. ; Effectiveness of Pelvic Physiotherapy in Children With Functional Constipation Compared With Standard Medical Care ; The American Gastroenterology association ; Elsevier ; Volume 152 ; p. 82-91 ; 2017.
Consulté le 10/05/2019
40. C.A.V. Beleli and al. ; Effect of 4'galactooligosaccharide on constipation symptoms ; Journal de Pediatria ; Volume 91 ; p. 567-573 ; 2015.
Consulté le 11/05/2019
41. S.M. Mugie and al. ; Prucalopride Is No More Effective Than Placebo for Children With Functional Constipation ; The American Gastroenterology Association ; Volume 147, p. 1285-1295 ; 2014.
Consulté le 12/05/2019
42. P. Hyman and al. ; Lubiprostone for the Treatment of Functional Constipation in Children ; Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition ; Volume 58; p. 283-291 ; 2014.
Consulté le 12/05/2019
43. S.M. Dehghani and al. ; Oral domperidone has no additional effect on chronic functional constipation in children : A randomized clinical trial ; Indian Journal of Gastroenterology ; Volume 33 ; p.125-130 ; 2014.
Consulté le 12/05/2019

44. M. Sadeghzadeh and al. ; The effect of probiotics on childhood constipation ; International Journal of Pediatrics ; 2014.
Consulté le 19/05/2019
45. Alejandra Vilanova-Sanchez ; Are Senna based laxatives safe when used as long term treatment for constipation in children? ; Journal of Pediatric Surgery ; Volume 53 ; p 722-727 ; 2018.
Consulté le 01/05/2019
46. IJN. Koppen IJN, et al. ; Prevalence of Functional Defecation Disorders in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis ; The Journal of Pediatrics ; Volume 198 ; p. 121-130 ; 2018.
Consulté le 02/11/2018
47. Moreau A et al. ; S'approprier la méthode du focus group ; La revue du praticien - médecine générale ; Tome 18 ; n° 645 ; p.382-384 ; 2004.
Consulté le 14/11/2018
48. Bernard L et al. ; Optimisation de la prévention de la bronchiolite à VRS chez les nouveaux-nés à risque et les prématurés : mesure de l'impact d'une intervention éducative ciblée ; Archives de pédiatrie ; Volume 22, N°2 ; p.146 - 153 ; 2015.
Consulté le 20/01/2019
49. Floch M ; Place des parents dans l'observance thérapeutique de l'enfant atteint de mucoviscidose dans le cadre du drainage autogène ; Travail écrit de fin d'études en vue de l'obtention du diplôme d'état de Masseur-Kinésithérapeute ; Rennes : Université de Rennes 1 ; 2014-2015.
Consulté le 20/01/2019

Université

de Strasbourg

Faculté
de médecine**DECLARATION SUR L'HONNEUR****Document avec signature originale devant être joint :****- à votre mémoire de D.E.S.****- à votre dossier de demande de soutenance de thèse**Nom : BONGIANNIPrénom : Amis

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

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

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

J'atteste sur l'honneur

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

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

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

Signature originale :

A. BONGIANI, le 01/07/19

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

Résumé :

Ce travail s'intéresse à la constipation fonctionnelle de l'enfant et comment en améliorer sa prise en charge. Nous avons réalisé une revue de la littérature sur les moyens thérapeutiques disponibles en pédiatrie. Puis, nous avons évalué la prévalence de la constipation fonctionnelle dans le service d'accueil des urgences pédiatriques de l'hôpital de Saverne en 2017. Pour terminer et répondre à notre problématique, nous avons créé un outil pédagogique à destination des parents et des enfants. Il s'agit d'une fiche conseils, afin d'améliorer l'adhérence aux règles hygiéno-diététiques à domicile, dans la constipation fonctionnelle de l'enfant.

Rubrique de classement :

Médecine générale

Mots-clés :

Constipation fonctionnelle - Pédiatrie – Fiche conseils

Président : Professeur BECMEUR François

Assesseurs :

Professeur SCHRÖDER Carmen
Docteur BONNEMAINS Laurent
Docteur ASTRUC Dominique
Docteur BILGER Marie

Adresse de l'auteur : 24b rue du vieux moulin 57990 Hundling