



HAL
open science

Constipation fonctionnelle chez les 2-15 ans : évaluation des connaissances et besoins des parents habitant dans la Somme pour élaboration d'une fiche pratique

Gwendalle Fournier

► To cite this version:

Gwendalle Fournier. Constipation fonctionnelle chez les 2-15 ans : évaluation des connaissances et besoins des parents habitant dans la Somme pour élaboration d'une fiche pratique. Médecine humaine et pathologie. 2024. <dumas-04795595>

HAL Id: dumas-04795595

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04795595v1>

Submitted on 21 Nov 2024

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

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



Distributed under a Creative Commons CC BY 4.0 - Attribution - International License



Université de Picardie Jules Verne

Faculté de Médecine d'Amiens

Année 2024

Constipation fonctionnelle chez les 2-15 ans :

Évaluation des connaissances et besoins des parents habitant dans la Somme pour élaboration d'une fiche pratique

Thèse n°2024 – 127

Pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

Spécialité : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement

Le 3 octobre 2024

Par

Gwendalle FOURNIER

Président du jury : Madame le Professeur Elodie HARAUX

Membres du jury : Monsieur le Docteur Marc BOCQUILLON

Madame le Docteur May FIANI

Madame le Docteur Catherine HUETTE

Directeur de thèse : Madame le Docteur Céline COULANGE

Dédicaces

A mon président de jury,

Madame le Professeur Elodie HARAUX

*Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Chirurgie infantile)*

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider mon jury de thèse. Je vous présente, Chère Professeure, l'expression de ma profonde reconnaissance car sans vous, la soutenance de cette thèse n'aurait pu avoir lieu.

A mon jury,

Monsieur le Docteur Marc BOCQUILLON

*Maître de Conférence Associé
Département de Médecine Générale*

Je vous remercie de votre disponibilité pour cette soutenance et au cours de mon dernier semestre ou de mes quelques remplacements. Merci pour votre aide, votre franchise et vos conseils. Je vous suis également reconnaissante de votre implication dans la diffusion de mon questionnaire de thèse, sans laquelle je n'aurais pas obtenu autant de réponses.

A mon jury,

Madame le Docteur May FIANI

*Chef de Clinique Référent RECHERCHE
Département de Médecine Générale*

Merci d'avoir accepté de juger une dernière fois mon travail. J'espère qu'il sera à la hauteur de vos attentes. Je vous suis reconnaissante de votre disponibilité, de votre accompagnement et de vos conseils depuis le début de mon internat.

A mon jury,

Madame le Docteur Catherine HUETTE

Médecin départemental

Responsable du pôle de Protection Maternelle et Infantile

Je vous présente ma plus profonde reconnaissance pour votre accompagnement dans mon projet professionnel et pour m'avoir permis de réaliser des vacations en PMI, d'autant plus que cela n'a pas été de tout repos. Sans votre aide dans la diffusion de mon questionnaire de thèse, je n'aurais pu obtenir autant de réponses.

A ma Directrice de thèse,

Madame le Docteur Céline COULANGE

Praticien Hospitalier

(Pédiatrie)

Un grand merci de m'avoir permis d'être la première interne que vous dirigez dans un travail de thèse et ce, en ne m'ayant jamais rencontrée auparavant. Je vous suis reconnaissante de la confiance que vous m'avez accordée, de l'intérêt que vous avez porté pour ce sujet, de votre disponibilité et de votre bienveillance. J'espère que ce travail sera à la hauteur de vos attentes. Je vous exprime ma plus sincère gratitude et j'espère que notre collaboration perdurera.

Remerciements

A tous ceux qui ont contribué à ce travail,

A Dr Claire DE COLNET,

Je suis ravie d'avoir effectué avec vous ces 6 mois de stage très formateurs, qui ont complètement modifié mon projet professionnel. Merci pour votre accompagnement et vos conseils dans ce projet ainsi que pour l'élaboration de mon questionnaire de thèse.

Aux puéricultrices de PMI,

Merci à Mme Alice LEPRINCE, Mme Mylène SCELLIER et Mme Elise LE STEPHANY pour votre participation à l'élaboration de mon questionnaire.

Je remercie également l'ensemble des équipes de PMI, plus particulièrement celles de Picardie-Maritime et du C2S d'Amiens, notamment Mme Sylvie CANDELIER, Mme Pauline SANNIER, Mme Sandra TILMANT, Mme Clémence GUIRAND et surtout Mme Gaëlle COUVOIS, pour leur investissement dans la diffusion de mon questionnaire.

Merci également à ces dernières ainsi qu'à Mme Martine MORELLEC, Mme Laëtitia MEQUIN, Mme Nathalie HOSTEN et Mme Anne-Sophie BOCLET pour leur soutien, leur bienveillance et leurs discussions enrichissantes au cours de mes vacances et/ou de mon stage. J'ai pris plaisir à travailler avec vous et je continue à y prendre plaisir.

A l'équipe de la MSP de la NIEVRE à Saint-Ouen, A Dr Arnaud DUBOIS et à Mme Sophie DUBOIS,

Merci d'avoir participé à la diffusion de mon questionnaire ainsi que pour votre aide et vos conseils lors de mon stage et de mes remplacements.

A M. Bertrand LABATTU, au sein de la DRCI du CHU d'Amiens,

Je vous suis reconnaissante du temps que vous avez investi pour m'aider à propos du cadre réglementaire et de la protection des données de mon étude. Celle-ci n'aurait pu aboutir sans votre expertise.

A tous les parents ayant répondu à mon questionnaire et à ceux l'ayant relayé.

A ma famille,

A mes parents,

Merci de m'avoir poussée, depuis le début, à donner le meilleur de moi-même. Sans vous, je n'aurais pu aller aussi loin. Merci pour votre soutien, votre disponibilité, vos sacrifices, vos conseils et votre réconfort, d'autant plus ces 10 dernières années. Merci aussi pour votre investissement, je n'oublie pas toutes ces fois où vous avez mis « la main à la patte », notamment pour la relecture de mes travaux. J'espère que vous êtes fiers de moi.

Je vous aime.

A ma sœur Aurélie,

Merci de faire partie de ma vie et de toujours avoir une pensée pour moi. Merci à toi et aussi à Vincent pour avoir fait partie du « Comité de relecture » de mon questionnaire de thèse et pour l'avoir largement diffusé.

A Hugo,

Merci de m'avoir supportée et soutenue pendant ces 18 derniers mois difficiles qui nous poussent maintenant vers un avenir plus serein. Je n'aurai pu tenir sans ta présence, tes attentions et ta capacité à m'apaiser. Merci d'être comme tu es.

Je t'aime Chaton.

A Emma,

Je te remercie pour ton aide dans l'élaboration de l'affiche et du résumé en anglais de cette thèse. Merci également de ta gentillesse. Je suis ravie de t'avoir comme belle-sœur.

A mes beaux-parents,

Je vous remercie pour votre gentillesse, votre disponibilité et votre compréhension.

A Christine,

Merci de faire partie de ma famille. Nos discussions et ces semaines de randonnées ont été un vrai bol d'oxygène.

A Titi,

Merci pour nos échanges, certes peu fréquents, mais enrichissants, ces dernières années.

A tous les membres de ma famille,

Merci d'être venus me soutenir pour l'apogée de tous ces efforts.

A mes amis,

A Victoria, Mélanie, Alice, Diana, Gwenaelle et Maxime,

Merci pour tous ces moments de partage, de rires et de confiance. Votre présence a rendu ces études plus douces. Je suis arrivée seule à la fac, mais j'en repars avec des amis en or.

A Victoria,

Une amitié qui dure depuis 10 ans. Merci pour ton soutien et ton écoute. J'apprécie la franchise de nos échanges et notre complicité. Merci d'être une aussi grande stressée que moi. Tu as su m'apporter des rires et du réconfort tout au long de ces études. Si je devais lister les points positifs de mes années d'étudiante, je commencerais par toi. Merci aussi pour tes multiples relectures de mes travaux.

A Mélanie,

9 ans d'amitié déjà. Je n'aurais probablement pas autant avancé sans toi. Ton esprit de synthèse, ta bienveillance et ta productivité m'ont beaucoup aidée. Je n'oublie pas nos séances de révision avant chaque partiel, où l'on se motivait mutuellement, ni toutes ces fois où j'ai pu compter sur toi. Merci de m'avoir donné l'idée de ce sujet et d'avoir accepté d'endosser la casquette de consultante pour cette thèse.

A Maïté,

Je te remercie de ta clairvoyance, ta bienveillance et ta maturité au cours de ces années et au sein du SAPIR-IMG. Tes connaissances ont été d'une aide précieuse pour ma partie « Matériel et Méthode ».

A Nagui,

Merci d'avoir été disponible et d'avoir pu m'aider à certains moments. Ma deuxième moitié d'internat n'aurait pas été pareille sans ton aide.

Abréviations

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DRCI : Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation

DUMAS : Dépôt Universitaire de Mémoire Après Soutenance

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

ESPGHAN : European Society for Pediatric Gastroenterology Hepatology And Nutrition

ET : Ecart Type

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

PEG : Poly Ethylène Glycol

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

SUDOC : Système Universitaire de Documentation

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

UPJV : Université de Picardie Jules Verne

Tables des figures et tableaux

Figure 1 : Diagramme de flux	33
Figure 2 : Niveau socio-professionnel des participants.....	35
Figure 3 : Exposition des parents interrogés à la constipation	36
Figure 4 : Identification des causes de la constipation par les parents interrogés	39
Figure 5 : Connaissances des parents interrogés sur les prises en charge possibles de la constipation fonctionnelle	40
Figure 6 : Durée du traitement médicamenteux selon les parents interrogés.	41
Figure 7 : Mesure des conséquences de la constipation par les parents interrogés.....	42
Figure 8 : Surveillance globale du transit par les parents interrogés.....	43
Figure 9 : Sources d'information utilisées par les parents interrogés	47
Figure 10 : Professionnels de santé consultés par les parents interrogés en cas de constipation	48
Figure 11 : Sites internet consultés par les parents interrogés	48
Figure 12 : Avis des parents interrogés sur la fiche d'Ameli.fr concernant la constipation, pour ceux connaissant son existence	49
Figure 13 : Domaines concernant la constipation pour lesquels les parents interrogés estiment être bien informés	50
Figure 14 : Ressenti des parents interrogés à propos d'une possible constipation de leur enfant	51

<i>Tableau 1 : Sexe des participants.....</i>	<i>34</i>
<i>Tableau 2 : Niveau d'étude des participants.....</i>	<i>34</i>
<i>Tableau 3 : Représentation des professionnels de santé dans l'échantillon</i>	<i>35</i>
<i>Tableau 4 : Moyenne des scores.....</i>	<i>37</i>
<i>Tableau 5 : Capacité des parents interrogés à définir la constipation</i>	<i>38</i>
<i>Tableau 6 : Score global d'identification des causes de la constipation par les participants</i>	<i>38</i>
<i>Tableau 7 : Score global d'identification des aliments adéquats par les parents interrogés</i>	<i>39</i>
<i>Tableau 8 : Score global de connaissances des parents interrogés sur les prises en charges de la constipation fonctionnelle</i>	<i>40</i>
<i>Tableau 9 : Score global des interrogés sur la durée d'utilisation du traitement médicamenteux</i>	<i>41</i>
<i>Tableau 10 : Score global des parents interrogés sur les conséquences de la constipation .</i>	<i>42</i>
<i>Tableau 11 : Score global d'habitude de surveillance des selles par les parents interrogés</i>	<i>43</i>
<i>Tableau 12 : Score global d'habitude d'incitation à l'hydratation par les parents interrogés</i>	<i>44</i>
<i>Tableau 13 : Synthèse des scores $\geq 75\%$ en fonction du sujet.....</i>	<i>44</i>
<i>Tableau 14 : Synthèse du détail des réponses indépendamment de la note obtenue.....</i>	<i>45</i>
<i>Tableau 15 : Connaissance par les parents interrogés de l'existence de la fiche d'Ameli.fr sur la constipation</i>	<i>49</i>
<i>Tableau 16 : Inquiétude des parents interrogés concernant le transit de leur enfant.....</i>	<i>51</i>
<i>Tableau 17 : Avis des parents interrogés sur la création d'une nouvelle fiche traitant de la constipation de l'enfant.....</i>	<i>52</i>

Sommaire

Table des matières

Dédicaces.....	3
Remerciements	5
Abréviations.....	9
Tables des figures et tableaux	11
Sommaire	13
Introduction.....	15
I- Contexte et justification de l'étude	15
A. Un problème de santé publique	15
B. Problématique.....	15
II- La constipation fonctionnelle chez l'enfant	17
A. Définitions et physiopathologie.....	17
B. Facteurs de risque.....	19
C. Les conséquences possibles	21
D. Prise en charge.....	22
Matériel et Méthode.....	25
I- Questions de recherche.....	25
A. Question principale	25
B. Questions secondaires.....	25
II- Objectifs	25
A. Objectif principal.....	25
B. Objectifs secondaires	25
III- Population étudiée	26
A. Critères d'inclusion	26
B. Critères d'exclusion	26
IV- Méthode.....	27
A. Cadre réglementaire et éthique	27
B. Méthode de recueil de données	27
C. Justification de la méthode	27
D. Création du questionnaire.....	28
E. Diffusion du questionnaire.....	29
F. Période de recueil	29
G. Nombre de sujets nécessaires	30

H. Critère de jugement principal.....	30
I. Critères de jugement secondaires.....	31
J. Analyses statistiques.....	31
Résultats.....	33
I- Echantillon.....	33
A. Effectifs totaux.....	33
B. Caractéristiques des participants.....	34
II- Les connaissances et habitudes des parents.....	37
A. Critère de jugement principal.....	37
B. Les réponses en détail.....	38
C. Analyses en sous-groupes.....	46
III- Les besoins ressentis et la recherche d'information par les parents.....	47
A. Les moyens d'information des parents.....	47
B. Le besoin d'information ressenti par les parents.....	50
C. Analyses en sous-groupes.....	52
Discussion.....	53
I- Discussion des résultats.....	53
A. Les parents samariens sont-ils bien informés sur la constipation fonctionnelle de l'enfant ?.....	53
B. Sur quels domaines se rapportant à la constipation fonctionnelle de l'enfant les parents samariens sont-ils bien informés ?.....	54
C. Les parents samariens souhaitent-ils être informés sur la constipation fonctionnelle de l'enfant ?.....	58
D. Sur quels domaines se rapportant à la constipation fonctionnelle de l'enfant les parents samariens souhaitent-ils être informés ?.....	58
E. Par quels moyens les parents samariens souhaitent-ils être informés ?.....	59
F. Propositions de voies d'amélioration et de travaux futurs.....	60
II- Limites de l'étude.....	62
III- Force de l'étude :.....	63
Conclusion.....	65
Références.....	67
Annexes.....	73
I- Affiche.....	73
II- Questionnaire.....	74
III- Fiche Améli.fr.....	79
IV- Fiche conseil destinée aux parents.....	85
Résumé.....	90

Introduction

I- Contexte et justification de l'étude

A. Un problème de santé publique

La constipation chez l'enfant est un problème fréquent. On estime que 30% des enfants d'âge scolaire sont ou ont été confrontés à cette problématique une fois dans leur vie et que ce motif intervient dans 2% des consultations de médecine générale (1,2). Bien qu'elle soit fonctionnelle dans plus de 95% des cas, elle peut avoir des conséquences physiques et psychosociales (2-4). Celles-ci, ainsi que l'anxiété de l'entourage qu'elles peuvent générer, mènent (encore trop) souvent à des consultations aux urgences générales et/ou pédiatriques. En effet, au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Amiens 429 enfants entre 2 et 15 ans se sont présentés aux urgences pédiatriques en 2022 et sont ressortis avec un diagnostic de constipation. De plus, 22 enfants ont été hospitalisés en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) pour ce motif en 2023. Or, ces complications et consultations aux urgences peuvent être évitées si l'enfant est pris en charge précocement en médecine générale. Ceci entraîne donc un excès de passages aux urgences non souhaitables dans le contexte actuel d'engorgement de ces services, ainsi qu'une augmentation des dépenses de soins (4-6).

B. Problématique

Bien souvent, le parent accompagnant n'a pas la notion d'une possible constipation chez son enfant ou la minimise ; et l'enfant, lorsqu'il est interrogeable, estime ne pas avoir de problème de transit (7). Ceci pourrait laisser à penser que les parents manquent de connaissances sur cette pathologie ainsi que sur la façon de la prévenir et de la prendre en charge. Pourtant, depuis une vingtaine d'années, des recherches se sont développées sur la prise en charge de cette pathologie, jusqu'à parfois aboutir à la rédaction de fiches d'information, pour la plupart disponibles sur internet. Néanmoins, celles-ci ne sont pas toujours exhaustives. Certaines, par exemple, évoquent la définition de la pathologie et les étiologies possibles, mais ne parlent pas du traitement médicamenteux, des signes d'alarme devant faire

consulter ou du savoir-être à adopter (8) ou inversement (9,10). D'autres se basent sur des sources non reconnues comme fiables (11) ou uniquement canadiennes et américaines (12,13) et/ou ayant été publiées avant la dernière recommandation de l' European Society for Pediatric Gastroenterology Hepatology And Nutrition (ESPGHAN) de 2014 (3,8,11). La seule ressource semblant assez complète est le chapitre dédié à la constipation infantile sur le site Ameli.fr (14–17). Malheureusement, celui-ci peut sembler volumineux, il est donc possible que certains parents ne lisent pas le document dans sa totalité. Aussi, il n'est pas acté que tous les parents se renseignent sur internet et sachent sur quels sites se rendre. En effet, lorsqu'on recherche les mots clés « constipation enfant » sur un moteur de recherche *lambda*, une multitude de sites sont proposés, avec un niveau de fiabilité et d'indépendance variable. Enfin, aucune de ces ressources ne se base sur des références prenant en compte les besoins et/ou les connaissances des parents à ce sujet. Peu de recherches ont été effectuées en ce sens (4,5,10,18–20), notamment en France où seules deux études qualitatives ont été réalisées sur ce sujet (10,18), et aucune dans le département de la Somme. Or, le parent est acteur de la santé de son enfant, celui-ci ne pouvant pas toujours s'exprimer de façon claire sur ses douleurs et son inconfort. Dans un contexte de santé publique mettant l'accent sur le patient/parent expert, il est intéressant de s'interroger sur les connaissances et les besoins des parents sur la constipation fonctionnelle infantile, afin de pouvoir établir une fiche d'information compréhensible et accessible pour eux et adaptée à leurs besoins (4–6,21).

**Données obtenues par extraction auprès du Dr Nantoua YOUSSEF-TZOMAA du Département d'Information Médicale du CHU d'AMIENS*

II- La constipation fonctionnelle chez l'enfant

A. Définitions et physiopathologie

1) Définitions

La notion d'émission de selles dures, peu fréquentes (moins de 3 fois par semaines), difficiles à évacuer (22) voire douloureuses est communément retenue pour évoquer une constipation, mais cette définition est imprécise car elle dépend de la perception du patient. De plus, la fréquence d'émission de selles varie en fonction de l'âge et du mode d'alimentation de l'enfant. En effet, les nourrissons allaités ont tendance à avoir moins de selles que les nourrissons nourris au biberon et la fréquence d'émission de selles passe d'une moyenne de 1,7 selles par jour vers l'âge de 2 ans à une moyenne de 1,2 selles par jour à l'âge de 4 ans (23).

Ainsi, une classification regroupant plusieurs critères a été créée par un comité d'experts internationaux afin d'apporter une définition précise de la constipation : les critères de Rome. Les critères de Rome IV permettent de poser le diagnostic de constipation pour les enfants, si au moins 2 des éléments suivants sont présents :

- 2 défécations ou moins par semaine
- Antécédents de rétention excessive de selles
- Antécédents de selles douloureuses ou dures
- Antécédents de selles de grand diamètre
- Présence d'une grosse masse fécale dans le rectum

Chez les enfants propres, le critère supplémentaire suivant peut être utilisé :

- Au moins 1 épisode par semaine d'incontinence fécale après l'acquisition de la propreté (3,24).

La constipation peut également se manifester par des douleurs abdominales, des difficultés à l'exonération des selles (efforts de poussée, sensation de blocage au passage des selles ou d'évacuation incomplète, temps d'exonération allongé, nécessité de manœuvres digitales), des fissures anales (2,6,22) voire des hémorroïdes, un prolapsus rectal (21), une énurésie ou des infections urinaires (6,17). Une irritabilité et une perte d'appétit peuvent également être constatées (3).

La constipation fonctionnelle, d'origine idiopathique, se distingue de la constipation organique, secondaire à l'atteinte d'un organe, une maladie ou une prise médicamenteuse (22). Nous ne détaillerons pas les étiologies organiques, cette étude portant sur la constipation fonctionnelle.

Lorsque la constipation ne répond pas à un traitement optimal d'au moins 3 mois, on parle de constipation opiniâtre ou réfractaire (3,23). Si la constipation se chronicise (au-delà de 6 mois) (22): les selles s'accumulent et deviennent de plus en plus dures par réabsorption d'eau par le colon, avec parfois des douleurs et/ou des saignements à l'exonération amenant l'enfant à se retenir. Ceci favorise un cercle vicieux jusqu'à l'impaction fécale, c'est-à-dire une grande quantité de selles dans le rectum dilaté et/ou une masse de selles dure intra-rectale (un fécalome) (2,3). Se produisent alors des émissions de selles liquides involontaires dans des situations inappropriées, car l'anus n'est pas totalement fermé à cause du fécalome et les selles glissent le long de celui-ci. C'est l'encoprésie fonctionnelle involontaire. L'encoprésie peut également être volontaire ou organique, mais n'étant pas liées à une constipation, ces étiologies ne seront pas détaillées ici (2,23).

2) Les périodes de transition

Chez le nourrisson, l'exonération des selles se fait de manière réflexe : l'arrivée de selles dans le rectum entraîne le relâchement du sphincter interne et l'évacuation des selles. C'est le réflexe recto-anal inhibiteur. Vers l'âge de 9 mois, le contrôle volontaire des actions de l'intestin et de la vessie apparaît. La capacité à coopérer à un apprentissage émerge entre 18 et 24 mois. Par ailleurs, vers 18 mois, le système nerveux de l'enfant est suffisamment mature et la sensation de besoin devient peu à peu consciente, ce qui permet le début de l'apprentissage de la propreté, pour aboutir à un réel contrôle de l'exonération vers 2 à 3 ans (2,23,25).

Auparavant, il serait plutôt contreproductif d'espérer de l'enfant cette maîtrise bien que la perspective de l'entrée en école maternelle puisse inciter les parents à tenter d'accélérer ce processus. En effet, la pression parentale peut provoquer un blocage avec secondairement une constipation par un comportement de rétention des selles et cela d'autant plus que cet apprentissage coïncide avec la période des contestations (2,23).

Ainsi, la première période « à risque » se situe vers la période d'apprentissage de la propreté et d'entrée en école maternelle (2,7). Les périodes de transition suivantes se situent vers 6 ans et 11 ans, ce qui correspond à l'entrée en école primaire et au collège (2).

B. Facteurs de risque

1) L'impact de la scolarisation

Le rythme imposé par l'école change les habitudes des enfants (horaire de passage à la selle plus ou moins imposé, temps passé aux toilettes raccourci...) et les enfants ont parfois un ressenti négatif des toilettes scolaires : sentiment d'insécurité (absence de verrou ou serrure difficile), sentiment d'inconfort (absence de savon, de papier toilette, de chauffage, manque d'intimité) (2,26,27). L'attitude des enseignants concernant l'utilisation des toilettes scolaires peut également influencer la façon dont l'enfant s'autorisera à utiliser ces toilettes (27,28). Cela peut mener à un refus de les utiliser et à un comportement de rétention avec pour conséquence le cercle vicieux cité précédemment (28,29).

