

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

Laura GORDON

Le 5 Décembre 2017

REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN PHYSIOLOGIQUE DU NOURRISSON : POURQUOI LES PARENTS CONSULTENT-ILS ? Etude observationnelle en Midi-Pyrénées

Directrice de thèse : Dr Leila LATROUS

JURY

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ	Président
Madame le Docteur Motoko DELAHAYE	Assesseur
Madame le Docteur Sophie DUBEDOUT	Assesseur
Madame le Docteur Anne FREYENS	Assesseur
Madame le Docteur Leila LATROUS	Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2016

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHE Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHE Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Étienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTHE Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAVAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédéric	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MAZIERES Julien	Pneumologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-Entérologie		
		P.U. Médecine générale	
		M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
		M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MONTOYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
 Dr CHICOULAA Bruno
 Dr IRI-DELAHAYE Motoko
 Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
 Dr ANE Serge
 Dr BIREBENT Jordan

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

Au président du jury, Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Merci pour l'intérêt que vous portez à ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et mon profond respect.

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Leila LATROUS,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Vous avez su m'encourager et me rassurer dans les moments difficiles. Votre patience, votre accompagnement et votre gentillesse m'ont permis de mener ce travail au bout. Soyez assurée de mon profond respect et de ma gratitude.

A Madame le Docteur Motoko DELAHAYE,

Vous me faites l'honneur de siéger à ce jury de thèse. Je vous remercie de votre présence aujourd'hui pour évaluer ce travail et je vous prie de trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Sophie DUBEDOUT,

Je suis honorée de votre présence dans ce jury. Votre regard sur la gastro-pédiatrie est pour moi d'une grande importance pour l'évaluation de ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère considération.

A Madame le Docteur Anne FREYENS,

Vous me faites l'honneur de faire partie de ce jury. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Soyez assurée de l'expression de ma sincère reconnaissance.

A la famille et aux amis,

A mes parents, merci de m'avoir toujours encouragée et soutenue. Je ne serais pas là aujourd'hui sans vous. Pour votre amour et tout ce que vous avez fait et faites encore pour moi, ce travail vous est dédié.

A Aurélie, ma sisterette d'amour, merci d'être la sœur que tu es. Pour tous nos moments passés et à venir ensemble.

A ma grand-mère, ma petite mamie que j'aime tant.

A Lorrie, mon petit chat, merci pour tous ces innombrables fous rires. Vivement ton retour de Californie et les prochains week-ends entre cousines.

A la famille Gordon de Castanet, merci de m'avoir accueillie durant cette période difficile qu'est la 1^{ère} année de médecine. C'est aussi grâce à vous que je suis là aujourd'hui.

A tout le reste de ma famille.

A mes amis,

A Olivia, Tiffany et Vanina, à notre amitié qui dure et résiste malgré la distance. Vous êtes des amies formidables et j'ai beaucoup de chance de vous avoir dans ma vie. Vivement la prochaine dégustation de vin à Monein avec vous.

A Chacha, Clemouita, Saisai et Maé, merci pour nos délires, merci d'être toujours là et merci pour toutes ces belles années d'amitié si précieuses. **A Anto,** merci pour tes (bonnes?) blagues, tu me fais toujours rire.

A l'équipe de médecine toulousaine qui m'aura suivie jusqu'au bout **Vlad et Kim, Laura et Hugo,** à tous ces moments partagés et à ceux qu'ils restent à venir, aux prochains voyages, aux séjours au ski où vous réussissez à me trainer chaque année même si je n'aime pas ça. **Julie G., Hélène, Vivien, Anne M., Marie,** merci pour ces années d'externat à vos côtés.

Aux nouveaux, Julie E., Camille, Anne B., Céline et Romain, pour ces belles rencontres et tous ces bons moments.

A Pauline, Elodie, Nian, Marine, j'ai la chance de vous connaître grâce à Julia et nos supers soirées toulousaines ne seraient pas les mêmes sans vous.

A Cecilia et Marie-Laure, collègues des urgences d'Auch, collègues du groupe de pairs (RIP). Merci de m'avoir fait découvrir le foot américain (ou pas). Merci pour votre amitié.

Aux copains lourdais et nos folles soirées déguisées, **Célia, Aurore, Déborah, Thibaut, Duc-Minh, Rémi, Flora, Elodie, Benjamine**.

A Emilie, pour nos après-midis au cabinet médical à parler de chaussures et tatouages.

A ma co-thésarde Julia, on en aura passé du temps sur cette thèse mais ça y est on y est enfin arrivées. Merci pour la personne formidable que tu es et la merveilleuse amie que j'ai rencontré à Fonsorbes. Je te souhaite le meilleur pour ton avenir avec Nico et réserve-moi un lit sur le bateau.

Aux médecins qui m'ont formé et donné l'envie de continuer : Alain et Patrick, merci de m'accueillir au cabinet de Sainte Foy, l'équipe des urgences de Auch, la gériatrie de Lourdes, le cabinet médical de Labastide, sans oublier le fameux cabinet médical de Fonsorbes pour ces repas de Noël et ces apéros.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	4
1. INTRODUCTION	5
1.1. Définition et épidémiologie	5
1.1.1. Le RGO physiologique	5
1.1.2. Le RGO pathologique	5
1.1.3. Différencier RGO physiologique et RGO pathologique	7
1.1.4. Epidémiologie du RGO du nourrisson	8
1.2. Physiopathologie du RGO	8
1.2.1. Causes fonctionnelles	8
1.2.2. Causes anatomiques	9
1.3. Diagnostics différentiels	9
1.3.1. L'allergie aux protéines de lait de vache	9
1.3.2. La sténose hypertrophique du pylore	10
1.4. Prise en charge du RGO	10
1.4.1. RGO physiologique	10
a) Conseils alimentaires et règles hygiéno-diététiques	10
b) Epaissement du lait	11
1.4.2. RGO pathologique	12
a) Examens complémentaires	12
b) Traitements médicamenteux	13
c) Autres thérapeutiques	15
1.5. Objectif de l'étude	16
2. MATÉRIEL ET MÉTHODE	17
2.1. Objectifs	17
2.2. Population	17
2.3. Revue de la littérature	17
2.4. Le questionnaire	18
2.5. Diffusion du questionnaire	18
2.6. Analyse statistique	19

3. RÉSULTATS	20
3.1. Caractéristiques de l'échantillon	20
3.1.1. Sexe	20
3.1.2. Âge des participants	20
3.1.3. Nombre d'enfants	20
3.1.4. Activité professionnelle	20
3.2. Objectif principal	21
3.2.1. Consultation médicale	21
3.2.2. Raisons à la consultation	22
3.2.3. Réponses apportées lors de la consultation	23
3.2.4. Freins à la consultation	26
3.3. Objectif secondaire	27
3.4. Comparaison entre consultants et non consultants	27
3.5. Comparaison de la satisfaction des parents par rapport à la proposition thérapeutique apportée	29
4. DISCUSSION	30
4.1. Critique de la méthode	30
4.1.1. Points forts	30
4.1.2. Limites et biais	30
4.2. Discussion des résultats	31
4.2.1. Cohorte	31
4.2.2. Raisons à la consultation	31
4.2.2.1. Les pleurs du nourrisson	32
4.2.2.2. Quantité des régurgitations	32
4.2.3. La consultation médicale et les propositions thérapeutiques du médecin	33
4.2.4. Les freins à la consultation	35
4.2.5. Satisfaction des parents concernant leur consultation	35
5. CONCLUSION	37
6. BIBLIOGRAPHIE	38
7. ANNEXES	44

7.1.	ANNEXE 1 : Tableau de définition internationale du RGO pathologique chez l'enfant proposé par le consensus de Montréal	44
7.2.	ANNEXE 2 : Tableaux récapitulatifs des différents laits infantiles	45
7.3.	ANNEXE 3 : Lettre d'information aux parents	47
7.4.	ANNEXE 4 : Questionnaire	48
7.5.	ANNEXE 5 : I-GERQ-R	51

LISTE DES ABRÉVIATIONS

RGO : Reflux Gastro-Œsophagien

ORL : Oto-Rhino-Laryngologique

ALTE : Apparent Life Threatening Event

SIO : Sphincter Inférieur de l'Œsophage

I-GERQ-R : Infant Gastroesophageal Reflux Questionnaire Revised

NASPGHAN : North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology And Nutrition

ESPGHAN : European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology And Nutrition

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

HAS : Haute Autorité de Santé

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

1. INTRODUCTION

1.1. Définition et épidémiologie

Le reflux gastro-œsophagien (RGO) est défini comme le passage intermittent et involontaire d'une partie du contenu gastrique dans l'œsophage. Il peut être extériorisé sous forme de régurgitations ou rester inapparent s'il n'atteint pas la cavité buccale. Selon le consensus international de Montréal de 2009 (1) : « en pédiatrie, les régurgitations sont définies comme le passage du contenu gastrique qui reflue dans le pharynx ou la bouche, ou qui sort de la bouche. »

On distingue deux types de RGO : le RGO dit physiologique ou simple et le RGO pathologique.

1.1.1. Le RGO physiologique aussi appelé « régurgitations simples du nourrisson »

Elles sont normales et présentes chez 2/3 des nourrissons. Elles vont en général débiter avant l'âge de 3 mois et disparaître à partir de 9 à 12 mois avec l'apparition de la position orthostatique (position assise puis debout). Elles peuvent être pluriquotidiennes et surviennent en général après chaque tétée ou biberon, souvent lors du rot. Ce sont des expulsions ou rejets soudains, sans effort, d'une petite quantité du contenu gastrique alimentaire par la bouche. Elles seront spontanées ou accompagnées d'une éructation. Elles ne s'accompagnent pas de contractions musculaires ou abdominales, contrairement aux vomissements. Elles ne s'accompagnent pas de symptômes fonctionnels et n'ont aucune incidence sur la courbe de croissance staturo-pondérale (2).

1.1.2. Le RGO pathologique

Selon le consensus de Montréal : « On parle de RGO pathologique chez l'enfant lorsque le reflux du contenu gastrique provoque des symptômes gênants et/ou des complications. Chez les patients pédiatriques, les complications œsophagiennes du RGO sont l'œsophagite peptique, l'hémorragie digestive, la sténose œsophagienne, l'œsophage de Barrett, et plus rarement, l'adénocarcinome » (1) : chez le nourrisson, on retrouve

essentiellement -bien que rarement- l'œsophagite peptique, les autres complications, rares également, se manifestent plus tardivement.

Les manifestations les plus fréquentes sont des régurgitations nombreuses qui vont survenir à n'importe quel moment de la journée, y compris pendant le sommeil, et parfois accompagnées de vomissements. Il n'existe cependant pas un nombre seuil de régurgitations par jour permettant de faire la distinction entre RGO physiologique et pathologique. La notion d'une irritabilité, de pleurs à la déglutition ou durant le sommeil, un refus du biberon ou au contraire un nourrisson qui veut téter en permanence, doivent évoquer une symptomatologie douloureuse en rapport avec une œsophagite. On peut aussi noter des rots difficiles qui semblent douloureux, des épisodes de hoquets qui sont très fréquents. Parfois des rejets sanglants peuvent se manifester. L'anorexie et les vomissements peuvent être à l'origine d'une stagnation ou d'un ralentissement de la courbe staturo-pondérale. Des régurgitations chez un nourrisson de plus de un an seront également suspects.

De plus, le RGO pathologique peut aussi entraîner des manifestations diverses telles que respiratoires (toux chronique, bronchiolites ou pneumopathies récidivantes) ou ORL (laryngites, rhino-pharyngites à répétition, otites séreuses, érosion dentaire).