2) Des facteurs passagers à ne pas négliger

Certains facteurs transitoires peuvent entraîner une constipation passagère : un long voyage (immobilisation prolongée, inaccessibilité des toilettes), une maladie (immobilisation prolongée, déshydratation sur baisse d'apports hydriques ou fièvre), un contexte de forte chaleur (déshydratation), un changement de lieu (environnement inadéquat). De plus, une constipation liée à une cause passagère peut mener à une constipation chronique si l'enfant se retient par appréhension d'une selle douloureuse (2,23,30).

3) Une implication génétique probable

L'implication de la génétique est fortement suspectée dans la constipation fonctionnelle infantile, car l'expérience des cliniciens montre que les parents et/ou la fratrie des enfants constipés ont tendance à l'être également. Néanmoins, jusqu'à présent, il n'a pas été mis en évidence de mutation génétique responsable de la constipation fonctionnelle infantile (6,31–33).

4) L'importance du microbiote intestinal

De nombreuses études s'intéressent à l'impact des modifications du microbiote intestinal sur la constipation fonctionnelle (34). Certaines ont notamment montré un déficit en certains types de bactéries (lactobacillus et bifidobactérium) chez les enfants constipés (34,35).

Cependant, des recherches plus approfondies doivent encore être réalisées, afin de pouvoir définir de manière précise, et avec un niveau de preuve élevé, si le microbiote intestinal peut être impliqué dans la constipation fonctionnelle (10).

5) Un régime alimentaire inadéquat

Des apports hydriques insuffisants ou inappropriés (sodas) et des apports en fibres inférieurs aux quantités recommandées sont fortement associés à la constipation fonctionnelle (2,3,16,36). En effet, au sein des selles, les fibres ont des propriétés de rétention d'eau, augmentent la production de bactéries et accélèrent le transit colique (14,22,36). Ainsi, une alimentation pauvre en fibres est un facteur de risque important de constipation. De même, une alimentation trop abondante en féculents (notamment les pommes de terre, le pain et le riz blanc) (9,37), ou en aliments gras ou sucrés (chocolat, confiseries) peut participer à installer ou pérenniser une situation de constipation (9,14).

6) La sédentarité

Le manque d'activité physique et les longues périodes sédentaires, notamment un long temps passé à faire les devoirs ou devant les écrans (> 2h), favoriseraient la constipation (6,14,28,36). De plus, un temps de devoirs ou d'écrans trop conséquent n'est pas en faveur de la mise en place d'une routine intestinale et peut engendrer une rétention des selles et une réduction du temps de sommeil (28).

7) Le manque de sommeil

Une étude a suggéré des courtes durées de sommeil (< 7h) comme constituant à elles-seules un facteur de risque de constipation chez l'enfant. Le mécanisme en lien n'est pas explicité, cependant il n'est pas exclu que par fatigue les enfants reportent l'utilisation des toilettes. Aussi, le manque de sommeil peut être une source de détresse psychologique, de stress, d'autant plus s'il est associé à une charge de travail intense (28).

8) Le stress

Beaucoup d'études ont mis en lumière un lien entre stress et constipation (33,39–44). Celui-ci affecterait la motilité intestinale, le flux sanguin de la muqueuse rectale et la tension du plancher pelvien via des voies du système nerveux central et entérique, que l'on nomme également « axe cerveau-intestin » (39). Plusieurs situations de stress ont été mises en évidence au niveau familial, scolaire et sociétal.

Certains événements familiaux tels que : la séparation des parents, des disputes domestiques fréquentes, une rivalité entre frère et sœur, une maladie grave chez un proche (ou chez l'enfant lui-même) ou la perte d'emploi d'un des parents ont été associés à la survenue d'une constipation (29,40,41,44). Les difficultés financières familiales et la dépression maternelle sont également suspectées (40). Enfin, un lien a été établi entre la constipation fonctionnelle de l'enfant et l'agressivité de la famille, les punitions fréquentes ou toute forme de maltraitance, aussi bien physique que psychologique ou sexuelle (29,40–42,44).

Comme dit précédemment, il y a 3 grandes périodes de transition à risque de constipation, correspondant à des périodes où l'enfant change d'école. Par ailleurs, d'autres événements en lien avec l'école peuvent être pourvoyeurs de constipation, tels que l'échec à un examen, les problèmes relationnels avec les amis et le harcèlement scolaire (40,41,44).

Enfin le fait de vivre dans un contexte de trouble civil ou de guerre favorise de façon significative le développement d'une constipation (33,40,41,44).

Bien que le lien entre constipation et stress soit établi, il est difficile de déterminer si le stress est la cause ou la conséquence de la constipation, la plupart des études ayant été réalisées rétrospectivement (43).

C. Les conséquences possibles

Il existe plusieurs dimensions sur lesquelles la constipation peut avoir des répercussions. Tout d'abord au niveau physique avec les symptômes cités précédemment tels que les douleurs, les souillures, les infections, mais également le risque d'évolution vers l'occlusion (19).

Une altération de la scolarité a été rapportée chez les enfants constipés, en lien avec une fatigue persistante accompagnée d'un absentéisme et d'une baisse des résultats (4,6).

Des conséquences psychosociales importantes sont également rapportées ; telles qu'une mise à l'écart du fait des souillures et de l'odeur d'excréments (2,4,6,45), une baisse d'estime de soi, des troubles psycho-comportementaux : une tristesse de l'humeur voire une dépression, une irritabilité, une anxiété généralisée, une phobie sociale ou encore des troubles oppositionnels avec provocation (6).

La vie familiale s'en trouve souvent altérée avec des conflits plus fréquents au sein du trio enfant-parents, probablement du fait du stress, de la frustration et de l'inquiétude générée. Les parents doutent d'eux-mêmes, culpabilisent et la famille a davantage tendance à s'isoler par embarras (4,6,20).

La constipation de l'enfant peut ainsi détériorer la qualité de vie de l'enfant mais également celle de sa famille (4,6).

D. Prise en charge

1) Non médicamenteuse

a. L'éducation thérapeutique

L'étape essentielle de la prise en charge est l'éducation des parents, car il leur incombe d'encadrer l'enfant quotidiennement autour de cette problématique. Expliquer aux parents et à l'enfant les mécanismes de la défécation et de la constipation fonctionnelle permet une meilleure compréhension de la situation et des éléments à mettre en place. Cela peut lever certains préjugés des parents et de l'enfant (14,15,18,20,46). Expliquer aux parents les positions évocatrices d'un comportement de rétention de selles pourra leur permettre de les repérer précocement et de réagir (46). Idéalement, cette éducation devrait être réalisée de façon préventive, avant l'étape de l'apprentissage de la propreté et de l'entrée à l'école, celle-ci étant fortement à risque de survenue d'une constipation (30). D'ailleurs, il est important d'expliquer aux parents que l'apprentissage de la propreté ne doit pas être débuté trop tôt (pas avant 18 mois) et qu'elle doit se faire sans conflit. En effet, la posture adoptée par les parents est très importante. Véhiculer à l'enfant une image négative de la défécation ou des toilettes collectives, le contraindre à y aller ou le sanctionner s'il n'y est pas allé, sont des comportements qui peuvent avoir des effets délétères (14,18,30,46). Tenir un journal de la fréquence et de l'aspect des selles de l'enfant peut être utile, car il permet de mettre en place une surveillance de son

transit et peut être motivant pour lui, si le fait d'aller à la selle est associé à un système de récompense (38,46,47).

b. L'adaptation de l'environnement

Afin de faciliter la défécation, il faut permettre à l'enfant de pouvoir aller seul aux toilettes en étant installé confortablement. Ainsi, des vêtements pratiques qu'il peut retirer lui-même sont à privilégier (9). Son intimité doit être respectée (9,47). Il est important d'adapter les toilettes à la taille de l'enfant : on commencera par un pot posé au sol puis, si la lunette des toilettes est trop grande, on utilisera un réducteur de toilette. Si ses pieds ne posent pas au sol, l'enfant est en position instable. Il faut conseiller l'utilisation d'un repose-pied pour favoriser une posture détendue et une poussée abdominale efficace (15,22,27,30,46,47).

c. L'hygiène de vie

Des repas à heure fixe sont à privilégier, afin de favoriser une habitude intestinale. L'enfant est ensuite incité, mais pas contraint, à se rendre aux toilettes dans l'heure suivante toujours après le même repas (par exemple celui du matin). Cela permet de profiter du réflexe gastrocolique qui suit le repas (augmentation du péristaltisme colique déclenché par la distension de l'estomac). L'enfant sera encouragé à prendre son temps et à y rester au moins 5 à 10 minutes, en fonction de son âge (14,18,21,38,46,47). Lui apprendre à ne pas attendre s'il ressent le besoin de déféquer est également essentiel (22,30). Avoir une activité physique modérée quotidienne d'environ 1 heure permet également de stimuler la fonction intestinale (14,22,38,46).

d. Les mesures diététiques

De manière générale, mais encore plus en cas de constipation, un régime équilibré riche en fibres (quantité recommandée : 0,5 g/kg/jour, maximum 30g/jour (46)) et une bonne hydratation sont recommandés. Ainsi, on privilégiera les céréales complètes ou les céréales au son, les fruits secs (pruneaux, figue, dattes), les légumineuses (lentilles, haricot, pois) et à un moindre degré, mais au moins 3 fois par jour, les légumes verts (épinards, courgettes, haricots verts, brocolis, petits pois) ainsi que les fruits frais (mûres, poires, framboises, oranges) (9,13,14,22,29,37,46).

Par ailleurs, les fibres agissant par rétention d'eau dans les selles, il faut également prévoir des apports hydriques suffisants. Ceux-ci varient en fonction du poids de l'enfant et de la dépense calorique qui y est associée. Un enfant de 10 kg doit boire environ 1 litre d'eau par jour tandis qu'un enfant de 20 kg devra plutôt en boire 1,5 litre. Enfin, un enfant de 45kg aura besoin de 2 litres d'eau par jour (48).

Toutes ces mesures peuvent permettre de prévenir l'apparition ou la réapparition d'une constipation mais elles ne sont parfois pas suffisantes une fois la constipation installée. Un traitement médicamenteux est alors nécessaire (30).

2) Médicamenteuse

a. La désimpaction fécale

Le début du traitement consiste à évacuer les selles dures et agglomérées à l'aide de Poly Ethylène Glycol (PEG) à forte dose (2,21,30,38) environ 1 à 1,5 g/ kg/ jour (3,21) pendant 3 à 6 jours (3) ou à défaut par des lavements rectaux quotidiens (Normacol enfant ®), 1 par jour pendant 3 jours si le PEG n'est pas disponible (2,3). Il est important de prévenir les parents que cette phase est associée à une fréquence plus élevée de fuites fécales qui ne doit pas pour autant faire diminuer les doses de laxatifs (2,3,30).

b. Le traitement d'entretien

Vient ensuite le traitement d'entretien afin d'éviter une récurrence de l'accumulation de selles dures et de permettre au colon de retrouver une taille et une fonction normales (21). Le PEG est utilisé en première intention à une dose initiale d'environ 0,5g/kg/jour à adapter en fonction de la réponse clinique. Le PEG est sans accoutumance. Il faut attendre 4 à 5 jours avant d'observer un effet (2,3,30). Si le PEG n'est pas disponible, le lactulose peut être utilisé. Celui-ci est intéressant, car il est administrable dès la naissance, contrairement au macrogol qui n'est indiqué qu'à partir de 6 mois. Ils agissent tous deux par hydratation des selles. Cependant, le lactulose est moins efficace que le PEG (3,30).

Ce traitement doit être poursuivi pendant au moins 2 mois et autant de temps que la constipation a duré. Les symptômes doivent être résolus depuis au moins 1 mois avant d'envisager une diminution progressive du traitement. Si la constipation est survenue au moment de l'apprentissage de la propreté, il est préférable de poursuivre le traitement jusqu'à ce que cet apprentissage soit terminé (3,30).

Matériel et Méthode

I- Questions de recherche

A. Question principale

Les parents samariens sont-ils bien informés sur la constipation fonctionnelle de l'enfant ?

B. Questions secondaires

Sur quels domaines se rapportant à la constipation fonctionnelle de l'enfant les parents samariens sont-ils bien informés ?

Les parents samariens souhaitent-ils être informés sur la constipation fonctionnelle de l'enfant ? Sur quels domaines ? Par quels moyens ?

II- Objectifs

A. Objectif principal

Déterminer si les parents samariens d'enfants âgés de 2 à 15 ans sont bien informés concernant la constipation fonctionnelle de l'enfant dans le département de la Somme.

B. Objectifs secondaires

- 1) Faire un état des lieux des connaissances et des habitudes de ces parents.
- 2) Explorer le ressenti des parents à ce sujet.
- 3) Déterminer les domaines de ce sujet sur lesquels les parents se sentent bien informés, afin d'axer en priorité l'information sur les points les préoccupants.

- 4) Etablir les moyens d'information préférés des parents.
- 5) A partir des informations obtenues, réaliser une fiche informative à l'intention des parents, afin de faciliter le diagnostic et la prise en charge de cette pathologie, ainsi que l'implication des parents.

III- Population étudiée

A. Critères d'inclusion

Parent d'enfant(s) (de 2 à 15 ans inclus, souffrant ou non de constipation) majeur, ne faisant pas l'objet d'une mesure de protection juridique et habitant dans le Département de la Somme. Nous définissons la fonction de parent par le fait d'être en charge de la gestion du quotidien et des soins de l'enfant, ceci comprend les parents biologiques ou adoptifs, les beaux-parents et les assistants familiaux.

B. Critères d'exclusion

- 1) Être mineur
- 2) Être sous mesure de protection juridique
- 3) Ne pas avoir au moins un enfant entre 2 et 15 ans inclus
- 4) S'opposer à ce que ses données personnelles soient réutilisées dans le cadre de la recherche (sont considérés comme s'opposant les non-répondants au questionnaire ou ceux n'ayant pas complété en entier le questionnaire)

IV- Méthode

Cette étude est épidémiologique, observationnelle, descriptive, transversale et de méthode quantitative.

A. Cadre réglementaire et éthique

L'étude figure au registre des traitements de l'Université de Picardie Jules Vernes (UPJV) sous la référence : Constipation-fonctionnelle-chez-les-2-15ans-:-évaluation-des-connaissances-et-besoins-des-parents-pour-élaboration-d'une-fiche-pratique-885314.

La Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation (DRCI) du CHU d'Amiens a également été contactée et, après modification du questionnaire, n'a pas jugé nécessaire la réalisation de formalités supplémentaires, classant l'étude comme « sondage ». Les questions ayant fait l'objet d'une suppression portaient sur la tranche d'âge des participants, leur nombre d'enfant(s) dans la tranche d'âge cible, le fait qu'ils aient consulté ou non un médecin généraliste ou les urgences pour une constipation et les symptômes les ayant poussés à consulter.

B. Méthode de recueil de données

Le recueil des données a été effectué, sur la base du volontariat, à l'aide d'un questionnaire électronique de type sondage à variables qualitatives, élaboré spécialement pour l'étude et hébergé sur la plateforme Limesurvey. Il s'agit d'une collecte individuelle d'informations déclaratives et anonymes. Les données extraites ont ensuite été stockées sur un cloud sécurisé Nextcloud conforme au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

C. Justification de la méthode

Nous avons choisi d'utiliser un questionnaire plutôt qu'un entretien, car sa rapidité de réalisation permet de recruter plus de patients. Cette rapidité permet également de traiter plus

de thématiques. Afin d'optimiser son temps de réalisation et de faciliter l'interprétation des données, celui-ci a été élaboré sous forme de questionnaire à choix multiple. Les réponses étaient soit binaires (« oui » / « non ») soit sous forme de liste d'items. A la fin de chaque liste d'items figurait un item « autre » à réponse ouverte, afin de permettre aux parents d'évoquer une notion à laquelle nous n'aurions pas pensé et/ou plus adaptée à leur situation.

D. Création du questionnaire

Afin de définir les thématiques à aborder, nous avons d'abord effectué des recherches, principalement sur les bases de données Web of science, Pubmed, ScienceDirect, ainsi que sur le Dépôt Universitaire de Mémoire Après Soutenance (DUMAS) et le Système Universitaire de Documentation (SUDOC). La plupart des mots clés utilisés ont été « Constipation fonctionnelle infantile » ou « Childhood functional constipation », « besoins parents » ou « (parents) AND (needs) », « information parents » ou « (parents) AND (information) » et « connaissances parents » ou « (parents) AND (knowledge) ». Nous avons également réalisé une recherche manuelle dans les références des ressources trouvées à l'aide de ces mots clés.

La première ébauche du questionnaire a été relue par des professionnels de santé du service de Protection Maternelle et Infantile de la Somme (PMI) afin d'obtenir des suggestions et un avis sur son contenu et sa lisibilité.

La deuxième version du questionnaire a été relue par 3 parents d'enfant(s) de 2 à 15 ans inclus, de niveaux socio-économiques différents et n'habitant pas dans la Somme afin d'évaluer sa lisibilité et le temps nécessaire pour le compléter. Le temps pour remplir le questionnaire était de 10 minutes. La version finale a été testée sur la plateforme Limesurvey par une interne de médecine générale amiénoise et une interne de pédiatrie lilloise afin de s'assurer du bon fonctionnement de la forme électronique.

Le questionnaire (disponible en Annexe II) comprenait une introduction et 30 questions, dont 4 conditionnelles, réparties en 5 groupes :

- Le premier groupe était composé de 2 questions éliminatoires sur la majorité et le fait d'avoir un enfant entre 2 et 15 ans inclus.
- Le second groupe comprenait 5 questions générales, dont une conditionnelle, afin de caractériser la population.

- Le troisième groupe avait 6 questions axées sur les habitudes et connaissances des parents. Une question utilisait une échelle de Bristol modifiée (voir Annexe II question C5).
- Le quatrième groupe explorait, à l'aide de 9 questions, les connaissances et le ressenti des parents.
- Enfin, le cinquième groupe s'intéressait de nouveau au ressenti et aux habitudes des parents, avec 8 questions dont 3 conditionnelles.

L'introduction reprenait les critères d'inclusion, l'objectif principal, l'objectif secondaire final, le caractère facultatif et anonyme du questionnaire, ainsi que l'impossibilité de modification ou de retrait ultérieur (le questionnaire n'étant pas identifiant).

E. Diffusion du questionnaire

L'accès au questionnaire a été rendu possible par l'utilisation d'une affiche (disponible en Annexe I) exposant le sujet de l'étude et les critères d'inclusion principaux. L'affiche a été transmise par courriel et/ou voie postale aux médecins généralistes et pédiatres libéraux samariens (1 pédiatre et environ 329 généralistes), aux services de consultation de pédiatrie et d'urgences pédiatriques du CHU d'Amiens et du Centre Hospitalier d'Abbeville, ainsi qu'aux services de PMI et à la plupart des crèches et relais d'assistantes maternelles de la Somme. L'affiche et le lien ont également été diffusés sur les réseaux sociaux et notamment sur les groupes d'internes et de médecins généralistes remplaçants picards.

L'ensemble des personnes contactées (si elles souhaitaient participer à la diffusion), pouvait : diffuser le questionnaire par affichage en salle d'attente ou aborder le sujet lors des consultations pour les médecins généralistes, pédiatres et le service de PMI ; diffuser par affichage ou courriel pour les crèches et relais assistantes-maternelles.

F. Période de recueil

Le recueil des données était initialement prévu du 22/01/2024 au 22/07/2024. Nous l'avons interrompu prématurément le 13/06/2024 en raison de modifications nécessaires du questionnaire, en accord avec la DRCI du CHU d'Amiens.

G. Nombre de sujets nécessaires

D'après l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques), en 2021, habitaient dans la Somme 25 458 familles monoparentales et 63 341 couples avec enfants soit au total $N = 152\,933$ parents ($63\,341 \times 2 + 25\,458$) (49).

La prévalence de l'ensemble des paramètres à étudier n'étant pas connue, nous avons défini la prévalence « π » à 0,5. La précision attendue « i » (aussi appelée marge d'erreur) a été choisie à 5%. Le risque « α » (ou seuil de significativité p) a également été défini à 5% avec, de ce fait, un niveau de confiance à 95% et un Z-score $Z_{(\alpha/2)} = 1,96$. Grâce à la formule $NSN = \frac{[Z_{(\alpha/2)}]^2 \times \pi (1-\pi) / i^2}{1 + [Z_{(\alpha/2)}]^2 \times \pi (1-\pi) / (i^2 N)}$, nous avons obtenu un nombre de sujets nécessaires à 384 personnes.

H. Critère de jugement principal

Chaque parent a été considéré comme bien informé s'il a eu au moins 75% de bonnes réponses ou au moins 75% de réponses de première intention à toutes les questions de connaissances (voir questionnaire corrigé en Annexe II). La limite de 75% a été préférée à celle de 50% car nous avons estimé qu'un score compris entre 50% et 75% ne témoignait pas d'une base de connaissances solides. De plus, les résultats proches de la moyenne étaient davantage susceptibles d'inclure des réponses correctes liées au hasard. Notre échantillon était considéré comme bien informé si 50% des participants avaient 75% de bonnes réponses à toutes les questions de connaissances.

I. Critères de jugement secondaires

Afin de déterminer les sujets non connus des parents et ainsi pouvoir orienter l'information sur ceux-ci, chaque sujet a été considéré comme maîtrisé si $\geq 50\%$ des participants obtenaient $\geq 75\%$ de bonnes réponses à la question concernant celui-ci. Parmi les questions n'ayant pas obtenu ces 75% de bonnes réponses, les items corrects ont ensuite été divisés en trois groupes en fonction du pourcentage de participants les ayant cochés :

- Peu connus pour les items cochés par 0 à 33% des participants,
- Moyennement connus si cochés par 54 à 66%,
- Bien connus si cochés par 67 à 100% des participants.

Le besoin ressenti d'information était établi :

- Si $> 65\%$ des répondants cochaient « oui » à la question « Pensez-vous qu'une fiche d'information à ce sujet serait utile ? »
- Ou si 50% des répondants ou moins estimaient être bien informés sur un domaine concernant ce sujet
- Ou si $> 65\%$ des répondants cochaient une réponse à connotation négative à la question sur leur ressenti (c'est-à-dire : « angoissé », « en difficulté », « démunis »)
- Ou si $> 65\%$ des répondants déclaraient que le transit de leur enfant est une source d'inquiétude pour eux

Les moyens d'information jugés préférés par les parents étaient les trois réponses majoritairement cochées.

J. Analyses statistiques

Toutes les questions ont été configurées « à réponse obligatoire », de sorte que nous n'avions pas de données manquantes. L'analyse des données a été réalisée à l'aide d'un tableur Excel et du site BiostaTGV. Les variables qualitatives ont tout d'abord fait l'objet d'un calcul d'effectifs et de pourcentages observés. Certaines variables qualitatives nominales non appariées ont ensuite été étudiées à l'aide d'un test d'indépendance du χ^2 , avec l'hypothèse H0 définissant que les variables concernées sont indépendantes.

Résultats

I- Echantillon

A. Effectifs totaux

Le questionnaire a permis de recueillir 418 réponses, dont 292 questionnaires complets. Parmi ces 292 répondants, 6 ont été exclus : 5 parents n'étant pas majeurs et 2 autres n'ayant pas d'enfant âgés de 2 à 15 ans inclus. Au total, 285 parents ont été inclus dans notre étude (Figure 1).

Le recueil ayant été interrompu prématurément, nous n'avons pas atteint les 384 parents nécessaires. Cependant, le nombre de réponses incluses supérieur à 272 nous a permis d'obtenir des résultats à un niveau de confiance de 90% et un risque « α » de 10% ($Z_{\alpha/2} = 1,645$), soit un seuil de significativité $p = 0,1$. La précision « i » a été conservée à 5.