Le rôle du RGO dans la survenue de malaises graves (apnées, bradycardies) est encore incertain et reste un sujet de débat (3) (4). Une relation de causalité entre le reflux et l'apnée a été supposée pendant de nombreuses années. Plusieurs études suggèrent fortement qu'il n'y aurait aucun lien entre l'apnée et le RGO chez la plupart des nourrissons (5). D'après les recommandations de Montréal : « Bien que le reflux provoque des apnées physiologiques, il ne cause des épisodes d'apnées pathologiques que chez un très petit nombre de nouveau-nés et de nourrissons. »

De même, le RGO du nourrisson a longtemps été considéré comme un facteur de risque de mort subite du nourrisson et de mort subite manquée (apparent life threatening event en anglais ou ALTE). Il s'avère maintenant que ce concept selon lequel le RGO pathologique jouerait un rôle important dans la mort subite du nourrisson n'est plus largement accepté et que d'autres pathologies sont à rechercher en priorité (6) : « Un

diagnostic de « mort subite manquée » du nourrisson (*ALTE*, en anglais) justifie d'envisager d'autres causes que le RGO ».

Une entité particulière est représentée par le syndrome de Sandifer (7) qui associe un RGO pathologique (plus ou moins une hernie hiatale) et un trouble du mouvement de type dystonie paroxystique (inclinaison latérale intermittente de la tête et du cou avec un aspect de torticolis et une courbure importante de la colonne vertébrale). La prévalence de ce syndrome est inconnue. La maladie débute généralement dans la petite enfance. Les épisodes durent généralement entre 1 et 3 minutes et peuvent survenir jusqu'à 10 fois par jour, bien qu'ils soient le plus souvent associés à l'ingestion de nourriture. Une œsophagite est fréquemment associée. Plusieurs études ont suggéré que la dystonie est un réflexe pathologique déclenché par la douleur abdominale liée au reflux gastro-œsophagien et à l'œsophagite. L'examen neurologique est généralement normal. Cependant, en l'absence de reflux gastro-œsophagien évident, ce syndrome est fréquemment diagnostiqué à tort comme une épilepsie, des spasmes infantiles ou une dystonie paroxystique. Le diagnostic précoce est essentiel, car la mise en place d'un traitement efficace contre le reflux gastro-œsophagien (par traitement médicamenteux ou intervention chirurgicale) fait disparaître le trouble du mouvement. Le pronostic est bon. (8)

1.1.3. Différencier RGO physiologique et RGO pathologique

Même si la définition du RGO pathologique est encadrée par des consensus (voir en Annexe 1 le tableau de définition internationale du RGO pathologique chez l'enfant proposé par le consensus de Montréal), il n'est toutefois pas si simple d'en faire le diagnostic car aucun signe n'en est vraiment spécifique. Ainsi, des pleurs importants chez un nourrisson peuvent avoir une autre étiologie (coliques du nourrisson par exemple). Chez les nourrissons qui sont limités par l'absence de langage et la nécessité du signalement des signes par un tiers (le parent généralement), les signes peuvent être surestimés, notamment l'importance des régurgitations. L'appréciation du caractère « gênant » est subjective et difficile à juger. Toujours d'après le consensus de Montréal, « les symptômes dus au RGO sont gênants lorsqu'ils ont un effet négatif sur le bien-être de l'enfant. » Donc même si un nourrisson présente des signes de reflux avec des

réurgitations importantes, ce RGO ne doit être qualifié de pathologique que s'il existe un retentissement sur son bien-être (des pleurs, des douleurs, des troubles du sommeil...)(1).

Un questionnaire d'évaluation des symptômes du RGO du nourrisson afin de différencier RGO physiologique et RGO pathologique a été validé en tant que stratégie diagnostique (9). Cependant plusieurs études ayant utilisé ce questionnaire I-GERQ-R montrent des résultats discordants notamment au niveau de sa sensibilité et de sa spécificité (10).

1.1.4. Epidémiologie du RGO du nourrisson

Le RGO simple chez les nourrissons nés à terme représente une part importante des motifs de consultation en médecine générale. En effet, on estime à 50 % les nourrissons de 0 à 3 mois qui régurgitent au moins une fois par jour avec un pic de 66 % à 4 mois, et seulement 5 % à un an (11).

Dans la population mondiale, 20 à 25 % des parents consultent au moins une fois un médecin pour des régurgitations du nourrisson (12). Ce symptôme est souvent mal vécu par les parents et très régulièrement surévalué : 57 % des parents surestimeraient jusqu'à 5 fois le volume de lait régurgité (13).

En France, une étude observationnelle ayant pour but de déterminer la prévalence nationale du RGO pathologique de l'enfant en 2009 retrouve une prévalence de 24,4 % chez les nourrissons de 0 à 23 mois (14).

1.2. Physiopathologie du RGO

Le RGO du nourrisson, qu'il soit physiologique ou pathologique, est d'origine multifactorielle.

1.2.1. Causes fonctionnelles

Il existe un dispositif anti-reflux qui est constitué par le sphincter inférieur de l'œsophage (SIO) et par le muscle diaphragmatique. Les principaux mécanismes du RGO sont dus à une immaturité du système digestif, entraînant des relaxations inappropriées et transitoires du SIO, indépendantes de la déglutition, responsables du RGO dans 2/3 des

cas (15). On retrouve une hypotonie plus ou moins permanente du SIO dans 15 % des RGO. Il existe aussi une inadéquation entre le volume gastrique et les quantités de lait absorbées et un retard de la vidange gastrique favorisant le reflux. La dernière cause fonctionnelle est une diminution de la clairance œsophagienne (constituée par la déglutition de salive et le péristaltisme et qui contribue à la protection de la muqueuse œsophagienne contre le reflux) (16).

1.2.2. Causes anatomiques

Le rôle des anomalies anatomiques dans le RGO est beaucoup moins important en termes de fréquence. Les anomalies retrouvées peuvent être l'ouverture de l'angle de His, une hypoplasie de la valvule de Gubaroff, une hernie hiatale (retrouvée dans environ 10 % des RGO), ou des ligaments cardio-phréniques lâches.

1.3. Les diagnostics différentiels

1.3.1. L'allergie aux protéines de lait de vache

C'est le diagnostic différentiel principal. L'allergie aux protéines de lait de vache peut entraîner les mêmes symptômes qu'un RGO pathologique. Le traitement repose sur l'éviction des protéines de lait de vache. Il en existe deux formes : l'allergie aux protéines de lait de vache (APLV) qui est une hypersensibilité immunologique aux protéines lactées bovines et l'intolérance aux protéines de lait de vache (IPLV) qui regroupe un ensemble de manifestations indésirables induites par le lait de vache, mais sans faire intervenir d'anticorps IgE.

A priori, 2 à 6 % des nourrissons auraient une APLV pendant la première année de vie (17). Le diagnostic se base sur l'histoire et les éléments cliniques, sur des tests cutanés (prick test et patch test) et sur le dosage des IgE totaux et spécifiques aux protéines de lait de vache. En pratique, le diagnostic se fait souvent par une éviction des protéines de lait de vache.

1.3.2. La sténose hypertrophique du pylore

Il s'agit d'une hypertrophie musculaire des fibres circulaires du pylore. Elle touche les nourrissons de moins de trois mois et se caractérise par des vomissements en jet isolés chez un enfant par ailleurs en bonne santé dont l'appétit est conservé. Ils surviennent préférentiellement chez le garçon, à la suite d'un intervalle libre de 2 à 6 semaines après la naissance. A mesure que la maladie évolue, on observe une cassure de la courbe staturo-pondérale. Le traitement est chirurgical, consistant en une pyloromyotomie.

1.4. Prise en charge du RGO physiologique et pathologique

1.4.1 RGO physiologique

La prise en charge du RGO physiologique est avant tout la réassurance des parents. Il est important de ne pas banaliser leurs craintes en prenant le temps de les rassurer sur la fréquence de la survenue des régurgitations et leur expliquer les différentes raisons qui sont à l'origine de ce phénomène.

Pour le RGO physiologique, seuls les conseils hygiéno-diététiques et éventuellement le changement de lait trouvent leur place. Aucun traitement médicamenteux ne devrait être introduit.

a) Conseils alimentaires et règles hygiéno-diététiques

Les règles hygiéno-diététiques ont un rôle majeur dans la prévention du RGO (18). Ce sont les premières mesures à mettre en place.

La bonne reconstitution du biberon (une dose pour 30 ml d'eau), la tétine adaptée à l'âge du nourrisson, le fractionnement des repas et le rot en position verticale en fin de tétée sont essentiels. De même, éviter les vêtements trop serrés, la manipulation et la position couchée juste après le repas font partie des conseils à donner aux parents. Il est aussi nécessaire d'éviter les jus de fruits acides, d'éviter la suralimentation et de lutter contre le tabagisme passif qui est corrélé à une diminution du pH œsophagien.

Il n'y a pas de corrélation entre la position proclive dorsale avec la tête surélevée et la survenue des régurgitations. Plusieurs études ont prouvé que le pH mesuré était identique si la position était horizontale ou si la tête était surélevée (19). Les positions pouvant faire diminuer les régurgitations sont la position proclive ventrale et la position latérale gauche, mais la position ventrale étant un facteur de risque de mort subite et la position latérale étant à risque car l'enfant peut se retourner en position ventrale, elles sont bien entendu proscrites pour la nuit mais restent autorisées lors des périodes d'éveil pour éviter la plagiocéphalie. Les plans inclinés vendus pour surélever les matelas n'ont donc aucun intérêt. Les coussins sont aussi déconseillés en raison du risque de faire glisser l'enfant en position ventrale (la Food Drug Administration aux Etats-Unis a d'ailleurs banni de la vente certains de ces coussins « positionneurs » en raison du décès par suffocation de 12 nourrissons).

b) Épaississement du lait

Lorsque les conseils hygiéno-diététiques ne suffisent pas, on peut proposer aux parents d'épaissir le lait. Une méta-analyse a prouvé une diminution légère de la quantité des régurgitations simples chez le nourrisson mais les laits épaissis n'influent pas sur le nombre et la durée des reflux acides mesurés par pH métrie (20).

Les épaississants incorporés dans le lait augmentent la viscosité dans le but de limiter les régurgitations. L'épaississant est soit constitué de caroube, qui va s'épaissir au niveau de l'estomac en absorbant l'eau au contact de l'acidité, soit d'amidon, dont la structure se modifie sous l'effet de la chaleur ou de l'hydratation (21). On pourra préférer les laits épaissis à base de caroube en cas de constipation puisqu'ils facilitent le transit, mais ils ont l'inconvénient de pouvoir provoquer des diarrhées et des ballonnements, tandis que les laits épaissis à base d'amidon pourront avoir un intérêt en cas de diarrhée puisqu'ils ralentissent le transit mais ils peuvent être responsables de constipation. On distingue les laits anti-régurgitations « AR » qui sont exclusivement vendus en pharmacie à base de caroube et/ou amidon et les laits « à formule épaissie » qu'on trouve en grande surface ou en pharmacie à base d'amidon exclusivement (la proportion d'amidon y est moins importante que dans les laits AR), voir en Annexe 2 les différents laits disponibles.

Il existe aussi des épaississants externes à rajouter dans le lait pour augmenter sa viscosité. Ils sont surtout utilisés en cas d'allaitement maternel car la reconstitution du biberon est difficile. On retrouve la Gelopectose (pectine cellulosique), le Gumilk (mucilage de caroube) et le Magic Mix (amidon de maïs modifié). Cependant, l'épaississement externe en cas d'allaitement est fortement controversé car il entraîne souvent des troubles digestifs et serait plus agressif pour la muqueuse œsophagienne (22). De plus plusieurs études ont montré que l'allaitement exclusif était un facteur protecteur contre la survenue d'un RGO (23).