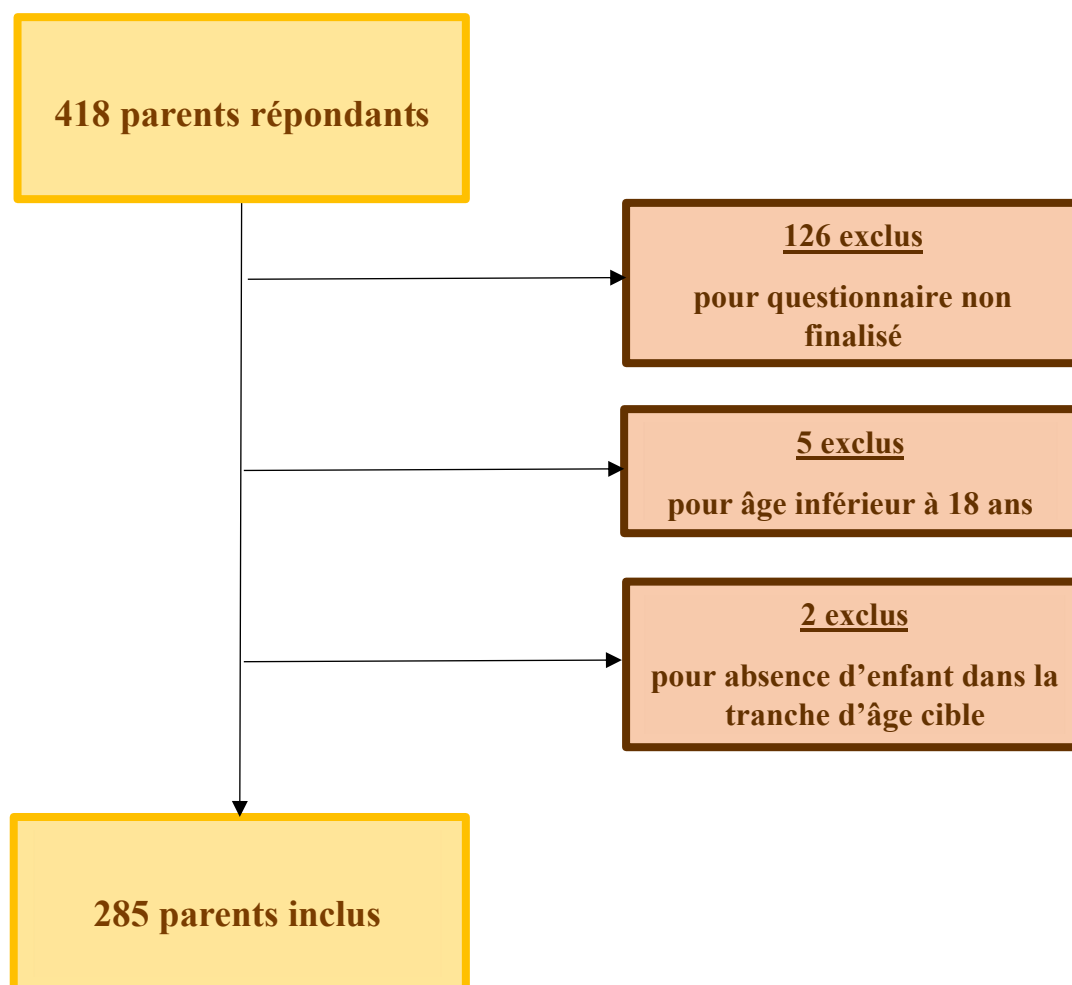


Figure 1 : Diagramme de flux

B. Caractéristiques des participants

1) Le sexe

Parmi les questionnaires retenus, 90% étaient de sexe féminin et 10% étaient de sexe masculin (Tableau 1).

	Hommes	Femmes	Total
Sommes	28	257	285
Pourcentages	10%	90%	100%

Tableau 1 : Sexe des participants

2) Le niveau d'étude

L'échantillon se divise principalement en 3 groupes en fonction du niveau d'étude. Une majorité des répondants, soit 47%, avait un niveau d'étude équivalent à BAC +1 à 3. Les niveaux « Lycée » et « BAC + 4 et plus » était quant à eux représentés de manière équitable à 26% (Tableau 2).

	Primaire	Collège	Lycée	BAC + 1 à 3	BAC + 4 et +	TOTAL
Sommes	0	3	73	135	74	285
Pourcentages	0%	1%	26%	47%	26%	100%

Tableau 2 : Niveau d'étude des participants

3) Le niveau socio-professionnel

Parmi les 285 personnes retenues, les médecins sont représentés à 8% et les professions paramédicales à 23% (Tableau 3). Environ un tiers des répondants étaient des professionnels de santé, soit 31%.

Les catégories suivantes représentées étaient les employés à 23% (n = 66), les professions intermédiaires, telles qu'enseignants ou assistantes sociales, à 18% (n = 50) et les cadres à 11% (n = 30). Enfin, dans une moindre mesure, l'échantillon était composé de 5% de chefs d'entreprise (n = 14), 4% d'ouvriers (n = 12), et 0,35% d'agriculteurs (n = 1).

9% des répondants (n = 25) étaient classés en profession « autre ». Parmi eux figuraient 3 personnes en formation, 14 personnes en congé parental, 6 personnes en recherche d'emploi et 2 personnes en invalidité (Figure 2).

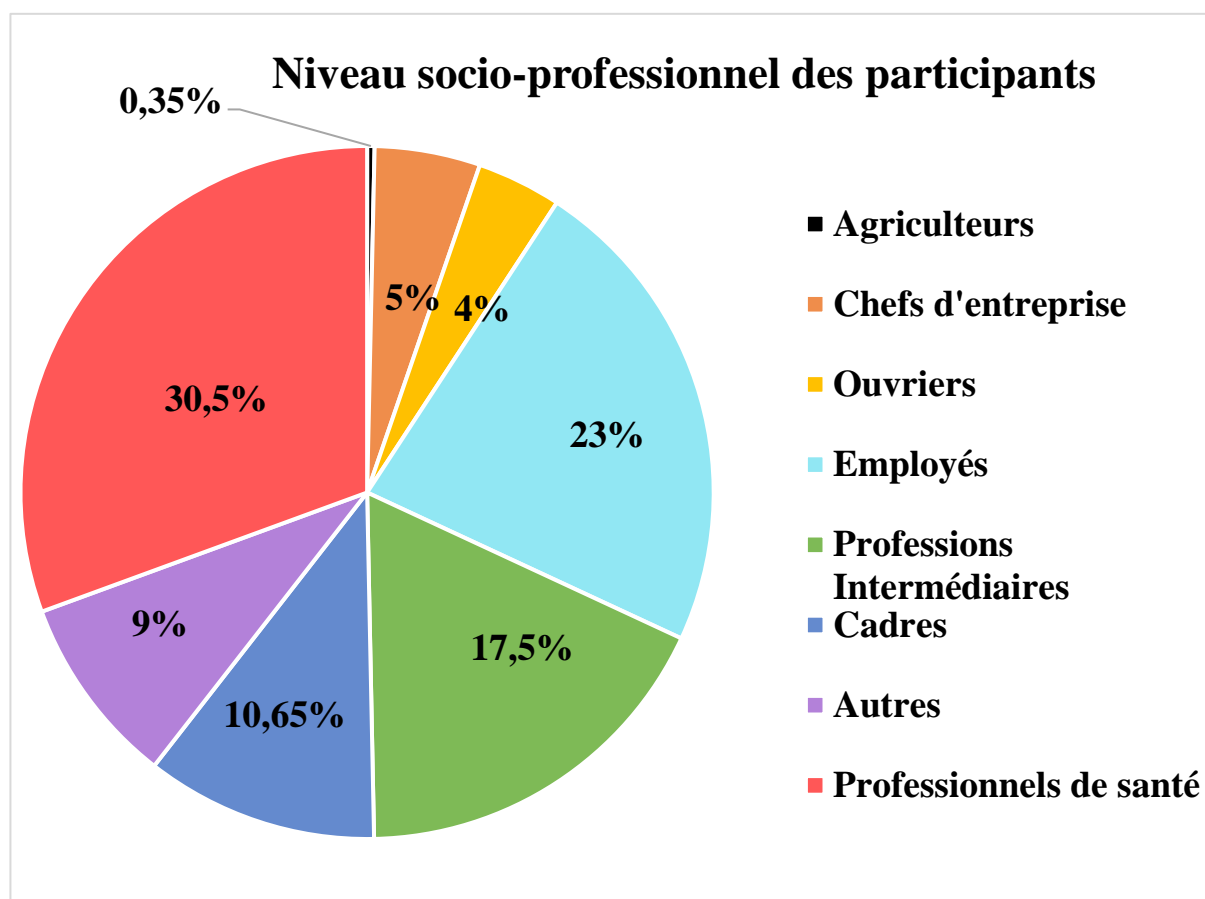


Figure 2 : Niveau socio-professionnel des participants

Professionnels de santé	Sommes		Pourcentages	
	Médicaux	Paramédicaux	Médicaux	Paramédicaux
	22	65	8%	23%
	87		31%	

Tableau 3 : Représentation des professionnels de santé dans l'échantillon

4) L'expérience de la pathologie

Sur l'ensemble des participants, seuls 22% n'avaient jamais été constipés et n'avaient jamais eu d'enfant constipé.

Concernant les 78% restants, 22% de ce groupe étaient concernés par la constipation pour eux-mêmes mais pas pour leur(s) enfant(s), et 30% n'étaient pas constipés mais avaient un enfant concerné.

Enfin, 48% étaient confrontés à cette problématique à la fois pour eux-mêmes et pour leur enfant.

Par ailleurs, pour près d'un tiers des parents ayant déjà eu un enfant constipé, soit 32% (n = 55), cette problématique a débuté au moment de l'apprentissage de la propreté (Figure 3).

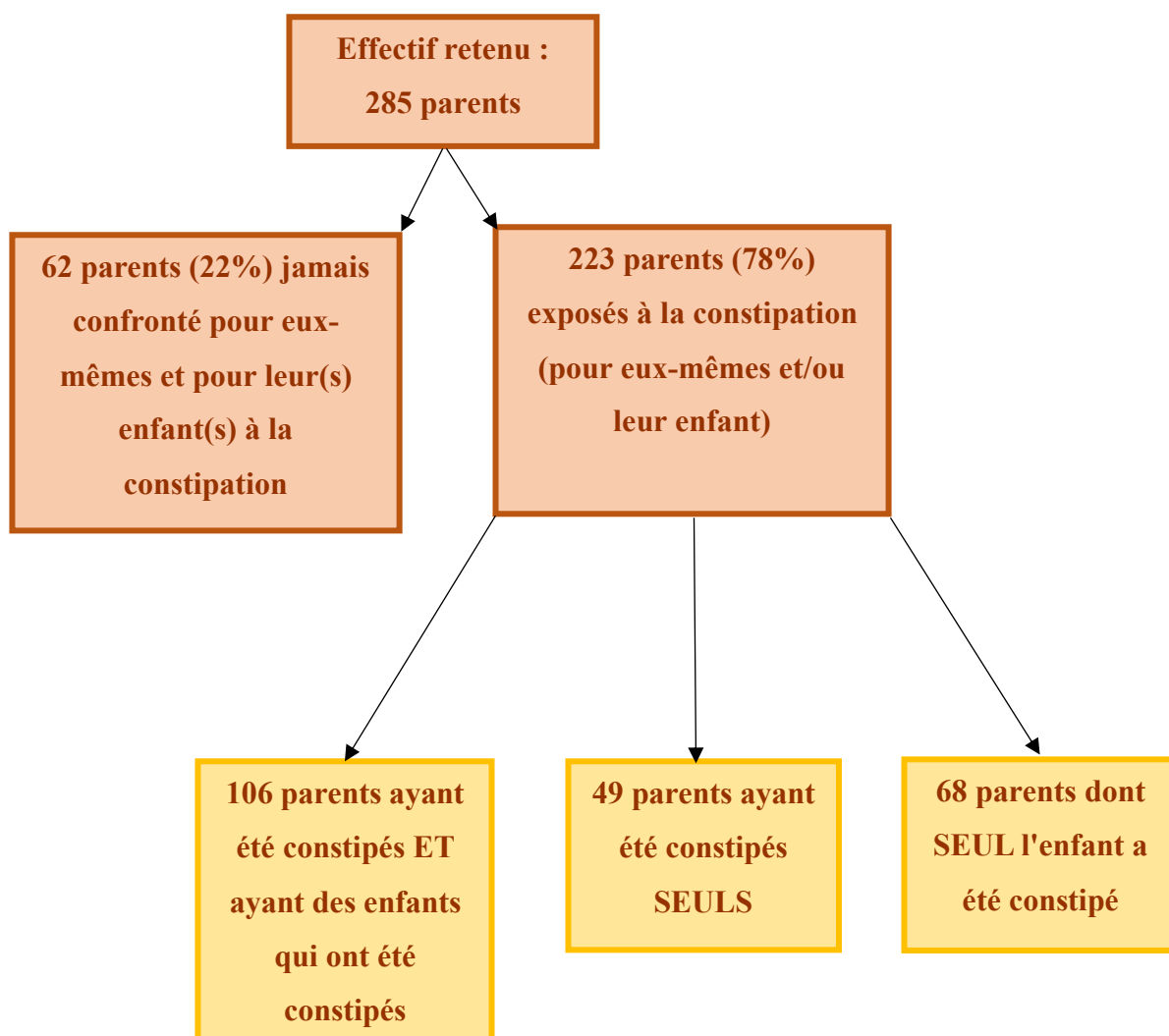


Figure 3 : Exposition des parents interrogés à la constipation

II- Les connaissances et habitudes des parents

A. Critère de jugement principal

Ce questionnaire comportait 12 questions sur les connaissances des parents. Le nombre maximal de points possibles était de 55, avec une moyenne à 27,5 points. Les scores $\geq 75\%$ étaient ceux ayant obtenu un nombre de points $\geq 41,25$.

La moyenne des notes sur 20 pour les 285 participants était de 9,64 +/-2,86 (Ecart Type ET) avec une médiane à 9,82 et un 3^{ème} quartile à 11,64. 135 parents (47%) ont obtenu une note $\geq 50\%$ et seuls 4 répondants (1%) ont obtenu une note $\geq 75\%$ (Tableau 12).

Score des parents	
Moyenne (/20)	9,64
Ecart type	2,86
Minimum	1,82
Maximum	15,64
1er quartile	7,64
2ème quartile (médiane)	9,82
3ème quartile	11,64
Nombre de parents avec score < 25%	17 (6%)
Nombre de parents avec score $\geq 25\%$	268 (94%)
Nombre de parents avec score $\geq 50\%$	135 (47%)
Nombre de parents avec score $\geq 75\%$	4 (1%)

Tableau 4 : Moyenne des scores

B. Les réponses en détail

1) Définir la constipation

Seulement 13% des répondants ont obtenu une note $\geq 75\%$ concernant les symptômes de la constipation.

La douleur abdominale était une condition obligatoire pour envisager une constipation, à tort, chez 16% des parents ($n = 47$). 2 personnes ont évoqué des nausées ou vomissements et 2 autres parents ont signalés le changement de comportement de l'enfant.

19% ($n = 53$) des parents rapportaient des délais trop longs (≥ 7 jours sans selle) avant de considérer un retard de selle chez leur enfant. La notion de selle normale était maîtrisée chez 64% des participants (Tableau 5).

Sujet	Réponses correctes $\geq 75\%$	
	Effectifs	Pourcentages
Symptômes de la constipation	38	13%
Faible fréquence des selles	232	81%
Selle normale sur l'échelle de Bristol	181	64%

Tableau 5 : Capacité des parents interrogés à définir la constipation

2) Identifier les causes de la constipation fonctionnelle

Moins d'un tiers des parents ont obtenu un score $\geq 75\%$ concernant leurs connaissances des causes de la constipation fonctionnelle de l'enfant (Tableau 6).

	Effectif	Pourcentage
Réponses correctes $\geq 75\%$	88	31%

Tableau 6 : Score global d'identification des causes de la constipation par les participants

L'alimentation déséquilibrée et le défaut d'hydratation étaient majoritairement évoqués avec respectivement 84% ($n = 239$) et 81% ($n = 230$) des répondants ayant coché ces items.

Un comportement de rétention et un environnement inadapté ont également été cités respectivement par 73% ($n = 209$) et 72% ($n = 204$) des répondants. La cause psychologique était connue chez 67% des parents ($n = 190$).

Enfin, le manque d'activité physique était évoqué par moins de la moitié des participants, soit 46% des répondants (n = 130), tandis que seulement 19% des interrogés (n = 55) considéraient le manque de temps à passer aux toilettes comme une cause possible de constipation (Figure 4).

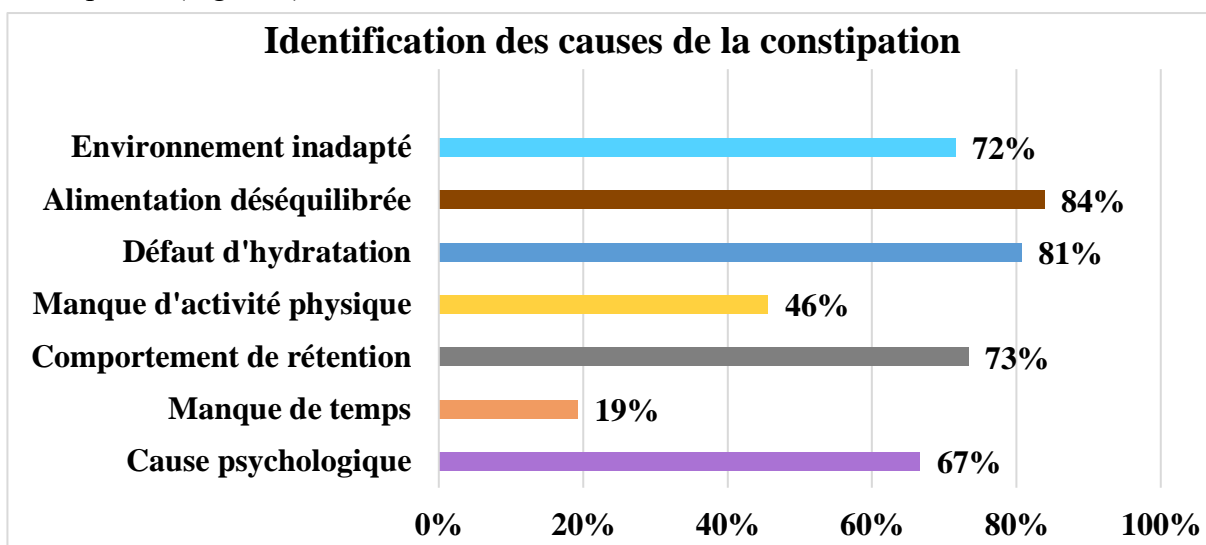


Figure 4 : Identification des causes de la constipation par les parents interrogés

3) Connaître le régime alimentaire adéquat

Bien que la liste des réponses possibles aux questions portant sur les aliments favorisant/améliorant la constipation était identique, on constate une différence entre ces deux questions avec **12% d'identifications correctes des aliments constipants et 26% d'identifications correctes des aliments favorisant le transit.**

La seule boisson utile dans la constipation était l'eau. **Cette notion était connue chez 49% des parents.** 1% d'entre eux (n=4) a précisé choisir un certain type d'eau (Hépar®). Cependant, 5% des participants (n = 14) n'ont pas cité l'eau parmi les boissons qu'ils jugeaient utiles. Le jus de pruneaux a également été rapporté par 2% des répondants (n = 5) (Tableau 7).

Sujet	Réponses correctes ≥ 75%	
	Effectifs	Pourcentages
Les aliments constipants	35	12%
Les aliments favorisant le transit	74	26%
Les boissons	141	49%

Tableau 7 : Score global d'identification des aliments adéquats par les parents interrogés

4) *Connaître les prises en charges possibles de la constipation fonctionnelle*

Concernant les prises en charge utiles dans la constipation fonctionnelle de l'enfant, seuls 4% des parents ont obtenu un score $\geq 75\%$ (Tableau 8).

	Effectif	Pourcentage
Réponses correctes $\geq 75\%$	12	4%

Tableau 8 : Score global de connaissances des parents interrogés sur les prises en charges de la constipation fonctionnelle

La cause psychologique était évoquée par 190 parents, mais la prise en charge psychologique, avec la consultation d'un psychologue, n'était considérée comme utile que par 17 parents (6%). Il en est de même pour l'activité physique, citée par 130 parents comme une cause possible lorsqu'elle est peu présente et jugée utile dans la prise en charge par seulement 97 parents (34%). L'environnement, admis comme une cause par 204 parents lorsqu'il est inadapté, n'était présent dans les prises en charge utiles que pour 128 parents (45%).

Concernant le régime alimentaire, 265 répondants ont cité une alimentation riche en fibres dans les prises en charge utiles (93%) et 256 (90%) ont estimé l'hydratation importante dans la prise en charge.

Par ailleurs, 46 (16%) des répondants envisageaient la phytothérapie dans la prise en charge, 1% (n = 2) estimait qu'il était préférable de s'abstenir de toute prise en charge et 1% (n = 2) admettait ne pas savoir quels éléments seraient utiles.

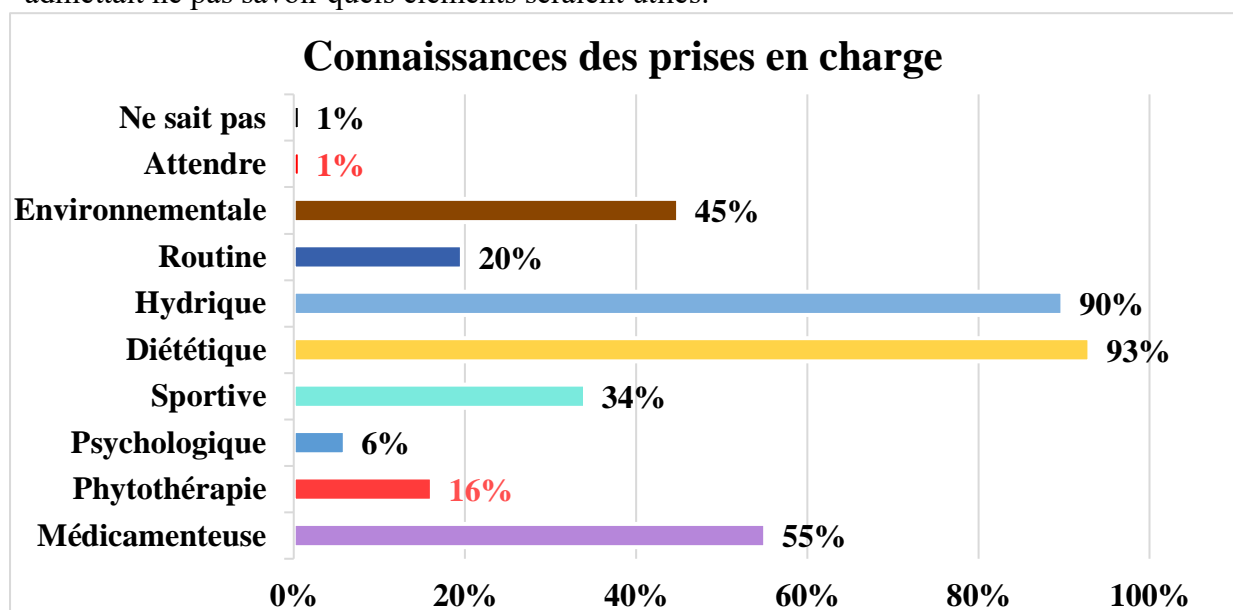


Figure 5 : Connaissances des parents interrogés sur les prises en charge possibles de la constipation fonctionnelle

Bien que la thérapeutique médicamenteuse soit envisagée par 157 répondants (55%) (Figure 5), 12% des participants (n = 35) reconnaissaient ne pas connaître la durée nécessaire de traitement.

Le traitement ne devait durer que 1 à 3 jours d'après 20% (n=58) des parents et qu'une semaine pour 13% (n = 38) de l'échantillon. Le traitement était donc probablement arrêté trop précocement par un tiers des interrogés. Seulement 4% des parents (n = 11) estimaient devoir prodiguer cette thérapeutique pendant au moins 2 mois et 26% (n = 74) pensaient le poursuivre pour autant de temps qu'a duré la constipation avant traitement. Attendre l'acquisition totale de la propreté avant d'arrêter le traitement médicamenteux était évoqué par 9% des parents (n = 26). La résolution des symptômes depuis au moins un mois était une condition nécessaire pour 37% des interrogés (Figure 6).

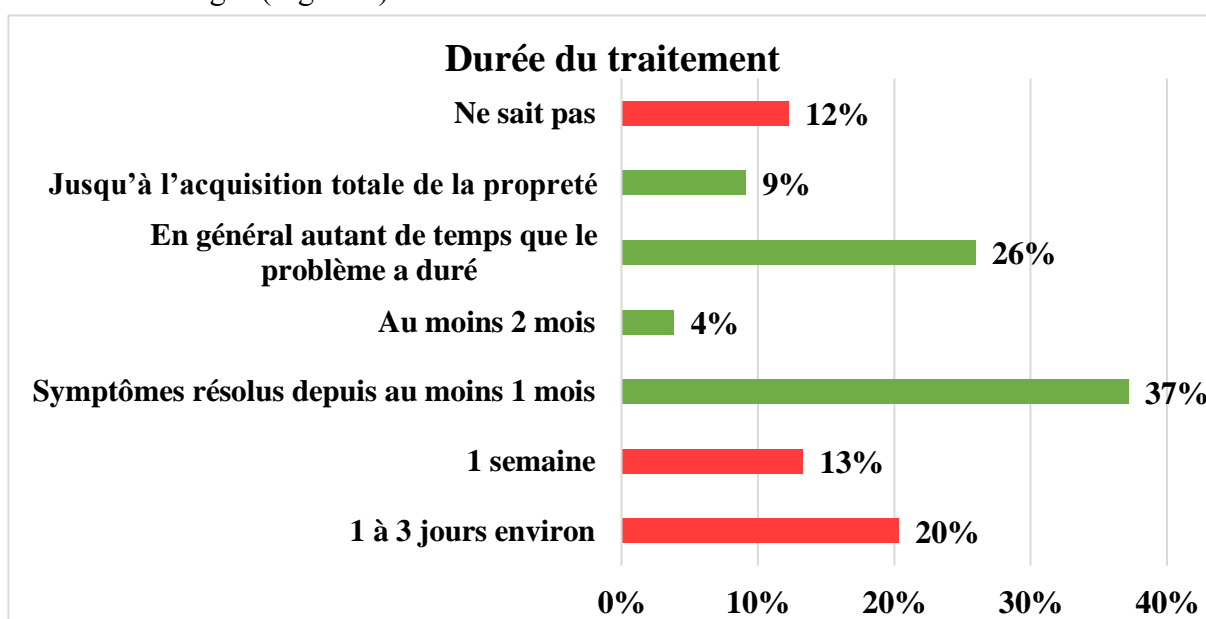


Figure 6 : *Durée du traitement médicamenteux selon les parents interrogés.*

Au total, il n'y eu qu'1% des participants obtenant une note $\geq 75\%$ à cette question sur la durée du traitement médicamenteux.

	Effectif	Pourcentage
Réponses correctes $\geq 75\%$	4	1%

Tableau 9 : *Score global des interrogés sur la durée d'utilisation du traitement médicamenteux*

5) *Avoir conscience des conséquences possibles*

Les désagréments physiques sont la première conséquence évoquée par les parents de notre étude, avec 69% des répondants l'ayant sélectionnée (n = 197).

Les conséquences psychologiques arrivent en seconde position avec 59% de réponses (n = 168). L'impact social et scolaire semblent moins considérés avec respectivement 55% (n = 156) et 50% (n = 142) de notre échantillon les ayant cochés.

La constipation était une pathologie sans conséquence pour 7% des parents interrogés (n = 20) (Figure 6).

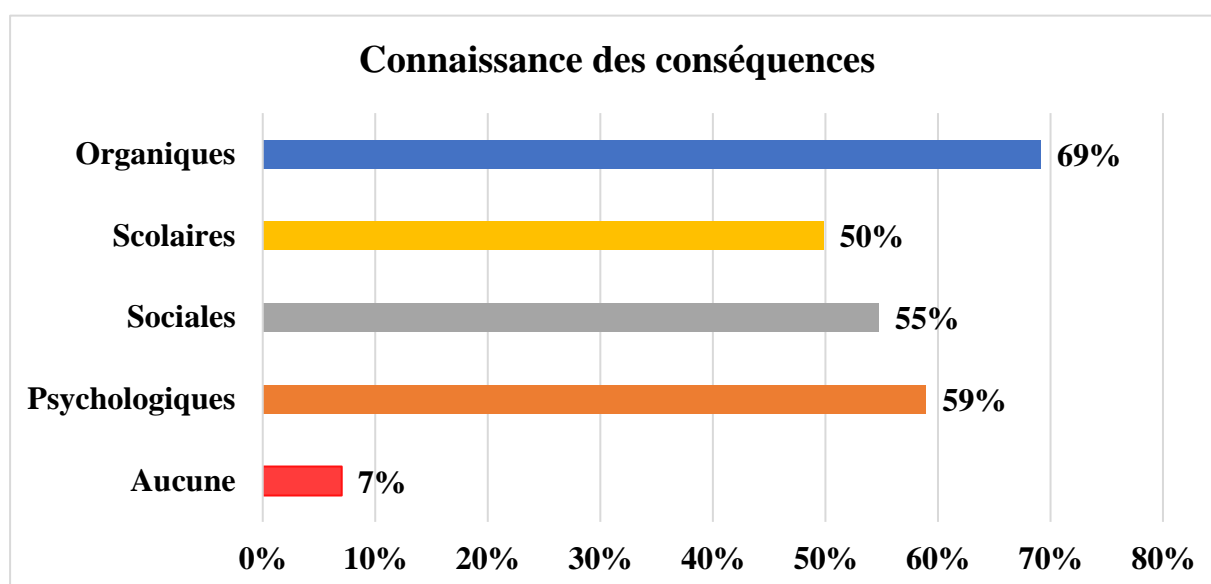


Figure 7 : *Mesure des conséquences de la constipation par les parents interrogés*

Au total, 45% des interrogés ont obtenu une note $\geq 75\%$.

	Effectif	Pourcentage
Réponses correctes $\geq 75\%$	127	45%

Tableau 10 : *Score global des parents interrogés sur les conséquences de la constipation*

6) La surveillance du transit

Concernant la surveillance du transit de l'enfant, **45% des parents déclaraient attendre que leur enfant exprime une plainte** avant de s'interroger sur la fréquence et/ou l'aspect de ses selles.

Indépendamment de l'attente d'une plainte, la surveillance du transit était majoritairement réalisée par contrôle visuel de l'aspect (42%) et/ou de la fréquence (42%).

Par ailleurs, si on considère que le fait de ne pas préciser revient à ne pas surveiller, alors ne pas surveiller l'aspect des selles devient majoritaire (32%+11% = 43%). Par la suite, vient le contrôle visuel de l'aspect et de la fréquence. (Figure 8).

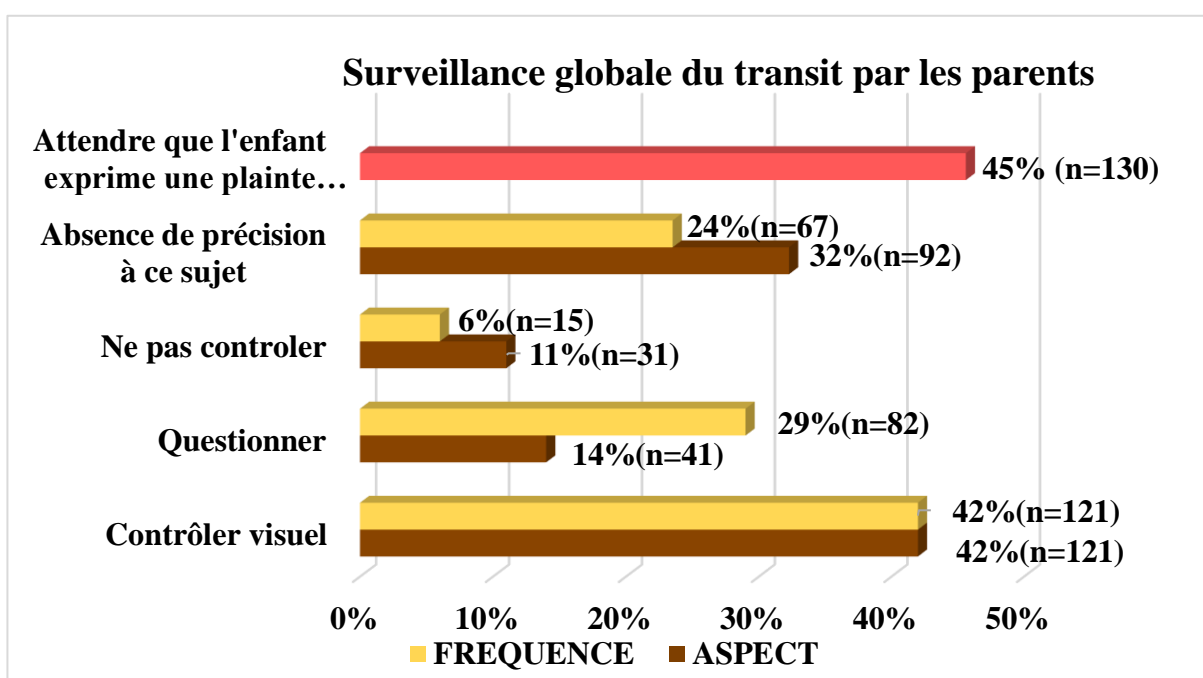


Figure 8 : Surveillance globale du transit par les parents interrogés

Au total, 41% des participants ont obtenu une note $\geq 75\%$ à cette question (Tableau 11).

	Effectif	Pourcentage
Réponses $\geq 75\%$	117	41%

Tableau 11 : Score global d'habitude de surveillance des selles par les parents interrogés

7) *Inciter à l'hydratation*

Nous avons par la suite exploré les habitudes d'incitation à l'hydratation par les parents interrogés, 78% d'entre eux ont obtenu un score $\geq 75\%$ à cette question.

	Effectif	Pourcentage
Réponses $\geq 75\%$	221	78%

Tableau 12 : Score global d'habitude d'incitation à l'hydratation par les parents interrogés

8) *Tableaux de synthèse*

La synthèse des scores $\geq 75\%$ et la synthèse globale du détail des réponses ont été reportées dans les tableaux ci-dessous (Tableau 14 et 15).

Sujet	Sous-groupes	Réponses correctes $\geq 75\%$ (en pourcentage de participants)
<i>Définition</i>	Symptômes de la constipation	13%
	Faible fréquence des selles	81%
	Selle normale sur l'échelle de Bristol	64%
<i>Les causes</i>		31%
<i>Le régime alimentaire</i>	Les aliments constipants	12%
	Les aliments favorisant le transit	26%
	Les boissons	49%
<i>Les prises en charges</i>		4%
<i>La durée du traitement médicamenteux</i>		1%
<i>Les conséquences</i>		45%
<i>Surveillance du transit</i>		41%
<i>Inciter à l'hydratation</i>		78%

Tableau 13 : Synthèse des scores $\geq 75\%$ en fonction du sujet

Sujet	Détail des réponses quel que soit la note obtenue (en % de participants)	
Causes	Alimentation déséquilibrée	84%
	Défaut d'hydratation	81%
	Comportement de rétention	73%
	Environnement inadapté	72%
	Cause psychologique	67%
	Manque d'activité physique	46%
	Manque de temps	19%
Prises en charge	Diététique	93%
	Hydrique	90%
	Médicamenteuse	55%
	Environnementale	45%
	Sportive	34%
	Mise en place d'une routine	20%
	Phytothérapie	16%
	Psychologique	6%
	Attendre	1%
	Ne sait pas	1%
Durée du traitement médicamenteux	Symptômes résolus depuis au moins un mois	37%
	Autant de temps qu'a duré le problème	26%
	1 à 3 jours	20%
	1 semaine	13%
	Ne sait pas	12%
	Jusqu'à l'acquisition de la propreté	9%
	Au moins 2 mois	4%
Conséquences	Organiques	69%
	Psychologiques	59%
	Sociales	55%
	Scolaires	50%
	Aucune	7%
Surveillance du transit (Global)	Attendre une plainte de l'enfant	45%
	Contrôle visuel de l'aspect	42%
	Questionner sur l'aspect	14%
	Pas de précision sur la surveillance de l'aspect	32%
	Ne pas contrôler l'aspect	11%
	Contrôle visuel de la fréquence	42%
	Questionner sur la fréquence	29%
	Pas de précision sur la surveillance de la fréquence	24%
	Ne pas contrôler la fréquence	6%
Les boissons	Eau non citée	5%

Tableau 14 : Synthèse du détail des réponses indépendamment de la note obtenue

C. Analyses en sous-groupes

1) La surveillance des selles en fonction de l'expérimentation de la constipation

Après réalisation de la droite de Henry, nous avons pu constater que la distribution des scores des parents sur la surveillance des selles de leur enfant suivait la loi normale, avec un coefficient de détermination R^2 égal à 0,993. Aucun lien statistique significatif n'a été mis en lumière entre l'expérimentation de la constipation par le parent lui-même et son score à la question sur la surveillance des selles de son enfant (test d'indépendance du χ^2 , $p = 0,929$, l'hypothèse H_0 n'a pu être rejetée). Il en est de même avec le fait d'avoir eu un enfant constipé et ce score ($p = 0,698$).

2) Le score des connaissances en fonction des caractéristiques sociodémographiques

La distribution des notes des parents suivait la loi normale, avec un coefficient de détermination R^2 égal à 0,986. Il n'a pas été possible de réaliser de test d'indépendance du χ^2 concernant les notes $\geq 75\%$, l'effectif des participants ayant obtenu ces notes étant inférieur à 5.

Nous avons choisi de le réaliser, pour les notes $\geq 50\%$, ce qui a permis de mettre en lumière un lien statistiquement significatif entre le score des connaissances et le fait d'être un professionnel de santé ($p = 5,155 \times 10^{-12}$). Ce lien existait aussi bien avec le fait d'être un médecin ($p = 0,002$) qu'avec le fait d'être un professionnel paramédical ($p = 5,587 \times 10^{-8}$).

Si on excluait les professionnels de santé (facteur de confusion), la population restante était de 198 parents avec un risque α à 20% et un seuil de significativité $p = 0,2$. Dans cette étude en sous-population, il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre le haut niveau d'étude (bac +4 et plus) et le score des connaissances ($p = 0,94$). Par ailleurs, ce lien était significatif pour les parents de cette sous-population ayant un niveau d'étude bac +1 à 3 ($p = 0,002$) et ceux ayant un niveau lycée ($p = 9 \times 10^{-4}$). Cette analyse n'a pas été réalisable pour les parents de niveau collège, l'effectif de ceux-ci pour une note $\geq 50\%$ étant inférieur à 5.

Il n'y avait pas de lien statistique entre le genre et le score de connaissance ($p = 0,19$).

III- Les besoins ressentis et la recherche d'information par les parents

A. Les moyens d'information des parents

Lorsqu'un questionnaire concernant la santé de leur enfant était présent, la plupart des parents (96%) déclarait se tourner vers un professionnel de santé. Les deux autres moyens d'information retenus étaient internet, pour 51% des participants, et leur entourage, pour 44% des participants. Le support papier (livre, flyers...) n'était utilisé que par 5% des parents (Figure 11).

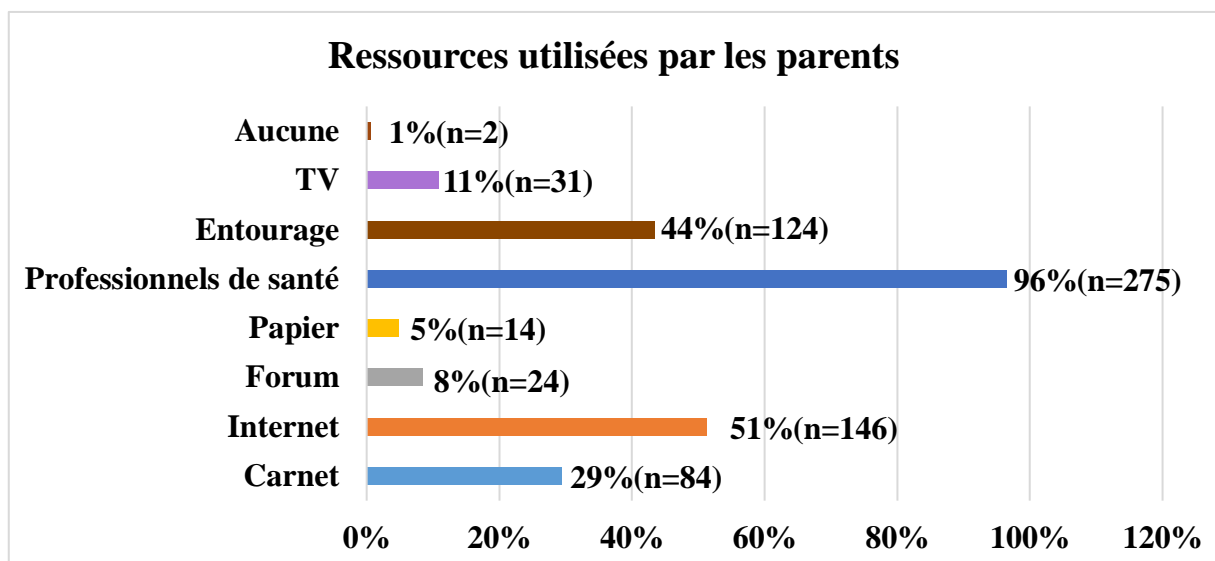


Figure 9 : Sources d'information utilisées par les parents interrogés

La majorité des participants (93%) pensaient consulter un médecin généraliste en cas de constipation de leur enfant. Les deux autres professionnels évoqués par les parents étaient le pédiatre généraliste pour 44% d'entre eux et le pédiatre gastroentérologue pour 31% des interrogés. Par ailleurs, la puéricultrice et le psychologue étaient peu envisagés (Figure 12).

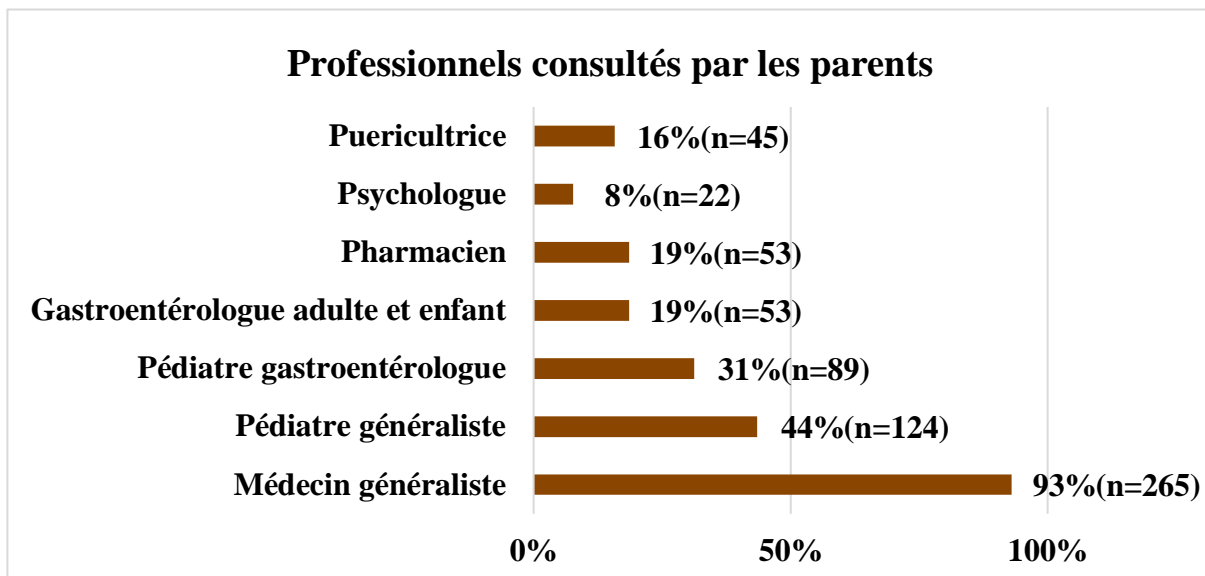


Figure 10 : Professionnels de santé consultés par les parents interrogés en cas de constipation

En cas d'interrogation concernant leur enfant et quel que soit le sujet, lorsque internet était utilisé, les parents interrogés déclaraient utiliser en priorité Doctissimo.fr. Les deux autres sites internet principalement utilisés étaient Ameli.fr pour 52% d'entre eux et Naitreetgrandir.com pour 27% d'entre eux (Figure 13).

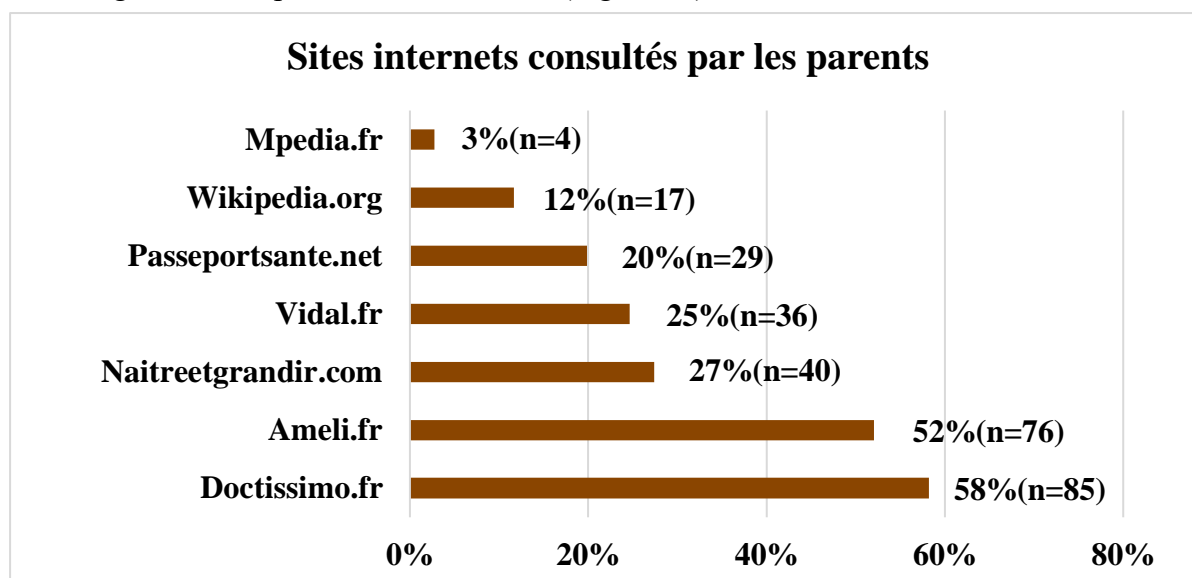


Figure 11 : Sites internet consultés par les parents interrogés

Parmi les 76 parents ayant cité le site Ameli.fr dans les ressources qu'ils utilisaient, seulement 23 (30%) connaissaient l'existence de la fiche sur la constipation (disponible en Annexe III) présente sur ce site (Tableau 16).

Connaissance de la fiche	OUI	NON
Effectifs	23	53
Pourcentages	30%	70%

Tableau 15 : Connaissance par les parents interrogés de l'existence de la fiche d'Ameli.fr sur la constipation

La plupart des parents connaissant l'existence de cette fiche n'étaient pas en mesure de se prononcer sur la clarté de celle-ci (96%), son exhaustivité (87%) ou sa longueur (83%). Par ailleurs, 83% d'entre eux l'ont jugée utile (Figure 14).