1.4.2. RGO pathologique

Lorsque les mesures hygiéno-diététiques et l'épaississement du lait sont inefficaces et que l'enfant est gêné par les régurgitations (pleurs, réveils nocturnes...), on peut suspecter un RGO pathologique. En cas de doute sur un reflux gastro-œsophagien pathologique, un traitement empirique n'est pas recommandé et des explorations à visée diagnostique sont justifiées. Cependant, les traitements sont nombreux, souvent prescrits sans certitude diagnostique, et il existe peu de preuves scientifiques de leur efficacité dans les données de la littérature. Une étude a montré que la majorité des nourrissons traités par médicaments anti-reflux ne présentait pas de RGO pathologique avéré. Sur 44 enfants suspectés d'avoir un RGO pathologique, seuls 8 en avaient vraiment un (24). L'étude de cohorte ERGO montrerait que 80 % des traitements du RGO chez le nourrisson seraient injustifiés (25).

a) Les examens complémentaires

Les examens complémentaires ne sont utiles qu'en cas de suspicion de RGO compliqué, c'est-à-dire avec suspicion d'œsophagite ou en cas de RGO avec des manifestations atypiques ORL, neurologiques, pneumologiques (2). Dans les cas de RGO physiologique et RGO pathologique non compliqué cliniquement évident, il n'y a pas lieu de recourir à des examens complémentaires. Selon les recommandations du comité d'expert de la NASPGHAN (North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology And Nutrition) et l'ESPGHAN (European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology And Nutrition) de 2009 (26) : « Chez les nourrissons présentant des régurgitations

répétées, les questions, l'examen clinique et l'histoire du reflux suffisent généralement au médecin pour établir le diagnostic de RGO pathologique non compliqué : les examens complémentaires ne sont pas nécessaires (Recommandation de grade C). »

- La pH métrie est l'examen de référence. Elle est recommandée pour rechercher un RGO acide avant de mettre en place un traitement ou en cas de manifestations extra digestives (27) (28).
- Le transit oeso-gastro-duodéal est parfois préféré dans certains hôpitaux car moins invasif.
- L'impédancemétrie intraluminale couplée à la pH métrie a tendance à se développer car plus performante.
- L'échographie œsophagienne est peu invasive mais peu sensible car opérateur dépendant.
- La fibroscopie digestive ne montre pas le RGO, mais permet de faire la recherche et le suivi des complications peptiques.

b) Les traitements médicamenteux

- Les anti-acides

Il en existe deux types. Les anti-acides vrais (phosphalugel) et les surnageants gastriques qui sont des alginates comme le Gaviscon.

Seul l'alginate de sodium a fait l'objet d'études contrôlées. Il a l'AMM pour les nourrissons de moins de 2 ans à la dose de 1 à 2 ml/kg/jour à répartir dans la journée après chaque repas. Le traitement sera poursuivi jusqu'à disparition des symptômes. Selon l'HAS, le Gaviscon est un traitement symptomatique de première intention dont le rapport efficacité/effets indésirables est important (29). La plupart des études ont montré une réduction des régurgitations et une amélioration des variables pH-métriques par rapport au placebo, mais les bénéfices obtenus étaient très modérés (30).

Ces substances ne sont recommandées ni par l'ESPGHAN ni par la NASPGHAN pour les enfants car l'on ne dispose pas de données suffisantes en ce qui concerne l'efficacité et

d'éventuels effets secondaires : « Parce que d'autres thérapeutiques plus efficaces (anti-H2 et IPP) sont disponibles, une utilisation au long cours des anti-acides n'est pas recommandée pour le RGO pathologique (Recommandation de grade A). » (26)

- Les prokinétiques

Le Cisapride et le Metoclopramide ou Primperan ont été contre-indiqués chez le nourrisson. La Domperidone ou Motilium est donc le seul prokinétique qui peut désormais être prescrit, mais elle est déremboursée et déconseillée chez l'enfant de moins de 18 ans depuis 2017 par l'HAS du fait ses effets secondaires (31). Aucune étude n'a démontré d'efficacité dans le RGO. Selon les recommandations des sociétés européenne et nord-américaine de gastroentérologie pédiatrique : « Les effets secondaires potentiels de chaque prokinétique actuellement disponible l'emportent sur les avantages potentiels. Les preuves sont insuffisantes pour justifier l'utilisation systématique de métopclopramide ou dompéridone pour le RGO pathologique (Recommandation de grade C). »

- Les anti-sécrétoires

Leur efficacité dans la réduction des symptômes en cas d'œsophagite ulcérée a été prouvée. On distingue les IPP (Oméprazole et Esoméprazole à la dose de 10 à 20 mg/j pendant 2 à 3 mois) qui ont l'AMM pour les enfants au-dessus de l'âge de un an, mais selon les recommandations de l'AFSSAPS, une prescription avant un an est possible en cas de RGO acide pathologique avéré (27). Les anti-H2 (Cimetidine, seule molécule à avoir l'AMM chez l'enfant), sont peu utilisés depuis l'arrivée des IPP. Selon les recommandations de la NASPGHAN et l'ESPGHAN : « Les IPP sont plus efficaces que les anti-H2 dans l'amélioration des symptômes et dans la cicatrisation de l'œsophagite (Recommandation de grade A). »

L'AFSSAPS recommande une exploration par pH-métrie avant de mettre en place un traitement par IPP puisque « Seul un RGO acide authentifié relève d'un traitement par IPP (Accord professionnel), pendant 2 à 3 mois. »

c) Autres thérapeutiques

- **Le traitement chirurgical**

Le traitement chirurgical du reflux gastro-œsophagien a une place très limitée, et reste assez rarement utilisé dans la population pédiatrique générale.

Selon les recommandations des sociétés européenne et nord-américaine de gastroentérologie pédiatrique : « La chirurgie anti-reflux ne doit être envisagée que chez les enfants atteints de RGO pathologique après un échec au traitement médical optimisé, ou avec une dépendance à long terme au traitement médical ou en cas de complications potentiellement mortelles (Recommandation de grade C). » (26)

Actuellement la chirurgie de référence est la fundoplicature.

- **L'homéopathie**

Devant la multiplication des traitements peu efficaces ou présentant trop d'effets indésirables, bon nombre de médecins se tournent vers l'homéopathie dans la prise en charge du RGO. Ces thérapeutiques n'ont cependant jamais été étudiées. Nous pouvons retenir :

-Cuprum 9 CH (5 granules dissous dans le biberon) pour les violentes douleurs ou les crampes ;

-Aetusa cynapium 5 CH si l'enfant supporte mal le lait (10 granules dissous dans le biberon et à boire au cours de la journée) ;

-Nux vomica 15 CH avant les repas.

- **L'ostéopathie**

L'ostéopathie est de plus en plus utilisée dans le traitement du RGO du nourrisson. Les déséquilibres créés lors de l'accouchement seraient à l'origine des différentes pathologies digestives et une rééquilibration manuelle crânienne et diaphragmatique notamment pourrait diminuer les phénomènes de RGO. Toutefois, un rapport publié par l'INSERM en 2012 estime qu'en-dehors des douleurs d'origine vertébrale où les réponses apportées par l'ostéopathie sont potentiellement efficaces, en l'état actuel des études disponibles

on ne peut conclure à l'efficacité de l'ostéopathie dans toutes les autres indications dont les indications digestives. (32)

1.5. Objectif de l'étude

Le problème du RGO est très fréquemment rencontré en médecine générale. Du fait de ses symptômes, il entraîne une anxiété chez les parents ce qui peut altérer la qualité de la relation mère-enfant et perturber la vie familiale avec, pour possible conséquence, une atteinte sur le développement psychomoteur de l'enfant (33). Par ailleurs, l'épuisement parental peut aussi conduire à de la maltraitance et au syndrome du bébé secoué.

La prise en charge est différente entre le RGO physiologique et le RGO pathologique, les traitements médicamenteux étant réservés au RGO pathologique seulement, et après la réalisation d'examens complémentaires. Pourtant de nombreux traitements sont prescrits à des nourrissons sans preuve de RGO pathologique et sortent de l'AMM. La prise en charge du RGO physiologique ne devrait consister qu'en la réassurance des parents et la mise en place de conseils hygiéno-diététiques.

Nous nous sommes intéressés dans cette étude au point de vue des parents et nous avons voulu comprendre ce qui pousse les parents de nourrissons présentant des régurgitations à consulter un médecin pour la première fois pour permettre aux médecins un meilleur accompagnement de ces parents en adaptant leur attitude.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODE

Cette étude de type observationnelle descriptive quantitative a été réalisée en Midi-Pyrénées du 05/06/2017 au 05/09/2017.

2.1. Objectifs

L'objectif principal est de connaître les déterminants de la consultation des parents de nourrissons qui présentent des régurgitations.

L'objectif secondaire est d'évaluer leur satisfaction quant à la réponse apportée par leur médecin.

2.2. Population

Le recueil des informations a été fait auprès de parents d'un ou plusieurs enfants de moins de deux ans consultant dans les cabinets de médecine générale de Haute-Garonne via la distribution d'un questionnaire. Le même questionnaire a également été réalisé sur un site internet, le lien ayant été diffusé à des parents de Midi-Pyrénées. Une lettre d'information précisant les critères d'inclusion était jointe à chaque questionnaire (Annexe 3).

2.3. Revue de la littérature

Au début de mon travail, j'ai effectué une recherche bibliographique me permettant de mieux connaître le RGO du nourrisson. La recherche a été effectuée dans les bases de données PUBMED, EMC PREMIUM, PASCAL pour les articles et revues, SUDOC pour les thèses et mémoires, les sociétés savantes de pédiatrie et de néonatalogie pour les recommandations.

Pour la bibliographie francophone, nous avons utilisé les mots-clés suivants : « reflux gastro-œsophagien du nourrisson », « traitement », « complication », « recommandation », « épidémiologie ».

Pour les recherches bibliographiques anglo-saxonnes, nous avons utilisé les mots-clés « gastroesophageal reflux », « infants », « diagnostic », « treatment ».

2.4. Le questionnaire

Le questionnaire initial a été plusieurs fois remodelé. Nous l'avons testé sur des parents proches dans l'entourage qui ont fait remonter leurs remarques nous permettant d'améliorer le questionnaire.

Le questionnaire contient 11 questions à choix multiples pour favoriser le recueil des données. Les questions sont rédigées de manière à obtenir des réponses fermées. Les parents pouvaient rajouter des commentaires libres dans la partie « autre, précisez ». Il est disponible en Annexe 4.

Quatre parties composent le questionnaire :

-la première partie du questionnaire (questions 1 à 4) concerne l'étude de la population des parents avec des données socio-économiques générales.

-la deuxième partie (questions 5, 6 et 11) concerne la consultation médicale : qui consulte et qui ne consulte pas, pourquoi et quel professionnel de santé les parents vont-ils voir en premier recours.

-la troisième partie (questions 7 et 8) questionne sur les solutions apportées par les médecins consultés.

-la dernière partie (questions 9 et 10) interroge sur la satisfaction des parents concernant leur consultation.

2.5. Diffusion du questionnaire

Nous avons distribué les questionnaires en version papier dans les salles d'attentes de cabinets de médecine générale en Haute-Garonne, accompagnés d'une enveloppe retour. Pour augmenter le nombre de réponses, nous avons également réalisé le même questionnaire sur un site internet (Survey Monkey) dont nous avons diffusé le lien à

l'entourage immédiat personnel et professionnel qui, à leur tour, l'ont diffusé à leur entourage, ce qui a permis par effet boule de neige d'obtenir plus de réponses. Nous avons également affiché le nom du site dans les salles d'attente de cabinets.

2.6. Analyse statistique

Les données du questionnaire ont été collectées et analysées sur un tableur Excel. Des analyses statistiques ont été effectuées via le site BiostaTGV.

Dans l'analyse descriptive, les données sont présentées avec leur effectif et leur pourcentage. Pour effectuer des comparaisons entre les variables, un test du chi-2 dit de conformité a été appliqué. Lorsque l'effectif théorique était inférieur à 5, un test exact de Fisher a été appliqué. La différence entre les variables était significative si p était inférieur à 0,05.

3. RÉSULTATS

Sur l'ensemble des questionnaires distribués, 233 réponses ont été recueillies, dont 106 réponses au questionnaire distribué en version papier dans les cabinets de médecine générale, soit 45,5 % et 127 via le questionnaire en ligne, soit 54,5 %. Sur ces 233 réponses, 217 étaient complètes et donc exploitables, soit 93,1 %.

3.1. Caractéristiques de l'échantillon

3.1.1. Sexe

85,7 % des parents ayant répondu au questionnaire sont des femmes et 14,3 % sont des hommes.

3.1.2. Age des participants

60,8 % des parents ont entre 30 et 39 ans, 36,9 % ont entre 20 et 29 ans, 1,4 % ont moins de 20 ans et 0,9 % ont plus de 40 ans.

3.1.3. Nombre d'enfants

53 % des familles sont composées d'un seul enfant, 37,8 % de deux enfants, 7,8 % de trois enfants. Seuls 1,4 % des parents ont plus de trois enfants.

3.1.4. Activité professionnelle

Les différentes catégories socioprofessionnelles de l'échantillon sont représentées dans le diagramme suivant :

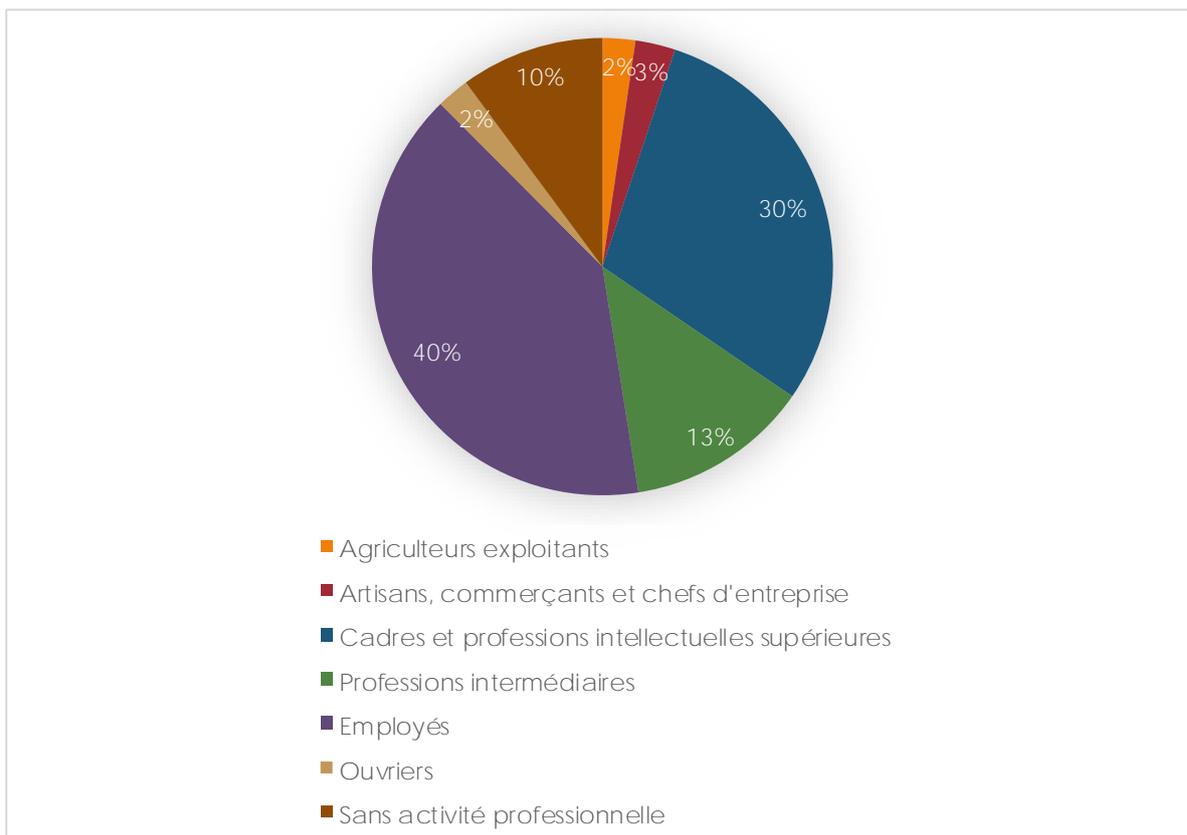


Figure 1 : Catégorie socioprofessionnelle des parents

3.2. Objectif principal

3.2.1. Consultation médicale

Sur les 217 parents, 179 (82,5 %) ont déjà consulté un médecin pour un problème de régurgitations chez leur enfant. La figure 2 montre que le pédiatre est le professionnel de santé le plus cité devant le médecin généraliste.

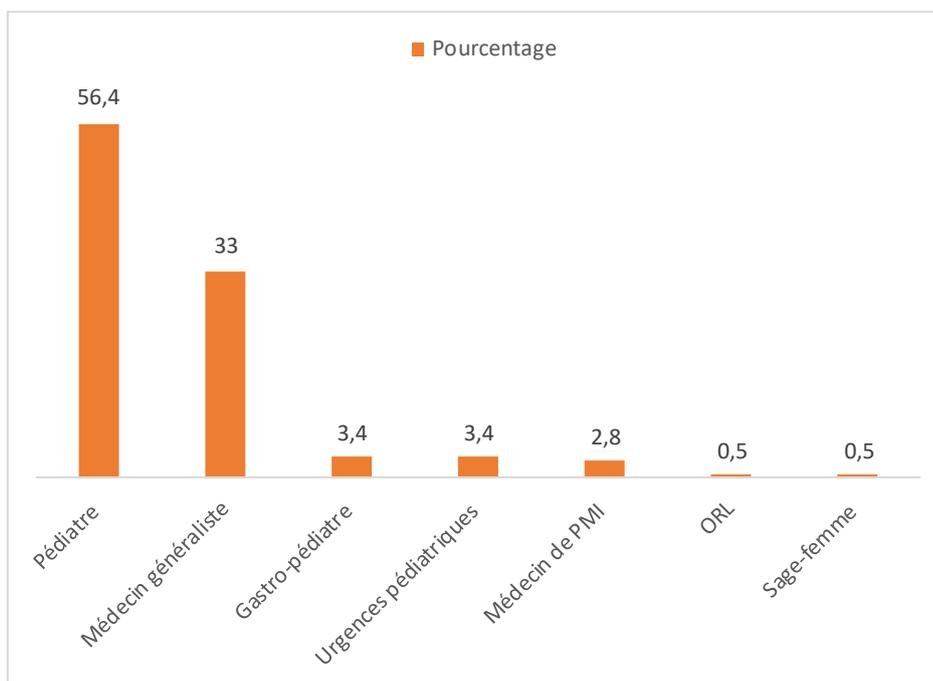


Figure 2. Professionnels de santé consultés

3.2.2. Raisons à la consultation

La majorité des parents a consulté à cause de la gêne occasionnée pour eux et/ou leur enfant (128 parents, soit 71,5 %). Parmi les symptômes gênants rapportés par les parents qui les ont poussés à consulter, on retrouve :

- Les pleurs pour 57 % (102 parents)
- Les odeurs pour 35,2 % (63 parents)
- Les vêtements sales et la nécessité de changer l'enfant régulièrement pour 26,8 % (48 parents)
- Les nombreuses lessives pour 15,1 % (27 parents).

88 parents (49,2 %) ont consulté à cause de la fréquence et du nombre de régurgitations qui leur semblaient importants. 59 parents (33 %) avaient peur des conséquences des régurgitations sur la santé de leur enfant. Une proportion plus faible avait peur que leur enfant n'ait pas un apport alimentaire suffisant (42 parents soit 23,5 %) et quelques-uns

ont consulté car ils craignaient que les régurgitations soient le symptôme d'une maladie grave (15 parents, soit 8,4 %).

13 parents (7,3 %) ont évoqué la douleur de leur enfant comme motif de consultation (« hurlements de douleur », « se griffer, se cambrer et hurler », « les douleurs atroces qu'elle subissait »).

3 parents ont consulté car leur enfant présentait des malaises (1,7 %).

3 parents trouvaient que leur enfant avait du mal à se nourrir (1,7 %).

2 parents suspectaient une allergie aux protéines de lait de vache (1,1 %).

1 personne avait peur que son enfant s'étouffe la nuit (0,6 %).

3.2.3. Réponses apportées lors de la consultation

Le tableau 2 présente les réponses au questionnaire concernant la prise en charge proposée aux parents lors de leur consultation chez le médecin pour des régurgitations du nourrisson.

	Effectif	Pourcentage
Traitements médicamenteux	114	63,7
Gaviscon	60	33,5
Inexium	45	25,1
Gel de polysilane	15	8,4
Motilium	4	2,2
Ranitidine	3	1,7
Débridat	2	1,1
Oméprazole	2	1,1
Homéopathie	1	0,6
Changement de lait	96	53,6
Novalac AR	27	15,1
Gallia AR	19	10,6
Modilac riz AR	15	8,4
Picot AR	13	7,3
Pepti-Junior	9	5
Gallia digest premium	3	1,7
Nutramigen LGG	3	1,7
Guigoz AR	3	1,7
Nutritia Neocate	2	1,1
Nidal AR	1	0,6
Pregestimil	1	0,6
Examens complémentaires	24	13,4
Bilan biologique	13	7,3
Echographie œsophagienne	6	3,6
ASP	3	1,7
Fibroscopie œsophagienne	3	1,7
TOGD	1	0,6
Adresser à un confrère	14	7,8
Gastro-pédiatre	8	4,7
Pédiatre	3	1,7
Ostéopathe	3	1,7
Conseils hygiéno-diététiques	146	81,6
Réassurance sur le caractère bénin et transitoire des symptômes	81	45,3

Tableau 1. Réponses apportées par le professionnel de santé consulté

La majorité des parents (63,7 %) a reçu un traitement médicamenteux pour les régurgitations de leur enfant, essentiellement du Gaviscon (33,5 %) et de l’Inexium (25 %).

96 personnes se sont également vues proposer de changer de lait, en majorité pour des laits AR mais aussi pour certains des hydrolysats de protéines de lait de vache (Pepti-Junior, Nutramigen LGG et Pregestimil), des préparations à base d'acides aminés (Neocate) ou encore des hydrolysats de protéines de riz (Modilac riz).

Pour 24 personnes, le médecin a proposé des examens complémentaires, essentiellement un bilan biologique et une échographie œsophagienne.

11 personnes ont été adressées à un autre spécialiste (pédiatre ou gastro-pédiatre) et 3 à un ostéopathe.

Seules 81 personnes (45,3 %) ont reçu l'information du caractère physiologique et transitoire des régurgitations.

81,6 % des parents ont reçu des conseils hygiéno-diététiques de prise en charge dont les résultats sont résumés dans le tableau 2.