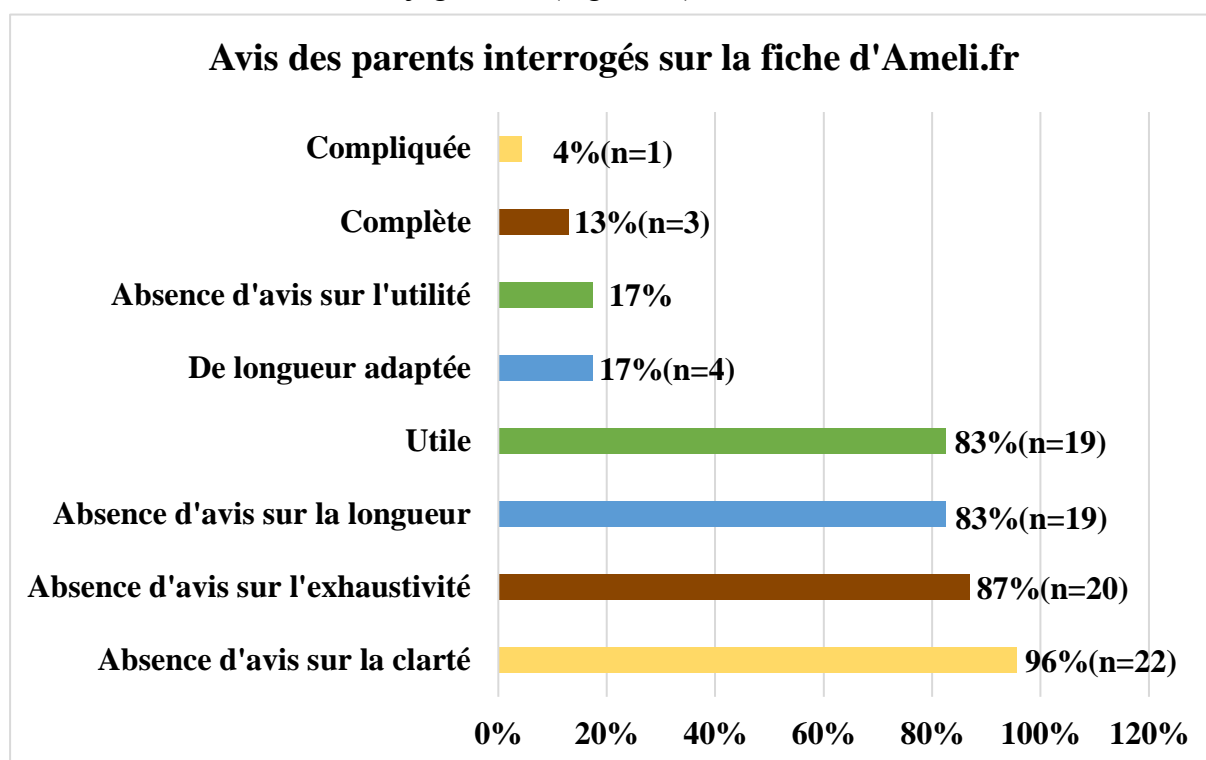


Figure 12 : Avis des parents interrogés sur la fiche d'Ameli.fr concernant la constipation, pour ceux connaissant son existence

B. Le besoin d'information ressenti par les parents

Au sein de notre échantillon, moins de deux tiers des parents estimaient être bien informés concernant la prise en charge nutritionnelle de la constipation de l'enfant (58%) et encore moins pour les autres sujets en rapport avec la constipation.

Les domaines pour lesquels ils étaient les moins nombreux à estimer être bien informés étaient la prise en charge psychologique (13% d'entre eux), le savoir-être à adopter (31% d'entre eux) et la prise en charge médicale (33%).

A peine plus d'un tiers considérait maîtriser ce qu'est la constipation (36%). De plus, 29% reconnaissaient n'être correctement informé sur aucun des sujets cités se référant à la constipation (Figure 15).

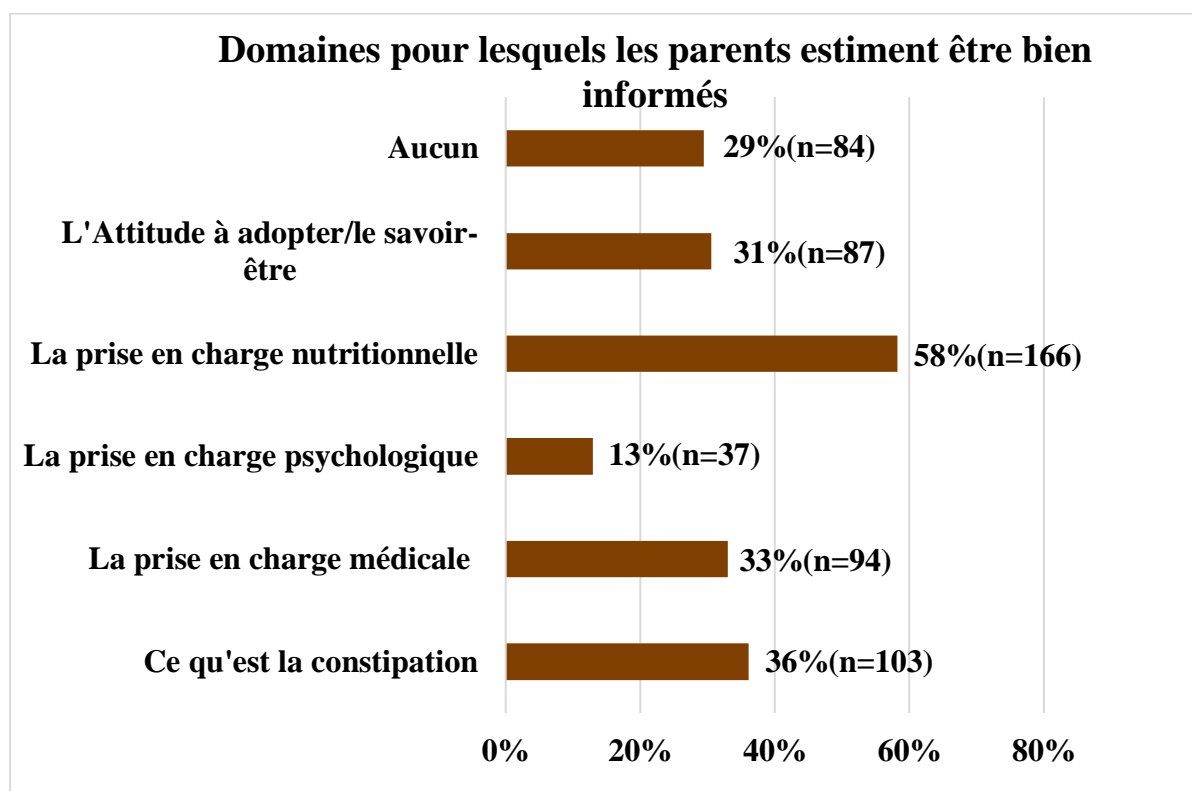


Figure 13 : Domaines concernant la constipation pour lesquels les parents interrogés estiment être bien informés

Le ressenti global des parents interrogés concernant une possible constipation de leur enfant est assez négatif. En effet, 69% d'entre eux déclaraient qu'ils se sentiraient angoissés si cela devait survenir. De surcroît, les deux réponses suivantes majoritairement cochées à cette question étaient le fait de se sentir démuni (28%) ou en difficulté (21%) (Figure 16).

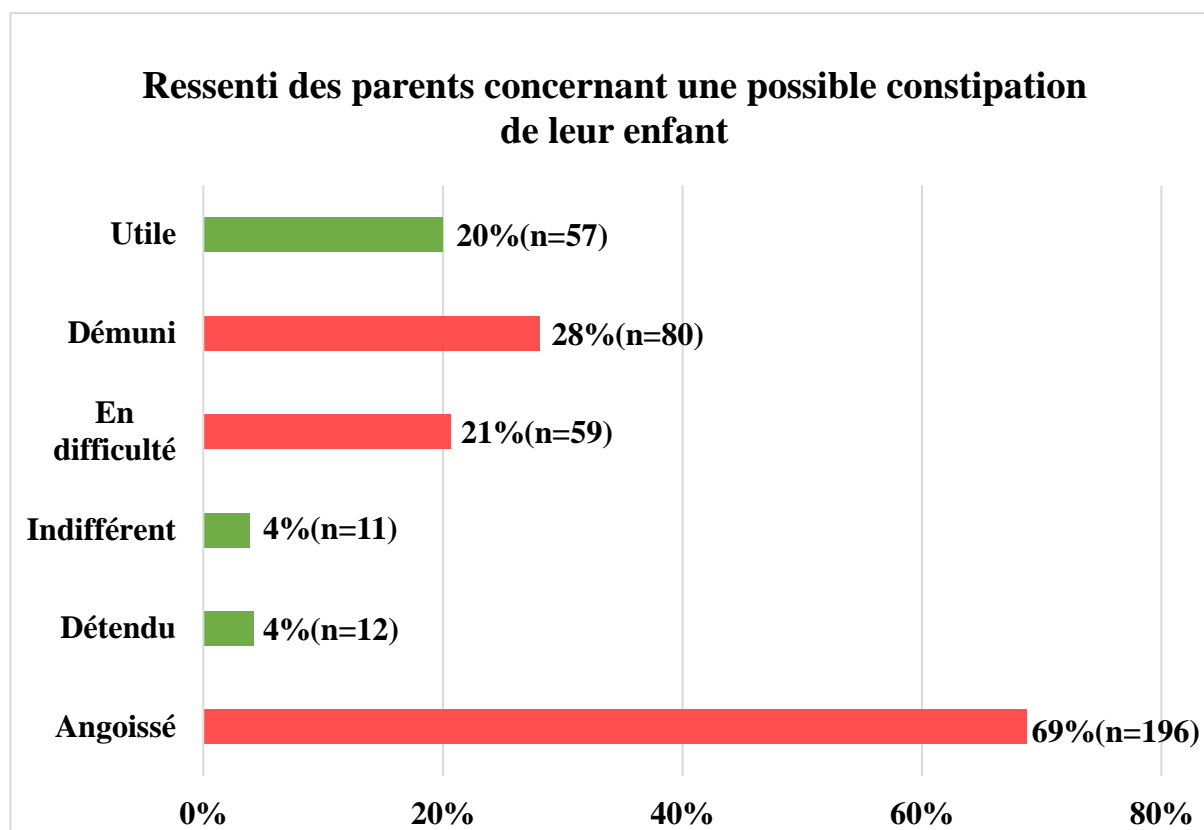


Figure 14 : Ressenti des parents interrogés à propos d'une possible constipation de leur enfant

En ce sens, bien que le seuil des 65% de réponses ne soit atteint, une majorité des participants (56%) admettait que le transit de leur enfant était une source d'inquiétude pour eux (Tableau 16).

Inquiétude par rapport au transit de l'enfant	OUI	NON
Effectifs	159	126
Pourcentages	56%	44%

Tableau 16 : Inquiétude des parents interrogés concernant le transit de leur enfant

Peu de parents (20%) pensaient se sentir utiles devant une constipation de leur enfant (Figure 16). D'ailleurs, 91% des participants ont exprimé que la création d'une nouvelle fiche d'information sur ce sujet, destinée aux parents, leur paraissait utile (Tableau 17).

Utilité d'une nouvelle fiche d'information	OUI	NON
Effectifs	260	25
Pourcentages	91%	9%

Tableau 17 : Avis des parents interrogés sur la création d'une nouvelle fiche traitant de la constipation de l'enfant

C. Analyses en sous-groupes

Le fait d'avoir été confronté à la pathologie pour son enfant n'était pas lié de façon statistiquement significative au fait de juger la rédaction d'une nouvelle fiche à ce sujet utile pour les parents ($p = 0,91$). En revanche, le fait d'avoir un enfant ayant déjà été ou étant constipé était significativement lié à l'inquiétude concernant son transit ($p = 3,45 \times 10^{-5}$).

Discussion

I- Discussion des résultats

A. Les parents samariens sont-ils bien informés sur la constipation fonctionnelle de l'enfant ?

D'après nos résultats, les connaissances des parents samariens semblent à ce jour insuffisantes concernant la constipation fonctionnelle des enfants de 2 à 15 ans.

Nous avons pu établir un lien statistiquement significatif entre le fait d'obtenir au moins 50% de bonnes réponses et le fait d'être médecin ou professionnel paramédical. Malheureusement, peu de parents ont obtenu au moins 75% de bonnes réponses (pour rappel 4 parents, soit 1%), alors que près d'un tiers de notre échantillon était des professionnels de santé. Ceci suggère que les professionnels de santé ont de meilleures connaissances sur la constipation que la plupart des parents mais n'ont pas des connaissances aussi solides que ce que l'on pourrait espérer.

Cette hypothèse fait écho aux résultats de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) réalisées par P-E. Courcet en 2020 auprès des médecins généralistes de Côte d'Or (23). Dans cette EPP, les recommandations de l'EPSGHAN étaient globalement méconnues des médecins généralistes. Cependant, comme cette EPP n'explorait pas les connaissances des professionnels de santé paramédicaux et ne concernait que la Côte d'Or, ces résultats ne sont pas généralisables aux professionnels de santé samariens. De plus, notre étude n'était pas destinée à évaluer spécifiquement les connaissances des professionnels de santé et n'a pas obtenu un nombre suffisant de réponses provenant de ces professionnels pour obtenir des résultats avec une forte puissance statistique (concernant les médecins : 8 dans l'échantillon contre plus de 500 dans la Somme).

Les professionnels de santé étaient le premier moyen d'information sélectionné par les parents de notre échantillon. La réalisation future d'une étude, sur les connaissances des professionnels de santé samariens concernant la constipation fonctionnelle infantile, nous semble donc nécessaire.

B. Sur quels domaines se rapportant à la constipation fonctionnelle de l'enfant les parents samariens sont-ils bien informés ?

1) Définir la constipation

a) L'aspect et la fréquence des selles

Parmi les différents thèmes abordés dans notre étude, définir une faible fréquence et un aspect normal des selles étaient des domaines maîtrisés par les parents interrogés. Ceci vient contraster les résultats d'une thèse qualitative sur le vécu familial face à la constipation chronique de l'enfant. Cette thèse, menée en 2006 à Nantes par A. Garreau (18), mettait en lumière que les parents avaient la notion qu'une faible fréquence des selles était un symptôme de constipation, sans pour autant savoir définir à partir de quelle fréquence ils devaient s'inquiéter. Cependant, seuls 6 parents environ avaient été interrogés. Aussi, cette thèse a 18 ans et ne concerne pas le département de la Somme. De plus, les résultats de l'étude quantitative de T. Dumrisil et C. Tanwarawutthikul, menée en 2022 et publiée fin 2023 (50), étaient en accord avec notre étude.

b) Les symptômes de la constipation

La thèse de A. Garreau (18) avait mis en lumière que, pour les symptômes de constipation, les parents évoquaient majoritairement les douleurs abdominales et n'abordaient pas les douleurs à l'émission des selles. Cela suggérait une méconnaissance des symptômes par les parents. Nous avons donc choisi de faire figurer ces items dans notre question se référant aux symptômes, en distinguant le caractère obligatoire ou non des douleurs abdominales et en considérant les douleurs abdominales obligatoires comme unique réponse fautive. Il s'est avéré que les symptômes de la constipation étaient peu connus de notre échantillon. Ceci est en désaccord avec les résultats de l'étude de T. Dumrisil et C. Tanwarawutthikul (50). Cependant, celle-ci portait sur un hôpital thaïlandais et tous les symptômes de la constipation n'étaient pas abordés, notamment la question des douleurs abdominales. Dans notre étude, 2 personnes ont évoqué spontanément la survenue de nausées ou vomissements et 2 autres parents ont signalé le changement de comportement de l'enfant. Nous aurions effectivement pu faire figurer ces items dans notre question, bien que ceux-ci ne soient ni obligatoires ni spécifiques de la constipation fonctionnelle de l'enfant. Ces symptômes sont également rapportés par les parents de l'étude qualitative de AS. Kaugars et al. (45) menée dans un hôpital américain et publiée en

2010. Il nous semble donc important d'insister sur le caractère possible mais non obligatoire de ces symptômes.

2) Identifier les causes de la constipation fonctionnelle et les prises en charges possibles

Les causes de la constipation n'étaient pas toutes connues par les parents de notre étude. L'implication de l'alimentation, du manque d'hydratation, de l'environnement, de la rétention et du psychologique était bien connue de notre échantillon. Le manque d'activité physique et le manque de temps dédié à la défécation étaient peu connus. Par ailleurs, dans l'étude quantitative de T. Dumrisil et C. Tanwarawutthikul (50), les parents ne maîtrisaient pas la physiopathologie de la constipation. Ceci suggère que les parents ont la notion de certaines causes de la constipation, sans forcément savoir comment elles provoquent cette constipation. Cela peut les empêcher de mettre du sens et de la conviction dans les actions à mettre en place. Cette hypothèse est illustrée dans notre étude par le décalage constaté concernant l'environnement et la dimension psychologique, moins considérés dans les prises en charges par les parents interrogés, par rapport à leur représentation dans la catégorie des causes. La prise en charge environnementale y était moyennement connue et la prise en charge psychologique peu connue. Ainsi, il nous semble important d'expliquer cette physiopathologie aux parents, afin qu'ils puissent mieux comprendre et s'investir dans les différents domaines de prise en charge.

Aussi, pour l'environnement, notre questionnaire ne citait pas les mêmes exemples dans la question sur les causes (toilettes sales, absence de papier toilette, porte qui ne ferme pas, absence d'intimité) que dans la question sur les prises en charges (adaptateur pour WC, repose pied). Les parents accorderaient donc davantage d'importance à la propreté et l'intimité des lieux qu'à l'installation sur les toilettes contrairement à l'étude quantitative de T. Dumrisil et C. Tanwarawutthikul (50) où la majorité des parents affirment fournir des toilettes adaptées à leur enfant. Insister sur l'importance d'un mobilier adapté à l'enfant nous semble donc important.

L'importance de l'alimentation et de l'hydratation était aussi bien représentée dans les causes que dans les prises en charge. Cela est en accord avec l'étude quantitative de T. Dumrisil et C. Tanwarawutthikul (50) ainsi qu'avec les thèses qualitatives de A. Bongiovanni (de 2019) (10) et A. Garreau (18), où les parents interrogés modifiaient tous le régime alimentaire. Néanmoins, dans notre étude, les aliments constipants et ceux favorisant le transit étaient

méconnus des parents et, dans la thèse qualitative de A. Garreau (18), les parents arrêtaient rapidement ces modifications faute de résultats. Ceci suggère que les parents ont conscience que des aliments riches en fibres sont à privilégier, mais n'ont pas la connaissance de ces aliments. Des exemples à citer aux parents nous semblent donc indispensables. Notre recherche bibliographique ne nous a pas permis de trouver d'autres études s'intéressant en détail aux aliments jugés par les parents utiles ou à proscrire. A noter que la construction de notre question était imparfaite, car celle-ci comportait l'item « banane » que nous avons initialement classé dans les aliments constipants puis reclassé en item « neutre » suite à une recherche bibliographique plus poussée, effectuée à postériori. En effet, bien qu'elle soit perçue comme un aliment constipant et utile en cas de diarrhée grâce à son action épaississante (51,52), la composition de la banane verte riche en amidon résistant (c'est-à-dire non digéré) lui conférerait des propriétés comparables aux fibres alimentaires, bénéfiques en cas de constipation (53,54).

Bien que l'incitation de l'enfant à s'hydrater soit acquise par les participants de notre étude et le manque d'hydratation connu comme cause possible par ceux-ci, nous ne pouvons cependant pas considérer la maîtrise des boissons adéquates comme acquise, car seulement 49% des interrogés ont obtenu une note $\geq 75\%$ à ce sujet. De surcroît, 5% des participants ne citaient pas la seule boisson nécessaire (l'eau). Notre recherche bibliographique ne nous a pas permis de trouver d'autres études s'intéressant en détail au type de boissons proposées, ni à la fréquence à laquelle les parents incitent leur enfant à boire.

Globalement, les prises en charge possibles/utiles n'étaient également pas maîtrisées par les parents de notre étude. La prise en charge par traitement médicamenteux n'était envisagée qu'une fois sur deux environ, donc moyennement connue. Seul 1% des interrogés maîtrisait la durée adéquate du traitement, ce qui appuie la thèse qualitative de A. Garreau (18) où la plupart des parents rapportaient un arrêt du traitement médicamenteux trop précoce. Dans notre échantillon, l'utilité d'une prise en charge sportive était moyennement acquise contrairement à l'étude quantitative de T. Dumrisil et C. Tanwarawutthikul (50). En accord avec celle-ci, la mise en place d'une routine digestive était peu connue.

3) Avoir conscience des conséquences possibles

Les conséquences de la constipation étaient également méconnues de notre échantillon contrairement à celui de l'étude quantitative de EMM. Salih et al. publiée en 2022 et menée dans une ville d'Arabie Saoudite (19). Cependant, nous n'avons pas accès au questionnaire de cette étude afin de définir comment et quelles conséquences ont été explorées. Dans notre étude,

seule la notion de conséquence organique était bien connue. Les conséquences psychologiques, scolaires et sociales étaient moyennement connues. Celles-ci sont également rapportées dans l'étude qualitative américaine de AS Kaugars et al. (45) ainsi que, pour les conséquences sociales, dans une étude qualitative de AP. Thompson et al. menée au sein d'une ville canadienne et publiée en 2021 (4). De plus, 7% des parents de notre étude estimaient que la constipation était sans conséquence pour leur enfant. Une dichotomie sur le domaine psychologique a également été exposée par A. Garreau (18), mais cette fois, concernant les conséquences psychologiques bien connues et la prise en charge psychologique peu connue. Ainsi, l'importance du domaine psychologique est connue des parents, mais sa prise en charge peine à être considérée. Serait-ce lié à une méconnaissance des parents concernant les différents moyens de prise en charge psychologique possible ou à des préjugés sur ceux-ci ? Ou bien, à une méconnaissance de leur part sur les moyens d'accéder à cette prise en charge ? L'obstacle financier est également possible et il nous semble important de leur signaler l'existence du dispositif « Mon soutien psy » (56).

4) La surveillance du transit

Globalement, les modalités de surveillance du transit n'étaient pas maîtrisées. Ceci a également été retrouvé dans l'étude quantitative de T. Dumrisil et C. Tanwarawutthikul (50). A noter cependant que la construction de notre question était imparfaite, car les parents avaient la possibilité de sélectionner un item se référant à la fréquence des selles sans être obligés de sélectionner un item se référant à leur aspect et inversement. Malgré cela, nous pouvons tout de même retenir que 45% des participants de notre étude attendaient une plainte de leur enfant avant de se questionner sur son transit. Il n'y avait pas de lien statistique entre le fait d'être concerné par la constipation pour soi-même ou pour son enfant et la réalisation d'une surveillance optimale des selles. Il nous semble donc important de préciser aux parents que le transit de leur enfant doit être surveillé même en l'absence de tout problème, à minima par questionnement sur la fréquence (demander à son enfant s'il est allé à la selle) et par contrôle visuel par le parent lui-même pour l'aspect des selles. Cela devrait être réalisé jusqu'à ce que l'enfant soit jugé en capacité de le faire seul.

C. Les parents samariens souhaitent-ils être informés sur la constipation fonctionnelle de l'enfant ?

Les parents samariens de notre étude semblent en demande d'informations sur la constipation de l'enfant puisque 69% déclaraient se sentir angoissés si ce problème survenait et 91% étaient favorables à la création d'une nouvelle fiche sur ce sujet. Ce besoin d'information avait également été exposé par l'étude quantitative de Y. Wang et al. concernant les parents au sein d'un hôpital chinois en 2023 (5). Paradoxalement, pour les parents de notre étude, avoir été confronté à la pathologie pour son enfant était significativement lié à l'inquiétude concernant son transit, mais pas au fait de juger la rédaction d'une nouvelle fiche utile, contrairement à l'étude quantitative de Wang et al. (5). Compte tenu du fort pourcentage de parents de notre étude jugeant la création d'une nouvelle fiche utile, nous pouvons en conclure que la plupart des parents ressentent le besoin d'obtenir des informations à ce sujet, indépendamment du statut de leur enfant vis-à-vis de la constipation.

D. Sur quels domaines se rapportant à la constipation fonctionnelle de l'enfant les parents samariens souhaitent-ils être informés ?