	Effectif	Pourcentage
Faire le rot et garder l'enfant en position verticale après la tétée	112	62,6
Epaissir le lait (Magic Mix, Gumilk, Gelopectose)	85	47,5
Eviter les couches et vêtements trop serrés	51	28,5
Vérifier que la tétine est bien adaptée	25	14
Inclinaison du lit en surélevant la tête	14	7,8
Vérifier la bonne reconstitution du biberon	12	6,7
Espacer les tétées/biberons	3	1,7
Donner le biberon ou la tétée en plusieurs fois avec un rot au milieu	2	1,1
Réduire la consommation en produits laitiers chez la mère en cas d'allaitement maternel	2	1,1
Débuter la diversification alimentaire plus tôt	1	0,6
Massages abdominaux pour des coliques associées	1	0,6
Biberon anti-reflux (AVENT Natural)	1	0,6
Remise en question de l'allaitement maternel	1	0,6
Donner la tétée à la verticale	1	0,6
Consulter un psychologue	1	0,6

Tableau 2. Conseils hygiéno-diététiques donnés aux parents

3.2.4. Freins à la consultation

Sur les 38 parents n'ayant pas consulté, 17 ne l'ont pas fait (44,7 %) car ils s'étaient informés sur le sujet autrement qu'en allant voir un médecin : sites/forum sur internet pour 7 personnes (18,4%), conseils d'autres parents pour 4 personnes (10,5 %), conseils de leurs propres parents pour 3 personnes (7,9 %), conseils à la pharmacie pour 2 personnes (5,3 %) et la télévision pour 1 personne (2,6 %).

12 personnes n'ont pas consulté car leur enfant ne présentait pas de régurgitations jugées importantes (31,6 %).

9 parents avaient déjà eu un enfant avec ce problème (23,7 %).

3.3. Objectif secondaire

Au sujet de leur consultation, 69 parents (38,5 %) s'estiment satisfaits des réponses apportées par le médecin et sont rassurés.

Parmi les 110 parents (61,5 %) n'ayant pas été satisfaits, 95 ont consulté un ou plusieurs autres professionnels de santé qui sont présentés dans la figure 3.

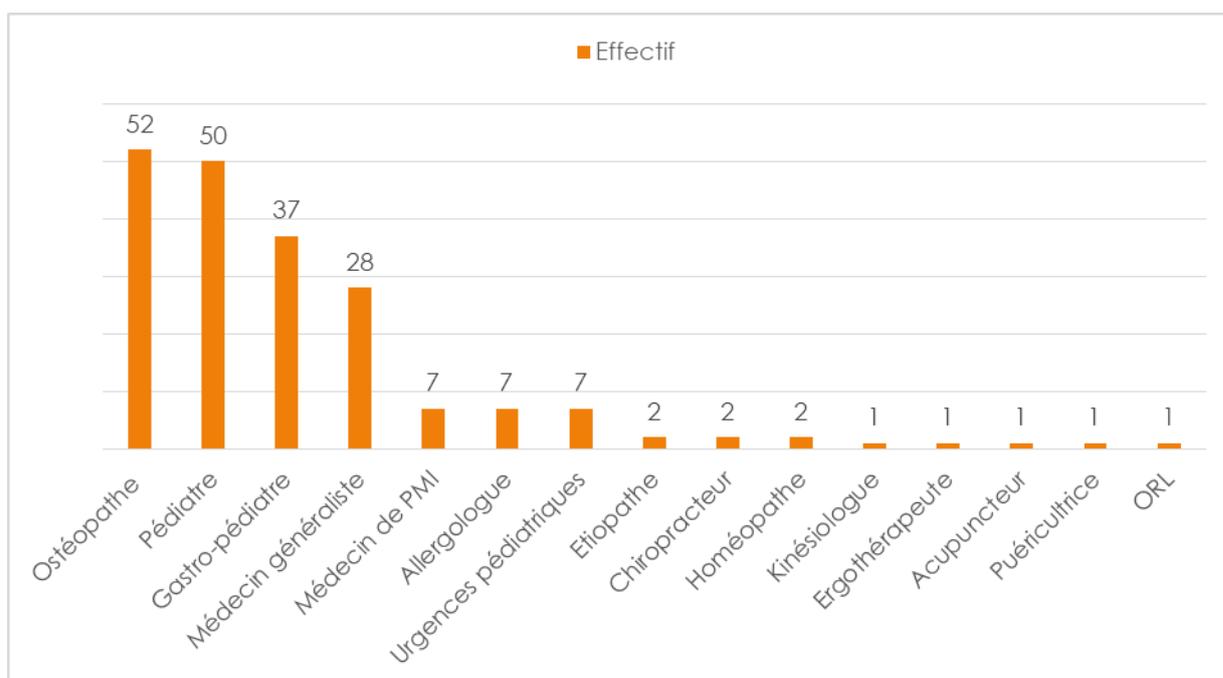


Figure 3. Professionnels de santé consultés en second recours

3.4. Comparaison entre consultants et non consultants

Les femmes étaient significativement plus nombreuses à consulter ($p < 0,05$) (Tableau 3). Les parents consultants avaient un niveau socioprofessionnel moins élevé par rapport aux non-consultants : 28,5 % des consultants étaient artisans, chefs d'entreprise, cadres ou

exerçant une profession intellectuelle contre 50 % des non-consultants ; 71,5 % des consultants étaient agriculteurs, employés, ouvriers, sans emploi ou exerçaient une profession intermédiaire (p=0,04). Il n’y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes selon l’âge et le nombre d’enfants.

	Consultants (n=179)	Non consultants (n=38)	p
Sexe du parent			
Femmes	162 (90,5%)	24 (63,2%)	<0,05
Hommes	17 (9,5%)	14 (36,8%)	
Age du parent			
< 20 ans	3 (1,7%)	0 (0%)	0,8
20-29 ans	68 (38%)	12 (31,6%)	
30-39 ans	106 (59,2%)	26 (68,4%)	
> 40 ans	2 (1,1%)	0 (0%)	
Profession du parent			
Agriculteurs exploitants	2 (1,1%)	3 (7,8%)	0,004
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	4 (2,2%)	2 (5,3%)	
Cadres et professions intellectuelles supérieures	47 (26,3%)	17 (44,7%)	
Professions intermédiaires	24 (13,4%)	4 (10,5%)	
Employés	79 (44,1%)	8 (21,1%)	
Ouvriers	3 (1,7%)	2 (5,3%)	
Sans activité	20 (11,2%)	2 (5,3%)	
Nombre d'enfant			
1	94 (52,5%)	21 (55,2%)	0,2
2	69 (38,5%)	13 (34,2%)	
3	15 (8,4%)	2 (5,3%)	
4	1 (0,6%)	2 (5,3%)	

Tableau 3. Comparaison des caractéristiques parmi les 217 répondants

3.5. Comparaison de la satisfaction des parents par rapport à la proposition thérapeutique apportée

Le tableau 4 présente la comparaison de la satisfaction des parents par rapport à la réponse apportée par le médecin lors de la consultation. Les parents s'étant vus proposer un changement de lait étaient plus nombreux à se déclarer non satisfaits de leur consultation (51%) ($p < 0,05$). Les parents à qui des examens complémentaires avaient été proposés étaient plus nombreux à être satisfaits (58,3 %) ($p < 0,05$). Parmi les parents qui avaient reçu des explications sur le caractère physiologique et transitoire des régurgitations, la majorité était insatisfaite de la consultation (79 %) ($p < 0,05$). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative pour les médicaments, le recours à un confrère ou les conseils hygiéno-diététiques.

	Satisfaits (n= 69)	Non satisfaits (n=110)	P
Traitement médicamenteux (n = 114 - 63,7%)	49 (71%)	65 (59,1%)	0,11
Changement de lait (n= 96 - 53,6%)	47 (68,1%)	49 (44,5%)	0,002
Examens complémentaires (n= 24 - 13,4 %)	14 (20,3%)	10 (9,1%)	0,03
Adresser à un confrère (n= 14 - 7,8%)	5 (7,2%)	9 (8,2%)	0,82
Conseils hygiéno-diététiques (n=146 - 81,6%)	60 (87%)	86 (78,2%)	0,14
Réassurance (n = 81 - 45,3%)	17 (24,6%)	64 (58,2%)	<0,05

Tableau 4. Satisfaction des parents par rapport à la proposition thérapeutique

4. DISCUSSION

4.1. Critique de la méthode

4.1.1. Les points forts

La force de cette étude est le sujet choisi qui est un problème fréquemment rencontré en médecine générale. Sous des abords simples, les régurgitations du nourrisson sont en fait un sujet complexe, tant du point de vue des médecins que des parents qui sont souvent désemparés face à ce symptôme.

Plusieurs études ont déjà été faites sur le sujet mais peu s'intéressent au ressenti des parents. Nous nous sommes donc intéressés à récolter leurs avis pour pouvoir adapter notre attitude en tant que médecins.

Notre méthode de recherche était originale puisque nous avons créé un questionnaire en ligne sur un site internet. Ce moyen de communication est habituellement utilisé pour interroger des médecins plus que des patients. Ce procédé est facilement accessible pour les parents et peu coûteux. Il mériterait à être promu pour d'autres études concernant les parents. Les réponses de notre étude ont été plus nombreuses sur le site que sur papier.

Le taux de réponses est assez important ce qui prouve que le sujet de recherche intéresse les parents.

4.1.2. Les limites et les biais

Il s'agit d'une étude descriptive observationnelle de faible niveau de preuve, niveau IV des recommandations.

Il existe probablement un biais de mémorisation car il pouvait être difficile pour les parents de se remémorer certains faits (par exemple le traitement proposé par le médecin) si la consultation médicale était ancienne puisque nous nous intéressions aux parents d'enfants de moins de 2 ans mais que les régurgitations sont plus fréquentes durant les premiers mois de vie.

De plus, un biais de sélection est certainement présent car notre étude porte sur les régurgitations simples ou RGO physiologique du nourrisson mais des parents avec un enfant porteur de RGO pathologique ont pu répondre au questionnaire par méconnaissance des différences entre ces deux entités.

4.2. Discussion des résultats

4.2.1. Cohorte

Dans notre enquête, nous avons un échantillon majoritairement représenté par des femmes (85,7 %). Cela correspond à notre pratique en médecine générale où nous rencontrons encore plus souvent les mères que les pères, surtout dans les premiers mois de vie de l'enfant, probablement grâce au congé maternité accordé aux mères qui leur donnent plus de temps pour amener leur enfant en consultation.

La distribution des âges des parents correspond à la population générale où l'âge moyen d'un couple qui a son premier enfant est de 28,5 ans.

Le nombre d'enfant par couple correspond aux statistiques retrouvées en 2013 par l'INSEE lors du recensement en Midi-Pyrénées (34).

La répartition des catégories socioprofessionnelles des parents diffère des chiffres du recensement de 2013 (35). Les cadres et les employés sont surreprésentés. Il y a peu d'agriculteurs exploitants et peu d'ouvriers par rapport aux chiffres de l'INSEE. Ceci ne nous permet pas de généraliser nos résultats.

4.2.2. Les raisons de la consultation

D'après notre étude, la grande majorité des parents a consulté au moins une fois un médecin pour un problème de régurgitations chez leur enfant (82,5 %). Une étude dans la population générale a révélé que 20 à 25 % des parents consultent au moins une fois un médecin pour un problème de régurgitations pour leur enfant entre 0 et 6 mois (12). Ce chiffre est plus élevé dans notre étude, peut-être parce que les parents n'ayant jamais consulté se sont sentis moins concernés pour répondre au questionnaire.

Dans notre étude, les parents ont majoritairement consulté un pédiatre pour le RGO de leur enfant.

Parmi les raisons ayant amené les parents à consulter, notre étude met surtout en avant la gêne représentée par les régurgitations avec en premier lieu les pleurs du nourrisson.