Nous avons exploré le ressenti des parents samariens concernant leurs connaissances à propos de différents domaines autour de la constipation. D'après notre étude, les domaines à privilégier, *afin de susciter davantage leur intérêt*, seraient la prise en charge psychologique et l'attitude/le savoir-être à adopter. Ceci vient appuyer notre hypothèse d'une méconnaissance des parents samariens concernant les différents moyens de prise en charge psychologique possibles. Les parents de notre étude ne se sentent pas correctement informés sur l'attitude/le savoir-être à adopter. Il serait intéressant d'explorer leurs pratiques à ce sujet. Cependant, l'étude quantitative de T. Dumrisil et C. Tanwarawutthikul (50) avait effectué la démarche inverse et avait mis en lumière que peu de parents favorisaient des pratiques bénéfiques au transit de leur enfant (dans cette étude : aller à la selle après le repas). Par ailleurs, nous n'avons pas abordé la question de « proposer sans forcer ». Les parents de notre échantillon semblent également intéressés par des informations sur la prise en charge médicale et les connaissances globales sur la pathologie. Ceci est conforté par la thèse qualitative de A. Bongiovanni (10)

pour la définition de la constipation, par l'étude quantitative de Y. Wang (5) et l'étude qualitative de AP. Thompson (4) pour ses causes, et par cette même étude pour la prise en charge médicale. Nous avons considéré que le ressenti sur les causes de la constipation était compris dans la question « vous sentez-vous bien informé sur ce qu'est la constipation ? » mais nous aurions effectivement pu explorer cette question plus en détail. De même, nous aurions pu étudier les connaissances et le besoin d'information des parents concernant les critères d'inquiétude de la constipation, ceux-ci devant être notifiés aux parents d'après l'échantillon de l'étude qualitative de A. Bongiovanni (10).

La prise en charge nutritionnelle est à aborder, puisque peu de parents ont obtenu des résultats $\geq 75\%$ à ces questions. Cependant, celle-ci devrait être évoquée avec parcimonie pour ne pas les désintéresser car, d'après nos résultats, ceux-ci estiment avoir de bonnes connaissances à ce sujet. Cela est également appuyé par l'étude quantitative française à échelle nationale de S. De Rosso (57), publiée en 2021, où les parents interrogés s'estimaient bien informés concernant l'alimentation de l'enfant de moins de 4 ans. L'étude quantitative chinoise de Y. Wang (5) confirme également cela. Malheureusement, nous n'avons pas retrouvé d'étude française détaillant ceci pour l'enfant plus âgé.

E. Par quels moyens les parents samariens souhaitent-ils être informés ?

Les moyens d'information privilégiés par notre échantillon sont la consultation de professionnels de santé, en priorité médecins ou pédiatres généralistes, la recherche sur internet et les témoignages de leur entourage. A notre connaissance, les professionnels de santé ont été signalés dans toutes les études explorant les moyens d'information des parents sur la constipation fonctionnelle infantile. Parmi les 3 études en question (10,19,57), 2 citaient également internet comme autre moyen d'information (19,57) et 2 rapportaient l'entourage des parents (10,19). Lorsque internet est utilisé dans notre échantillon, le site Doctissimo.fr, reconnu comme peu fiable, est consulté par plus de la moitié des parents et seulement secondairement le site Ameli.fr. Une grande partie des parents samariens de notre échantillon semble donc ne pas connaître les sites internet fiables à consulter. Une liste non exhaustive pourrait leur être proposée. Les informations données sous forme papier et le carnet de santé étaient quant à eux peu utilisés dans notre échantillon. Il en est de même dans l'étude quantitative française de S.

De Rosso (57). Cependant, les parents samariens ont-ils connaissance de la présence de conseils dans le carnet de santé de leur enfant ? Une étude de 2022 menée en Haute-Normandie par C. Lestienne (58) exposait que 83% des parents connaissaient l'existence de ces conseils, mais seulement 46% en avait été notifiés par leur médecin. Nous n'avons pas retrouvé de recherche à ce sujet pour le département de la Somme.

F. Propositions de voies d'amélioration et de travaux futurs

1) Propositions de travaux futurs

Notre étude n'ayant pas obtenu le nombre de sujets nécessaires et notre échantillon n'étant pas représentatif de la population samarienne, la réalisation d'une nouvelle étude similaire incluant un plus grand nombre de parents nous semble importante, afin de confirmer nos résultats. Cette nouvelle étude devrait également explorer le savoir-être adopté par les parents, notamment lors de l'apprentissage de la propreté et de l'instauration d'une routine d'hygiène défécatoire. Il serait également intéressant d'explorer plus en détail leurs connaissances sur la physiopathologie des différentes causes de la constipation fonctionnelle, afin de pouvoir davantage cibler les points nécessitant une explication et ainsi ne pas encombrer la fiche informative. Par la suite, une étude à l'échelle nationale pourrait également être réalisée.

Les professionnels de santé étant le premier moyen d'information des parents de notre échantillon, la réalisation d'une étude sur les connaissances des professionnels de santé samariens concernant la constipation fonctionnelle infantile nous paraît judicieuse.

Le carnet de santé était peu utilisé mais il n'est pas certain que les parents samariens sachent que le carnet de santé de leur enfant comporte des conseils leur étant destiné. Ainsi, la réalisation dans le département de la Somme d'une étude similaire à celle de C. Lestienne en Haute Normandie (58) pourrait être utile.

2) Suggestion de voies d'amélioration possibles et proposition d'une fiche conseil destinée aux parents

Compte tenu du fait que, pour les parents de notre échantillon, la constipation de leur enfant survenait dans un tiers des cas lors de l'apprentissage de la propreté, nous pensons qu'il

serait intéressant de créer une page spécifique dédiée à la constipation de l'enfant, dans le carnet de santé. En effet, il nous paraît important que l'information à ce sujet soit délivrée aux parents lorsque l'enfant est jeune. Sur les 2 premières années de vie, les examens de santé sont fréquents et le carnet de santé est utilisé de façon plus régulière (presque systématiquement) que lorsque l'enfant est plus âgé. Ainsi, envisager d'intégrer cette fiche aux alentours des pages de l'examen des 18 mois nous semble le plus judicieux. L'intérêt de faire figurer une telle fiche dans le carnet est que tous les parents l'aurent en leur possession avec un risque de perte moindre par rapport à un document papier « volant ». Cela minimise également les intermédiaires et donc le risque qu'elle ne soit pas distribuée. La présence de cette fiche dans le carnet permettrait aux professionnels de santé d'inciter les parents à en prendre connaissance à l'occasion d'une des visites de routine obligatoires de l'enfant, et de préciser si nécessaire certains points leur semblant important en fonction de la situation de chaque enfant. Ainsi, s'appuyer sur une telle fiche dans le carnet diminuerait le risque de perdre les parents avec une quantité d'informations trop importante et permettrait de ne pas surcharger le temps de consultation, dans le contexte actuel de pénurie médicale. Ceci permettrait également d'aborder de façon plus systématique la problématique de la constipation (que nous avons vue comme étant très fréquente chez l'enfant), comme c'est le cas pour l'atrésie des voies biliaires, dépistée systématiquement lors de l'examen du 15^{ème} jour avec l'échelle de couleur des selles.

En parallèle de la création d'une fiche d'information synthétique de sensibilisation à la problématique de la constipation infantile, à destination du grand public et disponible dans le carnet de santé, il semble intéressant de rédiger un fascicule plus détaillé, ceci pouvant se faire à un niveau plus modeste (départemental ou régional) que le niveau national envisagé par le carnet de santé. L'accès à ce document pourrait se faire par l'intermédiaire des professionnels de santé de l'enfance qui pourraient le distribuer à l'occasion des consultations, répondant ainsi à nos résultats qui montrent que les parents se tournent majoritairement vers les professionnels de santé. Ce document pourrait également être accessible via un lien internet/QR code qui serait disponible dans le carnet de santé (en accord avec les recommandations du Haut Conseil de Santé Publique de janvier 2022 sur la dématérialisation du carnet de santé) ou affiché dans les salles d'attente des professionnels de santé (comme par exemple le site internet « 1000-premiers-jours » de Santé Publique France). Enfin, cette fiche doit être accessible facilement et rapidement par les moteurs de recherche les plus utilisés. Comme le rapporte la thèse de A. Bongiovanni (10), un tel document doit être utilisable quotidiennement et être lisible rapidement tout en attirant le regard grâce à des couleurs et des images. La présence d'une feuille détachable/imprimable afin de pouvoir l'afficher, par exemple sur le réfrigérateur, serait

intéressante. Afin que les parents ne soient pas découragés par la quantité d'informations délivrées, un tel document doit rester synthétique et écrit avec un langage abordable pour tout un chacun. Aussi, la première page, colorée et imagée, devrait résumer les points importants (10). L'intérieur, quant à lui, comporterait davantage d'explications. Il serait intéressant d'y faire figurer une liste non exhaustive de sites internet fiables à consulter. La brochure « le petit guide de la diversification alimentaire » de Santé Publique France nous semble être un bon exemple de ce à quoi un tel document pourrait ressembler.

La fiche conseil que nous avons réalisée suite à ce travail, inspirée de celle réalisée par A. Bongiovanni, est disponible en annexe IV.

Une étude du ressenti des parents samariens à propos de cette fiche et de son impact sur la prévalence des consultations pour constipation fonctionnelle de l'enfant pourrait ensuite être réalisée, afin de pouvoir améliorer son contenu et sa diffusion.

II- Limites de l'étude

Notre échantillon n'était pas représentatif de la population samarienne, car il était composé en majorité de professionnels de santé et comportait un pourcentage plus élevé de femmes par rapport à la population générale du département de la Somme (49).

D'après les données de l'INSEE, le niveau d'étude de notre échantillon était supérieur à celui de la population générale française (les données pour le département de la Somme n'étant pas disponibles à ce sujet) (59).

Le recrutement de notre population ayant été réalisé sur la base du volontariat, les participants étaient susceptibles d'être plus sensibilisés et informés à propos de la constipation de l'enfant. Plusieurs biais de sélection, notamment de recrutement et d'auto-sélection, étaient donc présents.

Notre étude se limitant au département de la Somme, nos résultats ne sont pas extrapolables pour l'ensemble des parents de France. Ils ne sont pas non plus généralisables aux parents mineurs, ni à ceux sous mesure de protection, ceux-ci ayant été exclus de notre échantillon.

Nous n'avons pas obtenu les 384 parents nécessaires. De ce fait, le risque « α » a été augmenté à 10% et le seuil de significativité p à 0,1.

Concernant les habitudes et le ressenti des parents, le questionnaire n'étant pas à réponse ouverte, il est possible que nos participants aient sélectionné des réponses auxquelles ils n'auraient pas pensé ou qu'ils estimaient « plus acceptables », façonnant ainsi un biais de déclaration.

Des facteurs de confusion peuvent ne pas avoir été pris en compte, le traitement statistique n'ayant pas été réalisé avec ajustement par analyse multivariée.

III- Force de l'étude :

L'anonymisation du questionnaire permettait de réduire le biais de déclaration.

Notre étude étant multicentrique, le maillage de l'ensemble du département était possible, bien que nous n'ayons pas collecté de données permettant de vérifier cela.

La faisabilité du questionnaire, aussi bien concernant sa clarté que son exécution, a été testée avant sa diffusion et n'a pas été modifiée en cours d'étude.

La forte présence de professionnels de santé nous a permis d'obtenir un échantillon sensé être mieux informés à ce sujet. Ainsi, nous avons eu la possibilité de différencier de façon plus discriminante les domaines de ce sujet nécessitant une information.

Conclusion

La constipation chez l'enfant est un problème fréquent, le plus souvent fonctionnel et pouvant avoir des conséquences physiques et psychosociales. Les parents samariens n'ont souvent pas conscience d'une constipation chez leur enfant ou la minimisent. De ce fait, ces conséquences mènent encore fréquemment à des consultations aux urgences, notamment dans le département de la Somme, ainsi qu'à une augmentation des dépenses de soins. Celles-ci sont évitables et non souhaitables, dans le contexte actuel d'engorgement de ces services. Pourtant, plusieurs fiches informatives destinées aux parents existent sur ce sujet. Cependant, aucune de ces ressources ne se base sur des références prenant en compte les besoins et/ou les connaissances des parents à ce sujet. Peu de recherches ont été effectuées en ce sens, notamment en France où seules 2 recherches qualitatives ont été réalisées, et aucune dans la Somme. Nous avons donc souhaité explorer les connaissances et le ressenti des parents samariens sur la constipation fonctionnelle infantile, ainsi que leurs moyens d'information préférés, afin de pouvoir leur délivrer une information prenant en compte ces paramètres.

Notre étude montre que les connaissances des parents samariens de notre échantillon, sur la constipation fonctionnelle de l'enfant de 2 à 15 ans, ne sont pas satisfaisantes et que ceux-ci ressentent le besoin d'accéder à des informations complémentaires.

Seuls la fréquence et l'aspect des selles sont maîtrisés. Les symptômes de la constipation sont mal connus. Peu de parents mettent en place une surveillance optimale des selles de leur enfant.

Les causes de la constipation fonctionnelle sont dans l'ensemble peu acquises. Celles principalement citées sont l'alimentation déséquilibrée, le défaut d'hydratation, le comportement de rétention, l'environnement inadapté et les causes psychologiques. Bien que les participants de notre enquête estiment que l'alimentation peut être une étiologie de la constipation et pensent être bien informés à ce sujet, les aliments à privilégier et à proscrire ne sont pas maîtrisés. Il en est de même pour le type de boisson. Le manque d'activité physique et le manque de temps passé aux toilettes sont peu considérés comme étant source de constipation.

Les prises en charges possibles et utiles n'étaient pas non plus connues. L'importance du régime alimentaire et d'une hydratation suffisante sont majoritairement citées. Les parents de notre étude considèrent secondairement l'adaptation de l'environnement et les prises en charge sportives et médicamenteuses. La durée adéquate du traitement pharmacologique n'est

pas connue. La mise en place d'une routine intestinale et la prise en charge psychologique sont peu citées.

Les conséquences de la constipation fonctionnelle de l'enfant ne sont également pas connues. Les conséquences majoritairement évoquées sont les conséquences organiques. En seconde intention sont citées les conséquences psychologiques, scolaires et sociales. Cependant, une faible partie des parents considèrent que la constipation de leur enfant ne peut pas avoir de conséquence.

Les parents samariens sont en demande d'information concernant la constipation de l'enfant. Les principaux domaines suscitant leur intérêt sont la prise en charge psychologique et l'attitude/le savoir-être à adopter. Ils souhaitent également obtenir des informations sur la prise en charge médicamenteuse et la définition de la constipation voire ses causes.

Les professionnels de santé, notamment médecins ou pédiatres généralistes, sont le principal moyen d'information des parents. Une étude de leurs connaissances à ce sujet pourrait être utile. En seconde intention, des sites internet peu fiables sont majoritairement utilisés.

Grâce à ce travail, nous avons pu évaluer en détail les connaissances et besoins des parents samariens sur la constipation de l'enfant. Nous avons élaboré une fiche conseil à partir de ces constatations. Les moyens d'informations privilégiés des parents de la Somme et la fiabilité de ceux-ci ont également pu être explorés. Ces résultats nécessitent cependant d'être confirmés par une étude incluant davantage de parents samariens.

Références

1. Koppen IJN, Vriesman MH, Saps M, Rajindrajith S, Shi X, Etten-Jamaludin FS van, et al. Prevalence of Functional Defecation Disorders in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pediatr*. 1 juill 2018;198:121-130.e6.
2. Bonard Condoret É, Mouterde O. Modalités de prise en charge de la constipation fonctionnelle de l'enfant en soins primaires: étude menée auprès de 68 médecins généralistes hauts-normands [Internet]. France; 2012 [cité 9 janv 2023]. Disponible sur: http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/71/85/77/PDF/BONARD_ep_CONDORET_EVE.pdf
3. Tabbers MM, DiLorenzo C, Berger MY, Faure C, Langendam MW, Nurko S, et al. Evaluation and Treatment of Functional Constipation in Infants and Children: Evidence-Based Recommendations From ESPGHAN and NASPGHAN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. févr 2014;58(2):258-74.
4. Thompson AP, MacDonald SE, Wine E, Scott SD. Understanding Parents' Experiences When Caring for a Child With Functional Constipation: Interpretive Description Study. *JMIR Pediatr Parent*. 20 janv 2021;4(1):e24851.
5. Wang Y, Cao J, Zhang W, Chen H, Li M, Liu Z, et al. What is needed by parents of constipated infants and toddlers: A cross-sectional study in China. *Front Pediatr*. 12 avr 2023;11:1066355.
6. Rajindrajith S, Devanarayana NM, Crispus Perera BJ, Benninga MA. Childhood constipation as an emerging public health problem. *World J Gastroenterol*. 14 août 2016;22(30):6864-75.
7. Timmerman MEW, Trzpis M, Broens PMA. The problem of defecation disorders in children is underestimated and easily goes unrecognized: a cross-sectional study. *Eur J Pediatr*. 2019;178(1):33-9.
8. Philippe M. Troubles digestifs mineurs du nourrisson: conseils à l'officine et réalisation de fiches conseils pour les parents [Thèse d'exercice]. [1968-....., France]: Université de Picardie Jules Verne; 2012.
9. Dequeker M. Prise en charge des troubles digestifs du nourrisson et du jeune enfant à l'officine [Internet] [Thèse d'exercice]. [2018-2021, France]: Université de Lille; 2019 [cité 19 janv 2023]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Pharma/2019/2019LILUE095.pdf
10. Bongiovanni A. Étude de la constipation fonctionnelle chez l'enfant: revue de la littérature des moyens thérapeutiques, pratiques dans un centre hospitalier régional, création d'un outil à destination des parents [Internet] [Thèse d'exercice]. [2009-....., France]: Université de Strasbourg; 2019 [cité 1 mai 2023]. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2019/2019_BONGIOVANNI_Anais.pdf
11. mpedia.fr [Internet]. [cité 21 juin 2024]. Constipation : que faire contre la constipation ? Disponible sur: <https://www.mpedia.fr/art-constipation-encopresie/>
12. Constipation [Internet]. 2022 [cité 12 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.cheo.on.ca/en/resources-and-support/constipation.aspx>
13. La constipation [Internet]. [cité 19 janv 2023]. Disponible sur: <https://naitreetgrandir.com/fr/sante/naitre-grandir-sante-enfant-constipation-selle/>

14. Que faire si votre enfant est constipé ? [Internet]. 2023 [cité 19 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/constipation-enfant/bons-reflexes>
15. Prévenir la constipation chez l'enfant [Internet]. [cité 17 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/constipation-enfant/prevention>
16. Votre enfant est constipé : pourquoi ? [Internet]. [cité 17 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/constipation-enfant/savoir-identifier-enfant-constipe>
17. Constipation de l'enfant : traitement et évolution [Internet]. [cité 9 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/constipation-enfant/consultation-traitement-evolution>
18. Garreau A. Le vécu familial face à la constipation chronique chez l'enfant de 3 à 8 ans [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]: Nantes Université. Pôle Santé. UFR Médecine et Techniques Médicales; 2006.
19. Salih EMM, Alghamdi JMA, Muaibid AFAA, Alghmadi AAM. Parents' knowledge, attitude, and practice towards childhood constipation in Al Baha- Saudi Arabia. *Med Sci*. 24 janv 2022;26(119):1.
20. Parents' Experiences and Information Needs While Caring for a Child With Functional Constipation: A Systematic Review - Alison P. Thompson, Eytan Wine, Shannon E. MacDonald, Alyson Campbell, Shannon D. Scott, 2021 [Internet]. 2023 [cité 1 mai 2023]. Disponible sur: <https://journals-sagepub-com.merlin.u-picardie.fr/doi/10.1177/0009922820964457>
21. Allen P, Setya A, Lawrence VN. Pediatric Functional Constipation. In: StatPearls [Internet] [Internet]. StatPearls Publishing; 2024 [cité 28 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537037/>
22. Constipation chronique | SNFGE.org - Société savante médicale française d'hépatogastroentérologie et d'oncologie digestive [Internet]. 2023 [cité 8 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.snfge.org/content/constipation-chronique>
23. Courcet PÉ, Bourchany A. Évaluation des pratiques professionnelles: la prise en charge ambulatoire de la constipation fonctionnelle de l'enfant chez les médecins généralistes de Côte d'Or [Internet]. France; 2021 [cité 17 oct 2022]. Disponible sur: <https://nuxeo.u-bourgogne.fr/nuxeo/site/esupversions/e7a498ed-ee05-43db-bd0d-aec060036063>
24. Zeevenhooven J, Koppen IJN, Benninga MA. The New Rome IV Criteria for Functional Gastrointestinal Disorders in Infants and Toddlers. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*. 2017;20(1):1.
25. Stadtler A. Instruction, Timeliness, and Medical Influences Affecting Toilet Training. *Pediatrics* [Internet]. 1 juin 1999 [cité 6 juill 2024]; Disponible sur: https://www.academia.edu/23672743/Instruction_Timeliness_and_Medical_Influences_Affecting_Toilet_Training
26. Lundblad B, Hellström AL. Perceptions of School Toilets as a Cause for Irregular Toilet Habits Among Schoolchildren Aged 6 to 16 Years. *J Sch Health*. 2005;75(4):125-8.
27. Pennaneach A. Constipation et mésusage des toilettes à l'école : quelques actions ciblées au sein d'une école primaire permettent-elles d'améliorer la fréquentation des toilettes de l'établissement pour aller à la selle ? 27 févr 2014;77.

28. Tam YH, Li AM, So HK, Shit KY, Pang KK, Wong YS, et al. Socioenvironmental Factors Associated With Constipation in Hong Kong Children and Rome III Criteria. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2012;55(1):56-61.
29. Inan M, Aydiner CY, Tokuc B, Aksu B, Ayvaz S, Ayhan S, et al. Factors associated with childhood constipation. *J Paediatr Child Health.* oct 2007;43(10):700-6.
30. Mouterde O. Traitements de la constipation du nourrisson et de l'enfant. *Arch Pédiatrie Organe Off Société Fr Pédiatrie.* 2016;23(6):664-7.
31. Peeters B, Benninga MA, Hennekam RC. Childhood constipation; an overview of genetic studies and associated syndromes. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 1 févr 2011;25(1):73-88.
32. Ostwani W, Dolan J, Elitsur Y. Familial Clustering of Habitual Constipation: A Prospective Study in Children From West Virginia. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2010;50(3):287-9.
33. Rajindrajith S, Mettananda S, Devanarayana NM. Constipation During and After the Civil War in Sri Lanka: a Paediatric Study. *J Trop Pediatr.* 1 déc 2011;57(6):439-43.
34. Wang JK, Yao SK. Roles of Gut Microbiota and Metabolites in Pathogenesis of Functional Constipation. *Evid-Based Complement Altern Med ECAM.* 21 sept 2021;2021:5560310.
35. Jomehzadeh N, Javaherizadeh H, Amin M, Rashno M, Teimoori A. Quantification of Intestinal Lactobacillus Species in Children with Functional Constipation by Quantitative Real-Time PCR. *Clin Exp Gastroenterol.* 5 mai 2020;13:141-50.
36. Yamada M, Sekine M, Tatsuse T. Psychological Stress, Family Environment, and Constipation in Japanese Children: The Toyama Birth Cohort Study. *J Epidemiol.* juin 2019;29(6):220-6.
37. VIDAL [Internet]. 2023 [cité 19 janv 2023]. Sources et références de l'article : Constipation chez l'enfant. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/chez-les-enfants/constipation-bebe-enfant/sources-references.html>
38. Zuar LR, Thompson LA. What Parents Should Know About Constipation in Children. *JAMA Pediatr.* 1 févr 2023;177(2):216.
39. Equit M, Niemczyk J, Kluth A, Thomas C, Rubly M, von Gontard A. Central Nervous System Processing of Emotions in Children with Fecal Incontinence and Constipation. *Z Für Kinder-Jugendpsychiatrie Psychother.* janv 2019;47(1):67-71.
40. Liyanarachchi H, Rajindrajith S, Kuruppu C, Chathurangana P, Ranawaka R, Devanarayana NM, et al. Association between childhood constipation and exposure to stressful life events: a systematic review. *Neurogastroenterol Motil.* 2022;34(4):e14231.
41. Devanarayana NM, Rajindrajith S. Association between Constipation and Stressful Life Events in a Cohort of Sri Lankan Children and Adolescents. *J Trop Pediatr.* 1 juin 2010;56(3):144-8.
42. Rajindrajith S, Devanarayana NM, Lakmini C, Subasinghe V, de Silva DGH, Benninga MA. Association Between Child Maltreatment and Constipation. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2014;58(4):486-90.
43. Gozali FS, Febiana B, Putra IGNS, Karyana IPG, Hegar B. Relationship between psychological stress with functional constipation in children: a systematic review. *Pan Afr Med J.* 7 sept 2023;46:8.