4.2.2.1. Les pleurs du nourrisson

Tous les bébés pleurent. Les pleurs sont en effet pour les nourrissons leur unique moyen de communication (36). Ils jouent un rôle important pour la survie, la santé et le développement de l'enfant (37). Les pleurs sont donc, en premier lieu, physiologiques. Ronald Barr, chercheur spécialiste des pleurs, suggère que « nous considérons ce comportement non comme le symptôme de quelque chose que les bébés ont mais comme quelque chose que les bébés font » (36). Pourtant, ces pleurs inquiètent souvent les parents, d'autant plus quand ils persistent malgré des soins adaptés. La thèse du Dr Largeault-Morain a étudié le « ressenti des mamans face aux pleurs de leurs enfants » par une méthode qualitative. Cette thèse a montré que « les mamans ressentent un sentiment de stress et d'angoisse devant des pleurs excessifs. Elles décrivent un sentiment d'exaspération ou de colère contre leur enfant » (38). Les pleurs excessifs du nourrisson peuvent ainsi favoriser les dépressions du post-partum chez la mère, ou encore le passage à l'acte dans le cadre du syndrome du bébé secoué.

Par rapport à notre sujet, les pleurs seuls ne suffisent pas à porter le diagnostic de RGO et doivent être intégrés avec les autres symptômes, l'histoire et l'examen clinique mais il ne faut pas banaliser ce symptôme.

Il est donc important que le médecin généraliste, interlocuteur privilégié des parents, rassure les parents sur les pleurs du nourrisson et prévienne le syndrome du bébé secoué par des conseils. Il ne faut pas non plus négliger l'hypothèse d'une dépression du post-partum devant une mère évoquant les pleurs excessifs de son bébé.

4.2.2.2. Quantité des régurgitations

Les parents consultent aussi quand la quantité des régurgitations leur semble importante. En tant que médecin, il n'y a aucun critère quantitatif nous permettant de différencier le RGO physiologique du RGO pathologique. Il existe un questionnaire qui permettrait

d'aider le médecin à poser un diagnostic, peu utilisé en pratique, l'I-GERQ-R (voir Annexe 5). Ce questionnaire permettrait une mesure fiable et valide des symptômes du RGO du nourrisson, sensible à l'évolution de l'état clinique au cours du temps (9). Il pourrait être utilisé dans le diagnostic de RGO du nourrisson, pour différencier les RGO pathologiques des RGO physiologiques, pour surveiller les résultats des traitements dans la pratique clinique, et pourrait servir d'outil d'évaluation dans des essais cliniques. Cependant après quelques années d'expérience, des études ont montré que ce questionnaire n'est pas suffisamment précis pour différencier le RGO physiologique du RGO pathologique (10).

Il apparaît difficile pour un médecin de juger le caractère objectif des symptômes en se basant sur des faits rapportés par les parents. Une étude a essayé de démontrer ce fait : il a été demandé à 58 mères dont les enfants étaient âgés de moins de deux ans et présentaient un RGO d'estimer le volume de lait versé sur un bavoir (5 ml et 10 ml sur deux bavoires différents). Seule une mère a estimé correctement ce volume. 57 % (33 sur 58) ont surestimé plus de cinq fois la quantité de lait présentée sur le bavoir, les estimations allant jusqu'à 120 ml pour le bavoir imbibé de 5 ml de lait et jusqu'à 240 ml pour celui imbibé de 10 ml de lait (13).

4.2.3. La consultation médicale et les propositions thérapeutiques du médecin

Certains parents dans notre étude ont rapporté des propos tenus par leur médecin : plusieurs personnes se sont entendues dire « un bébé ça pleure c'est normal », un médecin a conseillé à un parent « d'aller voir un psy ». Une personne mentionne dans la partie libre de la question « Qu'est-ce que le médecin vous a proposé » : « le médecin n'a rien diagnostiqué, j'ai dû me rendre aux urgences où j'ai vu une pédiatre qui a confirmé mon diagnostic et l'a mis sous Inexium ». Une autre raconte « tout un long travail d'investigations de la part des professionnels et un manque de prise au sérieux, il faut se battre sur le long terme pour être crue ». Un autre parent dit avoir consulté un médecin car son enfant présentait des crises de douleurs où il hurlait à se griffer le visage et rapporte au sujet de sa consultation : « on ne me croyait pas car il ne présentait pas de crise lors de la consultation, pourtant il avait des traces de griffure sur le visage ». Pour

une autre personne : « Au début on m'a dit qu'il s'agissait de coliques, ça a fini en œsophagite ».

Ces témoignages illustrent la difficulté diagnostique du RGO pour les médecins.

Notre étude révèle que 63,7 % des parents ayant consulté se sont vus proposer à un moment donné un traitement médicamenteux. Il s'agit d'un chiffre particulièrement élevé sachant que les recommandations actuelles nous disent que seul un RGO pathologique acide justifie la mise en place d'un traitement. Toutes les propositions thérapeutiques n'ont pas été mises en place dès la première consultation, plusieurs personnes rapportent que le médecin leur a d'abord donné des conseils, proposé le changement de lait puis ensuite devant l'inefficacité de ces méthodes a proposé un traitement médicamenteux. Nous n'avons volontairement pas parlé de RGO physiologique ou pathologique dans notre questionnaire puisque nous nous adressions à des parents à qui le médecin n'avait peut-être pas expliqué la différence. Parmi toutes les personnes qui se sont vues prescrire un traitement médicamenteux, certaines avaient peut-être un enfant avec un véritable RGO pathologique pouvant justifier de la mise en place d'un traitement allopathique.

Selon V Khoshoo et al, le RGO pathologique du nourrisson serait souvent surestimé et traité par excès. Selon leur étude rétrospective réalisée sur 64 enfants de 4 mois d'âge moyen et régurgitant depuis plus de 2 semaines, 44 enfants ont justifié une pH-métrie œsophagienne et huit enregistrements seulement ont révélé un RGO acide significatif justifiant un traitement anti-reflux (24). L'étude Franc-Comtoise ERGO de 2013 réalisée sur une population de 157 nourrissons établit à 53,2 % la prévalence du RGO physiologique à 1 mois et 19,1 % le RGO pathologique ; à 3 mois la prévalence du RGO physiologique est de 59,4 % et 9,4 % pour le RGO pathologique. Ces chiffres ne correspondent pas à ce que nous retrouvons dans notre étude, il apparaît donc difficile de dire que tous les enfants ayant reçu un traitement médicamenteux souffraient d'un RGO pathologique. Cela signifierait que pour beaucoup, la prescription de médicaments n'était pas justifiée d'après les recommandations.

Pour le changement de lait, ce sont les laits AR qui sont majoritairement recommandés par les médecins. Certains parents ont toutefois mentionné des laits normalement

réservés en cas d'allergie aux protéines de lait de vache. Cela illustre la frontière parfois mince entre ces 2 diagnostics.

Seuls 13,4 % des parents se sont vus proposer de faire des examens complémentaires et 7,8 % ont été adressés à un autre spécialiste.

4.2.4. Les freins à la consultation

Dans notre étude, seuls 38 parents ont déclaré ne pas avoir consulté de médecin pour les régurgitations de leur nourrisson, la majorité parce qu'ils avaient trouvé les informations d'une autre manière (conseils de leur entourage, internet, magazines, télévision). Au vu de la qualité très inégale des informations trouvées sur Internet, il paraît important de faire le tri des informations et notre rôle de médecin est aussi de favoriser l'accès de nos patients à des informations de qualité. La thèse du Dr Le Moing a porté sur l'évaluation des sites Internet à propos des conseils sur le RGO du nourrisson : seuls quatre sites avaient obtenu au moins la moyenne sur deux scores qualitatifs : www.allodocteur.fr ; www.mpedia.fr ; www.ameli-santé.fr ; www.naîtreetgrandir.fr (39).

Les autres parents n'avaient pas consulté soit parce que leurs enfants ne régurgitaient pas beaucoup soit parce qu'ils avaient déjà eu un enfant souffrant de RGO. Aucun parent n'avait coché la proposition « je n'ai pas osé en parler à mon médecin traitant ». Les parents semblent donc à l'aise à l'idée de parler des régurgitations avec un médecin et le médecin généraliste est le premier concerné par ce problème.

4.2.5. Satisfaction des parents concernant leur consultation

Concernant leur consultation, 61,5 % des gens se sont dits insatisfaits et 86,4 % d'entre eux ont même consulté un ou plusieurs autres professionnels de santé, en majorité ostéopathe et pédiatre.

Même si ce chiffre particulièrement élevé n'est pas généralisable à l'ensemble de la population, il doit nous interpeller sur notre attitude face à ces parents souvent très inquiets qui n'ont peut-être pas l'impression que nous entendons leurs craintes.

L'inquiétude parentale reste un déterminant fort de la consultation. Les symptômes de RGO ont un caractère envahissant pour les parents, qui subissent à la fois une inquiétude importante vis-à-vis de la santé de leur enfant et une altération de leur qualité de vie. L'angoisse parentale est rapportée par certains auteurs, mais absente de la plupart des articles et recommandations sur le sujet (40)(41). Une étude de 1999 montrait que les enfants présentant un RGO pathologique avaient plus de difficultés alimentaires et que leurs mères avaient plus de ressentis négatifs, appréciaient moins les repas de leurs enfants et rapportaient plus de pleurs (42). L'impact sur la qualité de vie peut exacerber la perception des symptômes par les parents (43). La perception qu'ont les parents des symptômes présentés par leur enfant, perçus comme douloureux, peut en retour modifier la réponse de l'enfant aux stimuli douloureux et altérer sa capacité à gérer ses sensations de RGO (44). Le risque est ainsi d'entrer dans un cercle vicieux exacerbant les symptômes et favorisant le passage d'un RGO physiologique à un RGO pathologique (45). Ainsi pour certains auteurs l'interprétation parentale des symptômes de l'enfant a un rôle majeur dans le développement des difficultés alimentaires des nourrissons, entraînant une relation mère-enfant perturbée, des angoisses importantes et une frustration importante vis-à-vis des temps de repas (45)(46)(47).

Deux études rapportaient également l'association entre RGO et anxiété maternelle et dépression (48)(49). Plus récemment en 2011 une étude de Karacetin et al (50) suggérait un lien entre les problèmes psychologiques maternels (notamment d'attachement et d'insécurité) et les difficultés alimentaires des enfants atteints de RGO. Les auteurs suggéraient de prêter une attention particulière à ce problème chez les enfants présentant un RGO de façon à intervenir avant la mise en place d'un renforcement négatif.

Il est probable que certains médecins sur-diagnostiquent le RGO pathologique et prescrivent des traitements médicamenteux en excès parce que les parents décrivent des symptômes particulièrement gênants et importants les inquiétant. Cette inquiétude peut inciter le médecin à vouloir prescrire « trop » pour rassurer les parents. Inversement, certains médecins ont peut-être tendance à banaliser ces symptômes et à ne pas assez prendre en considération l'angoisse de ces parents.

5. CONCLUSION

Les régurgitations simples du nourrisson ou reflux gastro-œsophagien physiologique sont un problème fréquent qui amène beaucoup de parents à consulter un professionnel de santé du fait de leur caractère anxiogène et gênant. Le médecin généraliste est en première ligne pour recevoir ces parents et répondre à leurs besoins. Pour cela, il doit identifier les problématiques soulevées par les régurgitations, raison pour laquelle nous nous sommes intéressés dans notre étude aux déterminants de la consultation pour régurgitations.

Notre étude a montré que la gêne occasionnée par les régurgitations était la première motivation des parents à la consultation. 71,5 % des parents consultaient à cause du retentissement des régurgitations sur leur vie et celle de leur enfant, principalement à cause des pleurs. 63 % des parents ont aussi révélé leur inquiétude au sujet des régurgitations. Ces craintes ne doivent pas être sous-estimées par le médecin, il doit les prendre en compte et adopter une attitude rassurante pour les parents.

Or notre étude révèle qu'une grande majorité de parents n'est pas satisfaite de leur consultation chez le médecin.

Il est donc primordial que les médecins soient mieux formés et informés à ce sujet pour répondre au mieux aux attentes des parents.

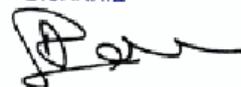
Ces résultats mériteraient une étude de type qualitative auprès des professionnels de santé et des parents afin de mieux identifier les besoins des parents et proposer des solutions pour mieux prendre en charge les régurgitations du nourrisson.

Vu
Toulouse le 14/11/2017


Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTRE
Médecine Générale

Toulouse le 14/11/17

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D.CARRIE



6. BIBLIOGRAPHIE

1. Sherman PM, Hassall E, Fagundes-Neto U, et al. A global, evidence-based consensus on the definition of gastroesophageal reflux disease in the pediatric population. *American Journal of Gastroenterology*, 2009, 104(5), p.1278–1295
2. Collège de pédiatrie [Internet]. 2017. Disponible sur :
http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/pediatrie/enseignement/reflux_enfant/site/html/2.html
3. Malaise grave du nourrisson (MGM) et reflux gastro-œsophagien (RGO) sous traitement médical seul. Disponible sur :
http://www.unige.ch/cyberdocuments/theses2003/MaggioA/these_body.html
4. Molloy EJ, Di Fiore JM, Martin RJ. Does gastroesophageal reflux cause apnea in preterm infants? *Biol neonate*.2005;87:254-61
5. Poets CF. Gastroesophageal reflux : a critical review of its role in preterm infants. *Pediatrics* 2004;113:128-32
6. Semeniuk J, Kaczmarek M, Wasilewska J, et al. Is acid gastroesophageal reflux in children with ALTE etiopathogenetic factor of life threatening symptoms? *Adv Med Sci*. 2007;52:213-21
7. Cerimagic D, Ivkic G, Bilic E. Neuroanatomical basis of Sandifer's syndrome: a new vagal reflex? *Med Hypotheses* 2008;70:957-61
8. ORPHA:71272 [Internet]. Disponible sur :
http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Lng=FR&Expert=71272
9. Kleinman L, Rothman M, Strauss R, et al. The Infant Gastroesophageal Reflux Questionnaire Revised : Development and Validation as an Evaluative Instrument. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 4, n° 5 (1 mai 2006): 588-96.

10. Orenstein S. Symptoms and Reflux in Infants: Infant Gastroesophageal Reflux Questionnaire Revised (I-GERQ-R)-Utility for Symptom Tracking and Diagnosis. *Current Gastroenterology Reports* 12, n° 6 (décembre 2010): 431-36.
11. Campanozzi A, Boccia G, Pensabene L, Panetta F, Marseglia A, Strisciuglio P, et al. Prevalence and natural history of gastroesophageal reflux: pediatric prospective survey. *Pediatrics*: mars 2009;123(3):779-83.
12. Tolia V, Wuerth A., Thomas R. Gastroesophageal reflux disease: review of presenting symptoms, evaluation, management, and outcome in infants. *Digestive Diseases and Sciences*, 2003, 48, p.1723-29
13. Pillo-Blocka F, Jurimae K, Khoshoo V, et al. How much is 'a lot' of emesis? *Lancet*, 1991, 337, p.311-312
14. Martigne L, Delaage PH, Thomas-Delecourt F, Barthélemy P, Gottrand F. Prévalence du reflux gastro-œsophagien (RGO) chez l'enfant et l'adolescent en France : résultats d'une étude observationnelle transversale. *Gastroenterol Clin Biol* 2009;33(Hors-Série 1):P-43
15. Hoffman I, De Greef T, Haesendonck N, Tack J. Esophageal motility in children with suspected gastroesophageal reflux disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* juin 2010;50(6):601
16. Diamant NE. Pathophysiology of gastroesophageal reflux disease. *GI Motility online* [Internet]. 2006 [cité 15 juill 2016]; Disponible sur: <http://www.nature.com/gimo/contents/pt1/full/gimo21.html>
17. Høst A. Frequency of cow's milk allergy in childhood. *Ann Allergy Asthma Immunol.* déc 2002;89(6 Suppl 1):33
18. DA 41 : Allaiter un bébé souffrant d'un reflux gastro-œsophagien [Internet]. 2016 [cité 15 juill 2016]. Disponible sur : <http://www.lllfrance.org/1401-da-41-allaiter-un-bebe-souffrant-d-un-reflux-gastro-oesophagien>
19. Bellaïche M, Bargaoui K. Les régurgitations n'influencent pas la position de couchage du nourrisson. *Archives de Pédiatrie.* mai 2014;21(5, Supplément 1):899.

20. Horvath A, Dziechciarz P, Szajewska H. The effect of thickened-feed interventions on gastroesophageal reflux in infants: systematic review and meta-analysis of randomized, controlled trials. *Pediatrics*. déc 2008;122(6):e1268-1277
21. Les JTA [Internet]. 2016 Disponible sur :
http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=463
22. Rodríguez AMP, Torres RRD, Méndez MEG, Peralta JJG. Knowledge about breastfeeding in mothers of infants with gastroesophageal reflux. *Puerto Rico health sciences journal*. 1 avr 2002;21(1):25
23. Heacock HJ, Jeffery HE, Baker JL, Page M. Influence of breast versus formula milk on physiological gastroesophageal reflux in healthy, newborn infants. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. janv 1992;14(1):41
24. Khoshoo V, Edell D, Thompson A, Rubin M. Are We Overprescribing Antireflux Medications for Infants With Regurgitation? *Pediatrics*. 1 nov 2007;120(5):946-9.
25. RGO du nourrisson : 80 % de prescriptions médicamenteuses non justifiées [Internet]. Medscape. Disponible sur :
<http://français.medscape.com/viewarticle/3533571>
26. Vandenplas Y., Rudolph C., et al. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN). *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 2009, 49, p.498- 547
27. *Recommandations_AFSSAPS_antisecretoire_enfants.pdf*. Disponible sur :
http://www.omedit-hautenormandie.fr/Files/110_recommandations_antisecretoire_enfants.pdf
28. Dos Garcette. Doit-on abandonner la prescription des IPP dans le RGO du nourrisson? Disponible sur: http://www.realites-pediatriques.com/wp-content/uploads/sites/3/2016/04/RP_178_Dos_Garcette.pdf
29. *gaviscon_-_ct-_10764.pdf* [Internet]. [cité 24 sept 2017]. Disponible sur :

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/gaviscon_-_ct-_10764.pdf

30. Del Buono R., Wenzl T.G., Ball G. et al., Effect of Gaviscon Infant on gastroesophageal reflux in infants assessed by combined intraluminal impedance/pH. Archives of Disease in Childhood, 2005, 90, p.460-463
31. Haute Autorité de Santé - Nausées et vomissements : ne pas donner de dompéridone (Motilium, Peridys, Oroperidys) aux enfants [Internet]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2618718/fr/nausees-et-vomissements-ne-pas-donner-de-domperidone-motilium-peridys-oroperidys-aux-enfants
32. Barry C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'ostéopathie. INSERM; 2012
33. Neu M, Schmiede SJ, Pan Z, et al. Interactions During Feeding with Mothers and Their Infants with Symptoms of Gastroesophageal Reflux. J Altern Complement Med. 2014 Jun 1;20(6):493-499.
34. Insee - Région de Midi-Pyrénées (73) - Chiffres clés Couples - Familles - Ménages-2013 [Internet]. [cité 30 juin 2016]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2020310?sommaire=2106091&geo=REG-73>
35. Insee - Région de Midi-Pyrénées (73) – Caractéristiques de l'emploi -2013 [Internet]. [cité 30 juin 2016]. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2020927?sommaire=2066779&geo=REG-73#ACT5_V2_AR_ENS
36. Gremmo-Feger G. Un autre regard sur les pleurs du nourrisson. 15e congrès national de pédiatrie ambulatoire. Saint Malo. 24 Juin 2007
37. Foucaud P, De Truchis A. Pleurs excessifs du nourrisson. Service de Pédiatrie Néonatalogie, Centre Hospitalier de Versailles. 2008. Disponible sur : <http://pap-pediatrie.com/maladie-chronique/pleurs-excessifs-du-nourrisson>
38. Largeault-Morain C. Les pleurs excessifs du nourrisson : une étude qualitative du ressenti des mamans face aux pleurs de leurs enfants. [Thèse de Doctorat

d'Université de Médecine] Université de Franche Comté, Besançon. 2013

39. Le Moing S. Etude et évaluation de la qualité des sites Internet à propos des conseils sur le reflux gastro-oesophagien du nourrisson. [Thèse de Doctorat d'Université de Médecine] Université de Lorraine, Nancy. 2017
40. Schuler Barazonni M, Belli D, Schäppi M. Le reflux gastro-oesophagien : attitude pratique. *Revue médicale suisse*, 2006.
41. Willmott A, Murphy M. Gastro-oesophageal reflux. *Current Paediatrics* vol. 14, n° 17, p. 81-88, December 2004.
42. Mathisen B, Worrall L, Masel J, et al. Feeding problems in infants with gastro-oesophageal reflux disease : A controlled study. *Journal of Paediatrics and Child Health*, vol. 35, n° 12, p. 163-169, April 1999.
43. Vandenplas Y, Salvatore S, Hauser B. The diagnosis and management of gastro-oesophageal reflux in infants. *Early Human Development*, vol. 81, pp. 1011-1024, 2005.
44. Salvatore S, Vandenplas Y. Gastro-oesophageal reflux disease and motility disorders. *Best practice & Research Clinical Gastroenterology*, vol. 17, n°12, p. 163-179, April 2003.
45. Lifschitz C. Thinking outside the box when dealing with patients with GERD and feeding problems. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, vol. 53, n°14, p. 358, October 2011.
46. Briggs S. Feeding difficulties in infancy and childhood: psychoanalytical perspectives. *Feeding Problems in Children*, Oxford, Radcliffe Medical Press, 2000, pp. 59-77.
47. Dellert S, Hyams J, Treem W et al. Feeding resistance and gastroesophageal reflux in infancy. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, n° 117, pp. 66-71, 1993
48. Barnett B, Lockhart K, Bernard D et al. Mood disorders among mothers of infants admitted to a mothercraft hospital. *Journal of Paediatrics and Child Health*, vol.

29, n°14, pp. 270-275, August 1993.

49. Harris M, Bohane T. Maternal postnatal depression and infant gastro-oesophageal reflux. *Journal of Paediatrics and Child Health*, vol. 30, n° 11, p. 80, February 1994.

50. Karacetin G, Demir T, Erkan T. Maternal Psychopathology and Psychomotor Development of Children With GERD. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, vol. 53, n° 14, p. 380-385, October 2011.