44. Stressful Life Events in Children With Functional Defecation... : Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition [Internet]. 2023 [cité 30 avr 2023]. Disponible sur: https://journals.lww.com/jpgn/Fulltext/2015/10000/Stressful_Life_Events_in_Children_With_Functional.4.aspx
45. Kaugars AS, Silverman A, Kinservik M, Heinze S, Reinemann L, Sander M, et al. Families' perspectives on the effect of constipation and fecal incontinence on quality of life. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* déc 2010;51(6):747-52.
46. Rowan-Legg A. La prise en charge de la constipation fonctionnelle chez l'enfant. *Paediatr Child Health.* déc 2011;16(10):666-70.
47. Koppen IJN, Lammers LA, Benninga MA, Tabbers MM. Management of Functional Constipation in Children: Therapy in Practice. *Pediatr Drugs.* 1 oct 2015;17(5):349-60.
48. CHAPITRE 14 - Item 48 Alimentation et besoins nutritionnels du nourrisson et de l'enfant | Collège nationale des pédiatres universitaires - www.pedia-univ.fr [Internet]. [cité 5 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.pedia-univ.fr/deuxieme-cycle/referentiel/gastroenterologie-nutrition-chirurgie-abdomino-pelvienne/alimentation-besoins-nutritionnels-du-nourrisson-lenfant>
49. Dossier complet – Département de la Somme (80) | Insee [Internet]. [cité 13 août 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-80>
50. Dumrisilp T, Tanwarawutthikul C. Development and survey of a questionnaire to measure parental perceptions of childhood defecation and constipation. *Pediatr Neonatol.* juill 2024;65(4):370-4.
51. Müller-Lissner SA, Kaatz V, Brandt W, Keller J, Layer P. The perceived effect of various foods and beverages on stool consistency. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* janv 2005;17(1):109-12.
52. Gallo Ruelas M, Gomez-Herrera GP, Noa-Peralta KF, Regalado-Palacios G, Soria-Mamani M, Rojas-Armas JP. Role of green banana consumption in the treatment of acute and persistent diarrhea in children: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Pediatr.* sept 2024;183(9):3705-18.
53. Cassettari VMG, Machado NC, Lourenção PLT de A, Carvalho MA, Ortolan EVP. Combinations of laxatives and green banana biomass on the treatment of functional constipation in children and adolescents: a randomized study. *J Pediatr (Rio J).* 1 janv 2019;95(1):27-33.
54. de Oliveira VS, do Nascimento RM, Cuambe SL, Rosa VHC, Saldanha T, Barbosa Júnior JL, et al. Biomasse de banane verte (*Musa spp.*) : un ingrédient naturel prometteur pour améliorer les propriétés technologiques et nutritionnelles des produits alimentaires. *Food Biosci.* 1 août 2024;60:104342.
55. Blanc JV, Curt F, Bruno N. Adhésion thérapeutique, représentations et craintes par rapport aux antidépresseurs des patients hospitalisés pour épisode dépressif majeur : quelles influences des médias ? *L'Encéphale.* 1 avr 2017;43(2):192-4.
56. Willard M, Clément C, Khazaal Y. Pourquoi rembourser la psychothérapie est une nécessité de santé publique ? *J Thérapie Comport Cogn.* 1 nov 2015;25(4):145-7.
57. De Rosso S, Nicklaus S, Ducrot P, Schwartz C. Information seeking of French parents regarding infant and young child feeding: practices, needs and determinants. *Public Health Nutr.* avr 2022;25(4):879-92.

58. Lestienne C. Les conseils de prévention présents dans le carnet de santé sont-ils connus? Enquête auprès de 194 parents d'enfants de moins de 6 ans en Haute-Normandie.
59. Diplômes - Formation en 2021 – Recensement de la population – Résultats pour toutes les communes, départements, régions, intercommunalités... –Diplômes - Formation en 2021 | Insee [Internet]. [cité 13 août 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8200507?sommaire=8200513&geo=METRO-1>

Annexes

I- Affiche



APPEL A PARTICIPATION

CONSTIPATION FONCTIONNELLE CHEZ LES 2-15 ANS:

Evaluation des connaissances et
besoins des parents pour
l'élaboration d'une fiche pratique



Questionnaire disponible via ce QR Code ou via cette adresse :
<https://hanotroy.limesurvey.net/347568?lang=fr>

Etude réalisée par
Gwendalle FOURNIER,
interne en Médecine
Générale,
dans le cadre de sa
thèse,
sous la direction du
Dr Céline COULANGE

QUESTIONNAIRE EN LIGNE A DESTINATION:

- Des parents majeurs
- habitant dans le département de la Somme
- ayant un ou des enfants âgés de 2 à 15 ans inclus.

Ouvert du 22/01/2024 au 22/07/2024



Images: Flaticon.com.

Graphistes: Freepik, Triangle Squad, Victoruler



Bonjour,

dans le cadre de ma thèse je réalise un questionnaire sur la conspiration fonctionnelle infantile. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier les connaissances et besoins des parents sur ce sujet afin d'élaborer une fiche d'information.

Ce questionnaire est facultatif, confidentiel, anonyme et dure environ 10-15 minutes.

Pour y répondre, vous devez :

- Habiter dans le département de la Somme
- Avoir un ou des enfants âgés entre 2 ans et 15 ans inclus.
- Etre majeur et ne pas être sous mesure de protection juridique

Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne vous sera donc pas possible d'exercer vos droits d'accès ou de modification aux données ou votre droit de retrait. Vous avez la possibilité de quitter ce questionnaire à tout moment. Toute réponse/donnée non enregistrée ne sera pas transmise.

Pour assurer une sécurité optimale, vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Merci à vous !

Gwendalle FOURNIER, interne en Médecine Générale

Partie A: Epidémiologie 1

A1. Avez-vous 18 ans ou plus ?

Oui
Non

A2. Avez-vous 1 ou plusieurs enfants de plus de 2 ans et de moins de 16 ans ?

Oui
Non



Partie B: Epidémiologie 2

B1. Etes-vous un homme ou une femme ?

Féminin
Masculin

B2. Quel niveau d'étude avez-vous ?

Primaire
Collège
Lycée
Bac +1 à 3
Bac +4 et +

B3. Quel est votre statut professionnel ?

Agriculteur exploitant
Chef d'entreprise, artisan ou commerçant
Ouvrier (dans la recherche, l'artisanat, l'agriculture, l'industrie...)
Employé (ex : vendeur, agent de bureau...)
Profession intermédiaire (professionnels de l'enseignement, assistantes sociales...)
Cadre ou profession intellectuelle supérieure
Professionnel de santé (dont étudiant en santé)
Autre (Elève, Etudiant ou en formation, Au foyer, En recherche d'emploi, Retraité)

Autre (Elève, Etudiant ou en formation, Au foyer, En recherche d'emploi, Retraité)

B4. Merci de préciser votre métier

- Médical
- Paramédical
- Autre

Autre

B5. Avez-vous déjà eu personnellement des problèmes de constipation fonctionnelle?

(constipation fonctionnelle = qui n'est pas causée par une maladie ou une prise médicamenteuse. Ceci n'inclut donc pas la constipation organique qui est causée par l'atteinte d'un organe, une maladie)

- Oui
- Non

Partie C: Contexte, habitudes, connaissances

C1. Un de vos enfants a-t-il déjà eu des problèmes de constipation fonctionnelle après ses 2 ans et avant ses 16ans ?

- Oui
- Non

C2. Est ce que cela a commencé pour l'un d'eux au moment de l'apprentissage de la propreté ?

- Oui
- Non

C3. Quels sont, selon vous, les signes pouvant être rattachés à une constipation? (Plusieurs réponses possibles)

- Des selles peu fréquentes
- Un aspect dur des selles
- Une alternance de selles dures et de selles liquides
- Une expulsion des selles difficile
- Des douleurs anales
- Des saignements sur le papier toilette
- Des maux de ventre obligatoirement
- Parfois des maux de ventre








- Ne sait pas
- Autre

Autre

C4. A partir de quel stade considérez-vous qu'une selle est peu fréquente? (une seule réponse possible)

- Tous les jours
- 2 fois par semaine ou moins
- Tous les 7 jours
- Délai > 7 jours sans selle

C5. Concernant l'aspect des selles, laquelle ou lesquelles de ces images (ou types) correspondent pour vous à une selle normale (Echelle de Bristol) (1) ?
(Constipation chronique | SNFGE.org - Société savante médicale française d'hépatogastroentérologie et d'oncologie digestive [Internet]. [cité 8 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.snfge.org/content/constipation-chronique>. Image modifiée par moi-même.)

Type 1		<input type="checkbox"/>	FAUX
Type 2		<input type="checkbox"/>	FAUX
Type 3		<input type="checkbox"/>	VRAI
Type 4		<input type="checkbox"/>	VRAI
Type 5		<input type="checkbox"/>	FAUX
Type 6		<input type="checkbox"/>	FAUX
Type 7		<input type="checkbox"/>	FAUX

C6. Concernant le transit de votre enfant : (plusieurs réponses possibles)

- Vous demandez à votre enfant la fréquence de ses selles
- Vous demandez à votre enfant l'aspect de ses selles
- Vous contrôlez visuellement la fréquence de ses selles
- Vous contrôlez visuellement l'aspect de ses selles
- Vous attendez que votre enfant exprime une plainte pour surveiller l'aspect et/ou la fréquence de ses selles



- Vous ne surveillez pas l'aspect de ses selles
- Vous ne surveillez pas la fréquence de ses selles

Partie D: Connaissances et ressenti

D1. La constipation fonctionnelle peut être causée par : (plusieurs réponses possibles)

- Une cause psychologique
- Un temps passé aux toilettes trop court
- Le fait de se retenir volontairement
- La génétique familiale
- Item neutre
- Un manque d'activité sportive
- Un défaut d'hydratation
- Une alimentation déséquilibrée
- L'environnement (Exemple à l'école : toilettes sales, absence de papier toilette, porte qui ne ferme pas, absence d'intimité)
- Autre

Autre

D2. Les aliments favorisant la constipation sont : (plusieurs réponses possibles)

- Epinards
- Lentilles
- Pâtes ou riz complet
- Riz blanc ou pâtes blanches
- Pommes de terre
- Bananes
- Item neutre
- Confiseries
- Chocolat
- Pruneaux
- Légumes verts

D3. Les aliments favorisant le transit sont : (plusieurs réponses possibles)

- Epinards
- Lentilles
- Pâtes ou riz complet
- Riz blanc ou pâtes blanches
- Pommes de terre
- Bananes
- Item neutre
- Confiseries
- Chocolat
- Pruneaux
- Légumes verts
- Pomme crue
- Pomme cuite

D4. Quelle(s) boisson(s) proposeriez-vous à votre enfant s'il est constipé ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- Soda
- Eau
- Lait de vache, de brebis ou de chèvre
- Lait d'amande, de soja...Sirop
- Jus de fruit
- Autre

Autre

D5. A quel moment proposeriez-vous des boissons à votre enfant ? (Plusieurs réponses possibles)

- Uniquement pendant les repas
- coefficient -2



- Pendant et en dehors des repas (la journée) coefficient 3
- Pendant les repas, et en dehors des repas uniquement s'il fait chaud
- A la demande

D6. Selon vous qu'est ce qui peut être utile si votre enfant est constipé? (Plusieurs réponses possibles)

- Lui donner des médicaments prescrits par un médecin (laxatifs, suppositoires...)
- Lui donner un traitement à base de plantes
- L'emmener consulter un psychologue
- Lui faire faire du sport
- Adapter son alimentation
- Veiller à ce qu'il s'hydrate suffisamment
- Mettre en place de règles de vie : horaire fixe de passage aux WC
- Adapter l'environnement : adaptateur pour WC, repose pied...
- Attendre que cela passe
- Ne sait pas
- Autre

Autre

D7. Quels professionnels penseriez-vous à consulter pour ce problème ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- Un médecin généraliste
- Un pédiatre généraliste
- Un pédiatre gastroentérologue
- Un gastroentérologue soignant adultes et enfants
- Un pharmacien
- Un psychologue
- Une puéricultrice



Autre

Autre

D8. Selon vous, combien de temps la prise en charge (nutritionnelle, médicamenteuse ou autre) de la constipation de l'enfant doit-elle durer pour être efficace ? (Plusieurs réponses possibles)

- 1 à 3 jours environ
- 1 semaine
- Jusqu'à ce que les symptômes de constipation soient résolus depuis au moins 1 mois
- Au moins 2 mois
- En général autant de temps que le problème a duré
- Jusqu'à l'acquisition totale de la propreté si l'enfant est en cours d'apprentissage
- Ne sait pas

D9. Quels retentissements la constipation peut-elle avoir sur votre enfant ? (plusieurs réponses possibles)

- Social (Impact sur le relationnel avec les autres enfants ou adultes)
- Scolaire
- Psychologique
- Apparition d'autres problèmes de santé
- Aucun
- Autre

Autre

Partie E: Habitudes et ressenti

E1. Comment vous sentiriez-vous si votre enfant était constipé? (plusieurs réponses possibles)

- Angoissé



- Détesté
- Indifférent
- En difficulté
- Dénuni
- Utile

E2. Le transit de votre enfant est-elle une source d'inquiétude pour vous ?

- Oui
- Non

E3. Vous pensez être bien informé concernant : (plusieurs réponses possibles)

- ce qu'est la constipation infantile
- La prise en charge médicale de la constipation infantile
- La prise en charge psychologique de la constipation
- Les conseils alimentaires en cas de constipation infantile
- Les conseils pour aider au quotidien un enfant qui souffre de cette pathologie
- Aucun

E4. Lorsque vous avez une question concernant la santé de votre enfant, quelles ressources utilisez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

- Carnet de santé
- Site Internet
- Réseaux sociaux/Forum
- Support papier (flyers, magazines , etc)
- Professionnels de santé
- Entourage familiale ou amical
- Emission télé (ex : les maternelles)
- Aucune
- Autre

Autre



E5. Lorsque vous utilisez internet pour cela, quels sites consultez-vous?

- Doctissimo.fr
- Ameli.fr
- Naitreegrandir.com
- Vidal.fr
- Passeportsanté.net
- Wikipédia
- Autre

Autre

E6. Connaissez-vous l'existence de la fiche sur la constipation disponible sur le site Ameli.fr ?

- Oui
- Non

E7. Qu'en avez-vous pensé ? (plusieurs réponses possibles)

- Utile
- Inutile
- Trop long
- De longueur adaptée
- Complet
- Incomplet
- Clair
- Trop compliqué

E8. Pensez-vous que la création d'une nouvelle fiche d'information destinées aux parents serait utile ?

- Oui
- Non

Merci beaucoup pour votre participation !

Reconnaître la constipation chez l'enfant

On parle de constipation lorsque la fréquence des selles est trop rare et en cas de difficultés à déféquer. Chez l'enfant, la constipation a diverses causes : changement dans l'alimentation, du mode de vie, prise de certains médicaments...

Quand parle-t-on de constipation ?

On parle de **constipation** lorsque les selles ne progressent pas suffisamment rapidement dans le côlon (gros intestin), ce qui se traduit par :

- des selles trop peu fréquentes ;
 - des selles trop volumineuses ou trop dures responsables de difficultés de défécation.
- La fréquence normale des selles varie en fonction de l'âge et de l'alimentation. Chez l'enfant, elle diminue à mesure qu'il grandit. Généralement, un nourrisson émet au moins une selle non dure par jour et **un enfant plus grand au moins trois selles de consistance normale par semaine**.

Une constipation peut être évoquée lorsque :

- le rythme habituel d'émission des selles est perturbé devenant anormalement allongé (moins de 2 selles par semaine) ;
- les selles changent de consistance devenant plus dures et l'exonération est difficile et douloureuse.

La **constipation** peut être :

- occasionnelle,
- ou chronique si les symptômes persistent depuis plus de six mois. Cependant, même installée depuis longtemps, elle peut être enrayée grâce à des mesures diététiques et d'hygiène de vie et éventuellement grâce à des mesures thérapeutiques.

Comment se passe la digestion des aliments ?

Après une première digestion partielle dans l'estomac, les aliments arrivent dans l'intestin grêle. Au cours de cette progression, l'organisme absorbe la majorité des nutriments dont il a besoin. L'intestin grêle et le côlon font avancer les aliments en se contractant. Au cours de la digestion, la dégradation des aliments par la flore intestinale (ensemble des bactéries vivant normalement dans le tube digestif) entraîne une fermentation naturelle et la production de gaz.

Les résidus des aliments digérés constituent les selles. Le besoin de défécation (besoin d'aller à la selle) est déclenché par l'augmentation de la pression dans le rectum due à la présence de matières fécales. La contraction de côlon et des muscles abdominaux en permet l'expulsion.

En cas de constipation, les résidus alimentaires formant les selles restent trop longtemps dans le colon sans progresser dans leur trajet vers le rectum. L'eau qu'ils contiennent est absorbée

par le colon et les selles deviennent dures. Les selles s'accumulent dans le colon et le rectum et sont difficiles à évacuer.

Comment détecter une constipation chez l'enfant ?

Plusieurs symptômes peuvent indiquer que **votre enfant est constipé**.

Restez vigilant si :

- votre enfant passe régulièrement plusieurs jours sans avoir de selles normales ;
- il produit des selles difficiles à éliminer, responsables de douleurs à la défécation car elles sont :
 - dures et petites,
 - ou volumineuses, pouvant obstruer les toilettes ;
- les selles sont tantôt liquides, tantôt dures. Dans ce cas, il peut s'agir de ce que l'on appelle une "**fausse diarrhée sur constipation**" avec des épisodes d'incontinence (l'enfant ne retient pas ses selles) ;
- il se retient régulièrement pour ne pas aller aux toilettes ;
- il ressent le besoin d'aller à la selle mais ne parvient pas à déféquer ;
- il manque d'appétit et présente des douleurs d'estomac, une sensation d'inconfort au niveau du ventre, des crampes abdominales et des ballonnements.

Les selles du nourrisson en cas d'allaitement

- En général, un bébé nourri exclusivement au sein a des selles plutôt fréquentes, voire après chaque tétée. Cependant, certains bébés ne font qu'une selle tous les 8 à 14 jours.
- Rassurez-vous : il n'y a rien de plus normal, tant que ses selles restent molles et que votre enfant n'a pas mal au ventre. Le lait maternel absorbé dans sa quasi totalité par le tube digestif du nourrisson ne laisse que très peu de résidus à évacuer par les selles, ce qui explique que les selles puissent être espacées.
- En bref, si votre nourrisson que vous allaitez émet des selles peu fréquentes et s'il va bien par ailleurs, **il n'est pas constipé** et il n'y a pas lieu de modifier son alimentation ou de donner un traitement.

Les causes de la constipation chez l'enfant

La constipation de l'enfant est le plus souvent liée à l'alimentation, au stress ou à l'apprentissage de la propreté. Elle peut cependant être le symptôme d'une maladie plus grave, notamment chez les nourrissons.

De multiples raisons sans gravité expliquant la constipation de votre enfant

Dans la plupart des cas, **la constipation de l'enfant est bénigne**, due à un simple ralentissement du transit sans lésion de l'intestin ni maladie. C'est ce que l'on appelle la **constipation fonctionnelle** (plus de 95 % des cas de constipation).

Alimentation et constipation de l'enfant

Une alimentation pauvre en résidus ou des changements alimentaires peuvent entraîner une constipation passagère :

- modification de la formule de **lait maternisé**, erreurs lors de la **reconstitution du lait en poudre**, excès de farine ou d'épaississants, erreurs au moment de la **diversification alimentaire** ;
- **alimentation** pauvre en eau et fibres, trop riche en calcium (produits laitiers exclusifs).

Les troubles peuvent être aggravés par la prise de certains médicaments comme les antispasmodiques.

Acquisition de la propreté et constipation

L'enfant acquiert le contrôle actif de l'exonération des selles entre les âges de 2 et 4 ans.

L'acquisition de la propreté est une période charnière durant laquelle un épisode de constipation est fréquent et peut être dû à :

- un apprentissage de la propreté difficile ou trop précoce ;
- la peur qu'éprouve l'enfant d'aller à la selle.

Mode de vie et constipation

Un changement de cadre de vie ou de rythme de vie (entrée en collectivité, vacances), un stress émotionnel ou physique (arrivée d'un nouvel enfant dans la famille, intervention chirurgicale, etc.) peuvent perturber le transit intestinal de l'enfant.

Très fréquemment, un **mauvais usage des toilettes** est en cause dans la survenue d'une constipation :

- l'enfant se retient souvent parce qu'il n'aime pas utiliser les toilettes publiques ou de l'école (à cause du manque d'intimité, de propreté ou de papier toilette) ou parce qu'il ne veut pas quitter son jeu, etc. ;
- l'enfant est mal installé aux toilettes. En effet, la défécation nécessite une position propice au relâchement des sphincters. Un enfant trop grand sur un pot ou au contraire, un enfant qui a les jambes dans le vide sur un WC adulte peut être en difficulté. Il faut alors lui proposer une possibilité d'appui pour ses membres inférieurs.

Des causes rares mais sérieuses de constipation de l'enfant

Lorsqu'un **enfant est constipé** dès sa naissance ou pendant ses premières semaines de vie, d'autres explications sont possibles, notamment :

- la maladie de Hirschsprung. Cette maladie génétique est caractérisée par l'absence de cellules nerveuses dans une partie du côlon, qui empêche les muscles d'expulser les selles. Elle se traduit par un retard à l'émission du méconium ou par une constipation sévère chez le nourrisson ;
- une malformation du rectum, de l'anus et de son sphincter ;
- une maladie endocrinienne (**hypothyroïdie** dépitée après la naissance) ou neurologique ;
- une **mucoviscidose** également dépitée à la naissance ;
- une intoxication au plomb ou **saturisme**.

Constipation de l'enfant : que faire et quand consulter ?

Si votre enfant est constipé, il est important de savoir évaluer le degré de gravité et appliquer la solution adaptée à son cas afin de le soulager.

Comment réagir en cas de constipation ?

- Mon enfant présente un épisode de constipation sans aucun autre signe associé.
- Mon enfant a un nouvel épisode de constipation semblable à un précédent, il a déjà eu un bilan et le médecin m'a expliqué la cause et les mesures à prendre.

J'applique les conseils pratiques et je surveille son état.

En cas de doute, je contacte un médecin.


- La constipation dure depuis plusieurs jours, malgré les mesures d'hygiène et de diététique que je lui ai fait suivre.
- Mon enfant pleure lors de la **défécation** et du sang est présent sur le papier toilette.
- Mon enfant perd par moments le contrôle de ses selles ou commence à souiller ses sous-vêtements.
- La constipation est apparue chez mon nourrisson dès la sortie de la maternité, ou dans les semaines suivantes et le ventre de mon bébé est ballonné.
- Mon bébé est constipé et ne prend pas suffisamment de poids.

Je prévois pour mon enfant une consultation médicale dans les jours qui viennent.