7. ANNEXES

7.1. ANNEXE 1: Tableau de définition internationale du RGO pathologique chez l'enfant proposé par le consensus de Montréal

Un RGO pathologique est présent chez l'enfant lorsque le reflux du contenu gastrique occasionne des symptômes gênants et/ou des complications.				
Œsophagiens			Extra-œsophagiens	
Symptômes susceptibles d'être causés par le RGO pathologique	Syndromes symptomatiques	Syndromes avec lésions de l'œsophage	Associations formelles	Associations possibles
Nourrissons ou enfants jeunes (0 à 8ans) ou plus âgés n'ayant pas la capacité cognitive de signaler leurs symptômes de façon fiable	Enfants plus âgés ou adolescents ayant la capacité cognitive de signaler leurs symptômes de façon fiable		<ul style="list-style-type: none"> • Syndrome de Sandifer • Erosion dentaire 	Broncho-pulmonaires <ul style="list-style-type: none"> • Asthme • Fibrose pulmonaire • Dysplasie broncho-pulmonaire Laryngotrachéaux et pharyngiens <ul style="list-style-type: none"> • Toux chronique • Laryngite chronique • Enrouement de la voix • Pharyngite Rhinologiques et otologiques <ul style="list-style-type: none"> • Sinusite • Otite moyenne séreuse Nourrissons <ul style="list-style-type: none"> • Apnée pathologique • Bradycardie • Malaise grave du nourrisson
<ul style="list-style-type: none"> • Régurgitations excessives • Refus des aliments/anorexie • Pleurs inexplicables • Suffocation/haut-le-cœur/toux • Troubles du sommeil • Douleurs abdominales 	<ul style="list-style-type: none"> • Syndrome de reflux typique 	<ul style="list-style-type: none"> • Œsophagite par reflux • Sténose par reflux • Œsophage de Barrett • Adénocarcinome 		

7.2. ANNEXE 2 : Tableaux récapitulatifs des différents laits infantiles

Laits anti-régurgitations

PHARMACIE

laits "AR" (amidon ou caroube)

Marque	Nom	amidon	1 ^{er} âge			2 ^e âge			
AMIDON			g / glucides	%	C/PS	g / glucides	%	C/PS	
Novalac	Allernova AR <i>hydrolysate caséine</i>	maïs	3 / 7,1	35,2	0/100	3 / 7,1	35,2	0/100	
Guigoz	Guigoz AR HA*	p. de terre	2,7 / 7,8	34,6	0/100	2,9 / 8,3	34,9	0/100	
Physiolac	Equilibre AR	maïs	2,1 / 7,8	26,9	45/55	2,1 / 7,7	27,2	53/47	
CAROUBE		caroube			C/PS			C/PS	
Blédina	Blédilait AR	0,40 g			80/20			80/20	
Gallia	Gallia AR	0,42 g			65/35			60/40	
Lactalis	Milumel AR	0,40 g			80/20			80/20	
Nutriben	Nutriben AR	0,46 g			40/60			45/55	
Picot	Nutrilon AR	0,40 g			80/20			80/20	
CAROUBE + AMIDON		caroube	amidon	g / glucides	%	C/PS	g / glucides	%	C/PS
Novalac	AR digest HA*	0,40 g	tapioca	0,2 / 6,8	3,5	0/100	0,2 / 6,8	3,5	0/100
Physiolac	Physiolac Bio AR	0,27 g	maïs	0,6 / 7,7	7,7	45/55	0,6 / 7,6	7,8	53/47
Physiolac	Précision AR	0,27 g	maïs	0,6 / 7,7	7,7	45/55	0,6 / 7,6	7,8	53/47
Sodilac	Modilac AR	0,43 g	maïs	0,7 / 7,4	10	80/20	0,8 / 7,9	10	80/20
Sodilac	Modilac Riz AR <i>Hydrolysate prot. riz</i>	0,30 g	maïs	1,6 / 7,4	22	0/100	1,6 / 7,8	21	0/100

A. Bocquet 09/09/17 * HA = protéines partiellement hydrolysées C/PS = Caséine / Protéines solubles

Laits anti-régurgitations

laits "à formule épaisse" (amidon exclusivement)

Marque	Nom	1 ^{er} âge			2 ^e âge		
		amidon / glucides		C/PS*	amidon		C/PS
GMS + pharmacie							
Nidal	Formule épaisse	2,0 / 8,0g	25 %	30/70	2,0 / 8,3g	39 %	50/50
Guigoz	Formule épaisse	2,0 / 8,0g	25 %	30/70	2,0 / 8,3g	24 %	30/70
Blédilait	Premium	2,0 / 8,6g	23 %	50/50	2,1 / 9,6g	22 %	60/40
Galliagest	Premium	1,7 / 8,6g	20 %	50/50	1,7 / 8,9g	20 %	60/40
Modilac	Oéba	1,6 / 8,1g	20 %	40/60	1,6 / 8,2g	20 %	40/60
Babybio	Lunea	1,4 / 8,1g		40/60	1,4 / 8,0g		80/20
Nidal	Pelargon	1,3 / 7,2g	18 %	30/70	1,3 / 7,8g	17 %	50/50
Milumel	Premium +	1,3 / 8,1g	16 %	30/70	1,5 / 7,8g	20 %	40/60
Milumel	Lémiel	1,0 / 8,2g	12 %	80/20	0,8 / 7,9g	10 %	80/20

Marque	Nom	1 ^{er} âge			2 ^e âge		
		amidon / glucides		C/PS *	amidon		C/PS
PHARMACIE							
Picot	Picogest	2,0 / 7,6g	26 %	40/60	2,0 / 7,7g	30 %	40/60
Novalac	Novalac "AR"	1,9 / 7,40	26 %	80/20	1,6 / 7,9g	20 %	80/20
Novalac	Novalac S	1,6 / 7,4g	17 %	80/20	1,6 / 7,6g	17 %	80/20
Physiolac	Equilibre épais.	1,7 / 7,9g	22 %	50/50	1,8 / 7,7g	23 %	60/40

A. Bocquet 09/09/17

* C/PS = Caséine / Protéines solubles

7.3. ANNEXE 3 : Lettre d'information aux parents

Madame, Monsieur,

Dans le cadre d'une thèse de médecine générale, nous réalisons une étude sur les régurgitations du nourrisson en nous intéressant au point de vue des parents. Cette étude a pour but d'améliorer la prise en charge des régurgitations du nourrisson par les médecins généralistes en aidant à mieux comprendre les besoins et les difficultés des parents face à ce problème.

Le questionnaire ci-joint s'adresse aux parents d'un ou plusieurs enfants actuellement âgés de 0 à 2 ans.

Nous vous serions reconnaissants de remplir le questionnaire avec la plus grande précision possible. Les réponses recueillies dans le cadre de cette étude demeurent confidentielles et seront traitées de manière anonyme.

Nous vous remercions cordialement pour votre participation.

Laura GORDON
Interne de médecine générale

Dr Leila LATROUS
Médecin généraliste
Maître de stage universitaire

7.4. ANNEXE 4 : Questionnaire

1) Etes-vous :

- Une femme Un homme

2) Quel âge avez-vous ?

- Moins de 20 ans 20 à 30 ans 30 à 40 ans 40 à 50 ans Plus de 50 ans

3) Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?

- Agriculteurs exploitants Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
 Cadres et professions intellectuelles supérieures Professions intermédiaires
 Employés Ouvriers Sans activité professionnelle

4) Combien d'enfants avez-vous ?

- 1 2 3 4 5 ou plus

5) Avez-vous déjà consulté un médecin pour un problème de régurgitations chez votre enfant ?

- Oui Non

- Si oui il était : Médecin généraliste Pédiatre Médecin de PMI
 Gastro-pédiatre Autre :

Si oui veuillez poursuivre le questionnaire.

Si non veuillez passer à la question 11.

6) Qu'est-ce qui vous a amené à consulter le médecin pour ce problème de régurgitations ?
(plusieurs réponses possibles)

- La crainte des conséquences sur la santé de votre enfant
 La crainte que cela cache une maladie grave
 La crainte que votre enfant n'ait pas un apport alimentaire suffisant
 La gêne occasionnée (pour vous et/ou votre enfant) :

Si oui le(s)quel(s) : Médecin généraliste Pédiatre Gastro-pédiatre
 Médecin de PMI Ostéopathe Autre :

11) Si vous n'avez pas consulté jusqu'alors, quelles en sont les raisons ?

Je sais que ce n'est pas un problème grave, ça passera avec l'âge, certaines mesures hygiéno-diététiques peuvent améliorer les symptômes : comment avez-vous eu connaissance de ces informations ?

Sites/forum sur internet Conseils de vos parents Conseils d'autres parents
 Magazines Télévision Autre :

J'ai déjà eu des enfants avec ce problème, je sais quoi faire

Je n'ai pas osé en parler à mon médecin traitant : pourquoi ?

Le médecin généraliste n'est pas compétent dans ce domaine

Ce problème ne va pas l'intéresser, ce n'est pas assez important pour lui

Il ne va pas avoir le temps de répondre à toutes mes questions

Autre :

7.5. ANNEXE 5 : I-GERQ-R

Score de reflux :

I-GERQ-R Articles

Point 1. Combien de fois bébé a régurgité dans la journée?

Point 2. Quelle quantité?

Point 3. Les régurgitations semblent-elles inconfortables ?

Point 4. Refuse –t-il de manger alors qu’il a faim?

Point 5. Le bébé s’arrête-t-il de manger alors qu’il a faim ?

Point 6. Présente-t-il des pleurs pendant ou après les repas ?

Point 7. Pleure-t-il plus que la moyenne ?

Point 8. En moyenne combien de temps le bébé pleure-t-il pendant une période de 24 heures ?

Point 9. Présente-t-il plus de hoquets que la moyenne ?

Point 10. Se courbe-t-il en arrière ?

Point 11. A-t-il déjà présenté un arrêt respiratoire pendant l’éveil ou des difficultés à respirer ?

Point 12. A-t-il déjà présenté un accès de cyanose ?

Reflux gastro-œsophagien physiologique du nourrisson : pourquoi les parents consultent-ils ? Etude observationnelle en Midi-Pyrénées

Introduction : Le reflux gastro-œsophagien du nourrisson (RGO) est un problème fréquemment rencontré en médecine générale. A cause de ses symptômes anxiogènes pour les parents, il peut entraîner un retentissement négatif sur l'enfant et ses parents. Ceux-ci sont souvent en demande d'aide et le médecin généraliste est en première ligne pour répondre à leurs questions. Nous avons voulu comprendre les raisons et les freins parentaux à la consultation ainsi que la satisfaction des parents concernant leur consultation.

Méthode : Etude observationnelle descriptive qualitative menée de juin à septembre 2017 auprès de parents de nourrissons de moins de deux ans présentant des régurgitations. Questionnaire distribué en version papier dans les cabinets médicaux et disponible en version informatisée sur un site internet.

Résultats : 217 questionnaires ont été analysés. 179 parents (82,5%) avaient déjà consulté un professionnel de santé. 128 parents (71,5%) consultaient à cause de la gêne occasionnée pour eux et leur enfant. 114 parents (63,7%) étaient inquiets pour leur enfant. Les freins à la consultation étaient l'accès à des informations d'une autre manière que la consultation médicale dans 44,7% des cas, des régurgitations en quantité peu importantes dans 31,6% des cas et un enfant plus grand ayant déjà eu ce problème dans 23,7% des cas. Concernant leur consultation, 61,5% des parents n'étaient pas satisfaits de la prise en charge proposée.

Conclusion : Les informations données par le médecin doivent être améliorées afin de mieux rassurer les parents au sujet des régurgitations du nourrisson.

Mots-clés : reflux gastro-œsophagien - nourrissons - consultation médicale – parents

Gastroesophageal reflux in infants : why do parents consult ? Observational study in Midi-Pyrénées

Introduction : Gastroesophageal reflux in infant is a common problem in general medicine. Because of its stressful symptoms for the parents, it can have a negative impact on the child and his parents. Those one are often asking for help and the general practitioner is on the frontline to answer their questions. We wanted to understand the reasons and the parents' reluctance to the consultation as well as the satisfaction of the parents regarding their consultation.

Method : Observational descriptive qualitative study led from June to September 2017 with parents of children under two years old with regurgitations. Paper questionnaire handed out in doctor's offices and computerized version available on a web site.

Results : 217 questionnaires have been analyzed. 179 parents (82,5 %) have consulted a healthcare professional once. 128 parents (71,5%) have consulted because of the discomfort it caused them and their child. 114 parents (63,7%) were worried for their child. The parents' reluctance to the consultation can be explained by the access to information in a different way from the medical consultation in 44,7 % of the cases, regurgitations in small quantities in 31,6% of the cases and an older child who has already have this problem in 23,7% of the cases. Concerning their consultation, 61,5% of the parents were not satisfied with the proposed care.

Conclusion : The information given by the doctor must be improved to reassure the parents about infant regurgitations.

Keywords : gastroesophageal reflux – infants – consultation – parents

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France

Directrice de thèse : Dr Leila Latrous