- Mon enfant urine souvent ou se plaint de douleurs lorsqu'il urine. La stagnation des selles dans le rectum favorise la multiplication des microbes : la constipation a pu causer une [infection urinaire](#).
- Mon enfant a du sang dans les selles.
- Il a de la [fièvre](#), des [nausées](#), une perte d'appétit : il ne prend pas de poids ou en perd.

J'emmène mon enfant en consultation médicale dans la journée.



- Mon enfant est constipé et il souffre beaucoup, il a de fortes [douleurs dans le ventre](#).
- Il vomit sans cesse.
- Son ventre devient enflé, tendu et douloureux.

J'emmène mon enfant aux urgences ou je contacte sans tarder le service médical d'aide médicale d'urgence : 15 ou 112.

Évitez de critiquer les toilettes des lieux collectifs (écoles, lieux publics...), comme les problèmes d'odeurs ou d'hygiène, ce qui pourrait empêcher votre enfant d'aller aux toilettes à l'extérieur de la maison. Apprenez-lui à bien se laver les mains après être passé aux toilettes.

Expliquez-lui qu'il n'est pas bon qu'il se retienne d'aller à la selle.

Adapter les toilettes à la taille de l'enfant

Pour l'apprentissage, utilisez un pot posé à terre.

Puis, lorsque l'enfant grandit, aménagez-lui de bonnes conditions à la défécation aux toilettes. Pour pouvoir pousser, votre enfant doit s'appuyer sur un plan fixe. Il ne peut pas défecter s'il est en position instable, s'il est suspendu à la cuvette des WC parce que ses pieds ne touchent pas par terre. Pour cela, posez un réducteur de lunette, procurez-lui, si ses jambes sont encore trop courtes, un petit banc pour que ses pieds puissent y prendre appui.

Soigner la constipation par l'activité physique

Bougez les jambes de votre bébé comme si vous le faisiez pédaler, et massez-lui le ventre délicatement, trois ou quatre fois par jour.

Veillez à ce que votre enfant plus grand pratique une activité physique tous les jours. L'[activité physique](#) permet de rester en forme et de lutter activement contre la constipation. Être actif est en effet aussi important qu'une alimentation équilibrée. L'activité physique stimule l'appétit et les colons paresseux.

On entend par activité physique tous les mouvements de la vie quotidienne : ceux effectués à la maison, à l'école, pendant les loisirs. Il ne suffit pas que votre enfant fasse une heure de sport le mercredi ou le samedi. C'est tous les jours qu'il doit bouger. Par exemple, avec votre enfant, marchez au lieu de prendre le bus ou la voiture. Proposez-lui également des jeux faciles, qui lui plaisent : jeux de ballon, vélo, jeux de plein air. Et si possible, pratiquez ces activités en famille ou entre amis.

Pensez aussi à être vous-même actif : les enfants aiment bien suivre l'exemple de leurs parents. Dans l'idéal, les enfants devraient pratiquer au moins 60 minutes d'activité physique par jour.

Soigner la constipation par une alimentation adaptée

Voici quelques mesures simples qui vous permettent d'**améliorer le transit intestinal** de votre enfant

Votre enfant de moins de 3 ans est constipé : comment modifier son alimentation ?

Si vous donnez à votre bébé du [lait maternelisé](#), assurez-vous de [préparer les biberons correctement](#). Respectez le principe d'une mesure de lait pour 30 ml d'eau et surtout n'enrichissez pas le lait en ajoutant plus de poudre, car cela est source de **constipation**. Pensez à lui proposer régulièrement de l'eau, surtout s'il a de la [fièvre](#) ou s'il fait très chaud pour éviter la [déshydratation](#). Cela lui permettra de compenser les pertes d'eau.

Lors de la [diversification alimentaire](#), il est possible d'introduire dans son alimentation des fruits et des légumes, surtout si votre nourrisson est constipé. Les fibres qu'ils contiennent constituent, en effet, un résidu fécal qui améliore le transit intestinal. Avant d'agir, demandez néanmoins conseil à votre médecin ou à votre pédiatre.

Conseils pratiques pour soulager son enfant constipé

Votre enfant est constipé ? Rassurez-le et dédramatisez la situation. Généralement, la constipation de l'enfant cesse en suivant quelques mesures d'hygiène et de diététique.

Soigner la constipation par quelques mesures éducatives et une meilleure hygiène de vie

L'apprentissage de la propreté

Attendez que votre enfant soit prêt (entre 2 et 3 ans) pour lui apprendre à aller sur le pot. Des tentatives d'apprentissage trop précoces peuvent conduire à la constipation. Invitez régulièrement votre enfant à utiliser le pot ou les toilettes après les repas, mais sans en faire une obligation qui pourrait l'inquiéter.

Ne soyez pas trop insistant sur l'acquisition de la propreté de votre enfant et n'essayez pas d'instaurer la propreté trop tôt ou si votre enfant n'est pas prêt à cela.

Consultez la page [Comment mon enfant va-t-il devenir propre ?](#), sur le site [mpedia.fr](#), pour en savoir plus sur l'**acquisition de la propreté de votre enfant**.

Le passage aux toilettes

Apprenez à votre enfant à se présenter de façon quotidienne aux toilettes, après un repas par exemple, même en l'absence de besoin. La nécessité d'aller à la selle reviendra progressivement. Incitez-le à prendre son temps aux toilettes.

Ne donnez pas à votre enfant une image négative de la défécation.

Si votre enfant a plus d'un an et qu'il est constipé, assurez-vous qu'il mange bien un fruit ou un légume au moins trois fois par jour : raisins, dattes, prunes, figues, fenouil, courgettes, etc. Vous pouvez aussi lui donner des céréales complètes avec des biscuits complets ou du riz complet.

Que changer à l'alimentation de votre enfant de plus de 3 ans constipé ?

Veillez, tout d'abord, à ce que votre enfant soit suffisamment hydraté et ce, d'autant plus s'il fait du sport ou s'il a chaud. Pour cela, vous pouvez lui proposer de l'eau mais aussi des potages, des fruits pressés...

Ajoutez à son régime alimentaire quotidien des fruits, des légumes et d'autres **aliments riches en fibres**. Les fibres, non digérées, retiennent l'eau dans les résidus alimentaires présents dans le colon et ainsi, les selles sont plus molles. Par exemple : du pain de blé entier, des céréales au son, des légumineuses (fèves, lentilles...) ou des prunes.

A contrario, évitez les aliments trop gras et trop sucrés, peu riches en fibres.

D'autre part, aménagez-lui des horaires de repas bien définis, afin d'éviter le grignotage, souvent synonyme d'alimentation pauvre en fibres.

L'eau à volonté

L'eau est la seule boisson nécessaire à un enfant quand il a soif. Les jus de fruits ne lui sont en aucun cas indispensables. Oubliez également les sodas et les sirops : votre enfant pourrait s'habituer au goût sucré et refuser l'eau ensuite. Ne lui donnez pas non plus de tisane sans avis médical.

Constipation de l'enfant : ce qu'il ne faut pas faire

Si **vo**tre **e**nfant **e**st **c**onstipé, certains gestes sont à éviter :

- N'utilisez pas de thermomètre pour faciliter l'émission des selles : vous pourriez blesser votre enfant et provoquer des saignements par l'anus (rectorragies).
- Ne donnez pas à votre enfant des laxatifs sans avis médical.
- Même si les produits laitiers riches en calcium peuvent favoriser la constipation, n'en diminuez pas la consommation sans en parler au préalable à votre médecin. Votre enfant a besoin de calcium pour la constitution de ses os.

Comprendre avec des images et des mots simples

Pour éviter la constipation, il est important d'avoir une bonne alimentation. Vous pouvez lire la bande dessinée Mieux manger – pour prendre soin de ma santé sur le site santebd.org. La BD décrit de manière simple ce qu'est une alimentation équilibrée et comment mieux manger.

Ce document a été réalisé par l'association CoActis Santé avec des personnes en situation de handicap. Il contient des images et des mots simples. C'est pourquoi il est facile à lire et à comprendre (FALC).

Constipation de l'enfant : la consultation, le traitement et l'évolution

Pour traiter la constipation de votre enfant, votre médecin vous donne des conseils hygiéno-diététiques et prescrit, si la constipation persiste, un traitement. La constipation régresse, peut récidiver mais les complications ont rarement.

La consultation pour constipation de l'enfant

Pour **évaluer la constipation et rechercher sa cause**, votre médecin commence par vous interroger et examiner votre enfant. S'il craint la présence d'une maladie, il lui prescrit des examens complémentaires.

En cas de maladie sous-jacente ou de constipation persistante malgré le traitement, il peut adresser votre enfant à un gastro-entérologue.

Le traitement de la constipation de l'enfant

En cas de constipation de l'enfant sans maladie en cause

Le traitement de la constipation de l'enfant repose sur le changement de l'alimentation et du mode de vie. Votre médecin vous explique comment corriger les erreurs diététiques.

Il vous donne également des conseils d'hygiène de vie.

Si nécessaire, il modifie ou arrête un médicament qui aggrave la constipation.

Si malgré cela, la constipation persiste, votre médecin traitant - ou votre pédiatre - prescrit à votre enfant un **traitement adapté à son âge et à son type de constipation**. Ce traitement est en général de courte durée.

Les médicaments de la constipation de l'enfant sont :

- des **laxatifs osmotiques doux** pour hydrater et ramollir les selles (macrogol, lactulose, lactitol) ;
- des **laxatifs lubrifiants** (de l'huile de paraffine par exemple) pour faciliter le passage anal, notamment en cas de fissure anale ;
- des suppositoires (à la glycérine par exemple), pour déclencher la défécation en début de traitement. Attention : leur administration doit rester rare. Au long cours, ils empêchent l'enfant d'acquiescer les réflexes nécessaires à une défécation spontanée ;
- un lavement pour évacuer les selles accumulées de longue date. Cette méthode est rarement utilisée, mais elle est parfois nécessaire (sorbitol-citrate de sodium-laurilsulfate de sodium, dihydrogénate de sodium- hydrogénophosphate de sodium).

Attention aux médicaments à l'intention des enfants constipés

Les laxatifs irritants et ceux stimulant la motricité intestinale sont contre-indiqués chez l'enfant, en raison de leurs effets secondaires.

Si votre médecin a prescrit un médicament pour votre enfant :

- Avant de l'utiliser, lisez toujours attentivement la notice.
- Respectez la posologie et la durée du traitement.
- Ne lui donnez jamais de traitement prolongé sans l'avis de votre médecin.

Si la constipation est due à une maladie

Lorsque la constipation résulte d'une maladie, votre médecin traite la cause et pas simplement le symptôme.

L'évolution de la constipation chez l'enfant

De manière générale, la constipation fonctionnelle (sans maladie en cause) cesse grâce à une bonne hygiène de vie (alimentation équilibrée, activité physique...) et si besoin, un traitement de durée brève.

La constipation due à une maladie régresse, grâce au traitement mis en place.

Dans de rares cas, des complications peuvent apparaître :

- des infections urinaires (**cystites aiguës**) à répétition chez la petite fille, qui entraînent une envie fréquente d'uriner, accompagnée le plus souvent de brûlures. La stagnation des selles au niveau du rectum favorise, en effet, la prolifération de microbes et par conséquent, les infections urinaires ;
- des **fissures anales**, qui le plus souvent, se révèlent par des pleurs à la défécation et du sang sur le papier ou dans les toilettes. De peur d'avoir mal, l'enfant peut alors refuser d'aller aux WC, aggravant ainsi la constipation ;
- une **encoprésie**, autrement dit une incontinence fécale. Lorsque la constipation se prolonge, le rectum peut en effet perdre sa sensibilité et les sphincters devenir incompetents. L'enfant perd alors le contrôle de la défécation ;
- une installation de la constipation de façon chronique pouvant durer jusqu'à l'**âge adulte**.

Lorsque la constipation devient sévère ou chronique, un soutien psychologique est souvent utile pour aider l'enfant.

Prévenir la constipation chez l'enfant

Pour éviter que votre enfant souffre de constipation, veillez à ce qu'il ait une bonne hygiène de vie, une alimentation diversifiée et riche en fibres ainsi qu'une activité physique suffisante.

Des habitudes alimentaires pour éviter d'être constipé

Veillez à une [bonne alimentation dès le plus jeune âge](#) de votre enfant.

Lorsque votre enfant grandit, il est important qu'il conserve de [bonnes habitudes alimentaires](#) pour éviter d'être constipé :

- une alimentation équilibrée riche en légumes et fruits ainsi qu'en aliments riches en fibres (céréales au son, pain au blé entier, légumineuses...) ;
- une consommation limitée de produits gras et sucrés ;
- de l'eau à volonté. C'est la seule boisson nécessaire pour un enfant qui a soif.

L'activité physique pour éviter la constipation de l'enfant

L'activité physique stimule l'appétit et les colons "paresseux".

Veillez également à ce que votre enfant pratique une **activité physique** tous les jours. Être actif est en effet aussi important qu'une alimentation équilibrée. Cela permet de rester en forme et de **lutter activement contre la constipation**.

On entend par activité physique tous les mouvements de la vie quotidienne : ceux effectués à la maison, à l'école, pendant les loisirs. Pensez aussi à être vous-même actif : les enfants aiment bien suivre l'exemple de leurs parents. Dans l'idéal, les enfants devraient pratiquer au moins 60 minutes d'activité physique par jour.

L'activité physique peut prendre de nombreuses formes :

- favoriser les déplacements à pied ou en vélo pour aller à l'école, au collège ou au lycée, pour faire les courses ;
- pour les écoliers, jouer 30 minutes avec les copains dans les espaces de jeux, les parcs ou les squares, chaque jour après la classe ;
- pour les collégiens et les lycéens, participer à une activité sportive hebdomadaire (association de l'établissement, club) en faisant une activité qui plaît : course, saut, natation, sport collectif... et en essayant plusieurs sports ;
- aider aux travaux de jardinage, de bricolage, promener son chien et faire des sorties en famille ou entre amis à pied, en vélo ou en roller ;
- utiliser les plateformes d'exercices proposées par certains jeux vidéo.

L'activité physique doit s'accompagner d'une diminution des **comportements sédentaires**, c'est à dire toute occupation qui a lieu en position assise, allongée ou debout sans mouvements.

Par exemple, pour un enfant :

- être assis pour lire, écrire, étudier, passer du temps devant un écran (télévision, jeux vidéo, ordinateur) ;
- être spectateur d'un évènement sportif ;
- être debout sans bouger ;
- être allongé pour lire, regarder la télévision...

Prévenir la constipation de l'enfant par une bonne hygiène de vie

Ce document a été réalisé par l'association CoActis Santé avec des personnes en situation de handicap. Il contient des images et des mots simples. C'est pourquoi il est facile à lire et à comprendre (FALC).

L'apprentissage de la propreté

Attendez que votre enfant soit prêt (entre 2 et 3 ans) pour lui apprendre à aller sur le pot. Des tentatives d'apprentissage trop précoces peuvent conduire à la constipation. Invitez régulièrement votre enfant à utiliser le pot ou les toilettes après les repas, mais sans en faire une obligation qui pourrait l'inquiéter.

Ne soyez pas trop insistant sur l'acquisition de la propreté de votre enfant et n'essayez pas d'instaurer la propreté trop tôt ou si votre enfant n'est pas prêt à cela.

Consultez la page Comment mon enfant va-t-il devenir propre ?, sur le site mpedia.fr, pour en savoir plus sur l'acquisition de la propreté de votre enfant.

Le passage aux toilettes

Apprenez à votre enfant à se présenter de façon quotidienne aux toilettes, après un repas par exemple, même en l'absence de besoin. Après chaque repas, le colon est animé d'ondes de contractions qui peuvent se traduire par un besoin d'aller aux toilettes. La nécessité d'aller à la selle reviendra progressivement.

Incitez-le à prendre son temps aux toilettes. Essayez de le faire rester sur le WC quelques minutes, pour habituer son organisme à cet horaire.

Ne donnez pas à votre enfant une image négative de la défécation.

Évitez de critiquer les toilettes des lieux collectifs (écoles, lieux publics...), comme les problèmes d'odeurs ou d'hygiène, ce qui pourrait empêcher votre enfant d'aller aux toilettes à l'extérieur de la maison. Apprenez-lui à bien se laver les mains après être passé aux toilettes.

Expliquez-lui qu'il n'est pas bon qu'il se retienne d'aller à la selle et assurez-vous que votre enfant va aux toilettes dès qu'il en a envie (ou dès que vous pensez qu'il en a envie).

Adapter les toilettes à la taille de l'enfant

Pour l'apprentissage, utilisez un pot posé à terre.

Puis, lorsque l'enfant grandit, aménagez-lui de bonnes conditions à la défécation aux toilettes. Pour pouvoir pousser, votre enfant doit s'appuyer sur un plan fixe. Il ne peut pas déféquer s'il est en position instable, s'il est suspendu à la cuvette des WC parce que ses pieds ne touchent pas par terre. Pour cela, posez un réducteur de lunette, procurez-lui, si ses jambes sont encore trop courtes, un petit banc pour que ses pieds puissent y prendre appui.

Comprendre avec des images et des mots simples

Pour éviter la constipation, il est important d'avoir une bonne alimentation. Vous pouvez lire la bande dessinée [Mieux manger – pour prendre soin de ma santé](#) sur le site santebd.org. La BD décrit de manière simple ce qu'est une alimentation équilibrée et comment mieux manger.

IV- Fiche conseil destinée aux parents

Mon enfant a
2 ans ou +

Mon enfant est constipé s'il a des selles :

- 2 fois par semaine ou moins
- Ou des selles **douloureuses** ou **dures**

8 CHOSES A FAIRE POUR PREVENIR LA CONSTIPATION

Si un médicament est prescrit :

Je respecte la durée sur l'ordonnance (au moins 1 mois) même si les symptômes sont résolus

1 Je propose à mon enfant de SE RENDRE AUX TOILETTES



Une fois par jour à heure fixe
Au moins 5 minutes
Après un repas



J'incite mon enfant à

2 BOIRE DE L'EAU

Pendant et en dehors des repas



3 J'incite mon enfant à AVOIR UNE ACTIVITE PHYSIQUE






Tous les jours



Je limite :

- Le riz blanc
- Les pâtes blanches
- Le chocolat
- Les confiseries
- Les sodas

5 Je propose à mon enfant plus de

- Légumes verts 
- Légumineuses 
- Fruits 
- Céréales complètes 
- Céréales au son 

6 Je lui fournis un ENVIRONNEMENT FAVORABLE

- Toilettes adaptées à sa taille
- Intimité
- Autonomie

7 Je surveille son transit

En fonction de son âge,
Je le questionne
Ou je contrôle visuellement

8 J'adopte envers mon enfant une ATTITUDE POSITIVE

- Je propose **sans contraindre**
- Je le rassure, l'encourage et lui donne des explications
- Je **ne le réprimande pas** à propos de son transit
- Je **ne m'énerve pas** et tente de ne pas lui montrer mon inquiétude

DETACHEZ-MOI !

Pour en savoir plus retournez-moi !

Page de couverture de la fiche (Recto 1)

Bord d'attache au carnet de santé

Images : Flaticon.com, graphistes Freepik et Smashicons

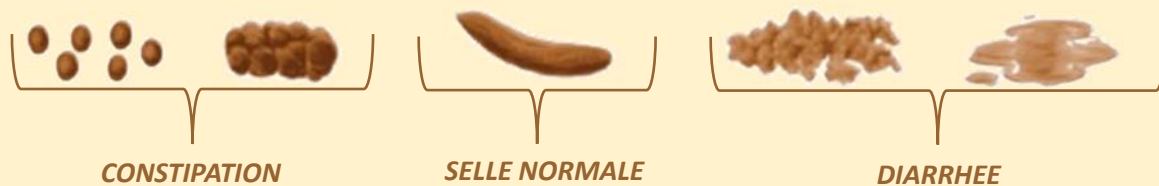
Trait de pliage

En cas de constipation, votre enfant peut présenter d'autres symptômes mais leur présence n'est pas obligatoire :

- Souiller ses sous-vêtements de selles (non volontairement)
- Avoir **mal au ventre**, moins d'appétit ou être irritable
- Faire **pipi au lit** ou avoir des infections urinaires
- Avoir besoin de **pousser** ou de **plus de temps** pour aller à la selle
- Ressentir une **évacuation incomplète** des selles

Dans tous les cas, même en dehors de toute constipation, le transit de votre enfant doit être surveillé tous les jours.

Cette surveillance comprend la **fréquence de ses selles** mais **aussi** leur **aspect** :
(soit en vérifiant par vous-même, soit en lui demandant)



Pourquoi est-ce si important ?





Parce que la constipation peut avoir des **conséquences multiples sur votre enfant** :




- **Physiques :**
 - De sévères maux de ventre
 - Une occlusion
 - Du sang dans les selles
 - Des souillures involontaires
- **Psychologiques :**
 - stress, culpabilité, honte, auto-dépréciation...
- **Scolaires :**
 - Absences scolaires
 - Manque de concentration dû à son mal-être
- **Sociales :**
 - Mise à l'écart
 - Jugement, stigmatisation
 - Refus de participer aux activités extra-scolaires par peur des souillures

Cela peut aussi avoir des **conséquences sur votre famille** :

- **Disputes** avec votre conjoint ou votre enfant par rapport à la situation de l'enfant
- **Isolement** social (par honte ou stigmatisation)
- Baisse des **activités** en famille (liées à la difficulté de prévoir et gérer les souillures)

La constipation peut être favorisée par :

- Une **alimentation** déséquilibrée 
- Un manque d'**activité physique** 
- Une cause **psychologique** dont le stress 
- Un **manque de temps** dédié au passage aux toilettes 
- Un **environnement inadapté**

- Un manque d'**hydratation** 
- Le fait de **se retenir**
- Un manque de **sommeil** 
- Le **pot** débuté **trop tôt** (< 18mois) 

La suite en page 3 →

L'environnement :

Votre enfant doit pouvoir aller aux toilettes :

- **Seul** (vêtements faciles à retirer, papier toilette disponible)
- En toute **intimité** (porte fermée).



Il doit s'y sentir confortable, il faut donc les **adapter à sa taille** (pot, réducteur de siège, repose-pieds).

Comment reconnaître un comportement de rétention ?

Votre enfant peut adopter différentes **positions pour retenir ses selles** :

- Croiser les jambes
- S'accroupir
- Se tenir les fesses
- Se pencher en avant ou se plier
- Se mettre sur la pointe des pieds

En quoi se retenir favorise la constipation ?

Plus votre enfant **se retient** et plus ses **selles perdent l'eau** qu'elles contiennent. Celle-ci est absorbée par le corps à travers la paroi du côlon. Les selles deviennent alors **de plus en plus dures** et à force de se retenir elles **s'accumulent**.

Cela peut provoquer des **douleurs** lors de l'évacuation des selles, ce qui le pousse à **se retenir encore plus**, par peur d'avoir mal, et entretient ce **cercle vicieux**.

Lorsque les selles se sont trop accumulées, un **gros bouchon de selles dures** se forme, difficile à évacuer. L'anus de votre enfant ne pourra plus se fermer totalement et des **selles liquides** glisseront de façon **incontrôlable** le long de ce bouchon et souilleront ses sous-vêtements.

Il est donc important que votre enfant prenne le temps d'aller aux toilettes.

Il est recommandé d'instaurer une « **routine intestinale** » : proposez à votre enfant de se rendre aux toilettes **toujours à la même heure**, afin d'habituer son corps à cet horaire.

Par la suite, votre enfant devrait éprouver une sensation de besoin à cet horaire.



L'horaire idéal est **après un repas**, car il favorise le voyage des selles jusqu'à l'anus (appelé transit).



ATTENTION : N'instaurer **pas la propreté avant 18 mois**. Avant cet âge votre enfant n'est pas assez mature pour cet apprentissage. Cela peut générer frustration, appréhension et donc constipation.



L'hydratation est également utile.

Elle permet de maintenir des selles molles, plus faciles à évacuer.

Proposez à votre enfant de l'eau **aussi souvent que possible**.



On recommande au moins 1 litre d'eau pour un enfant de 10kg, au moins 1,5 litre pour un enfant de 20kg et 2 litres pour un enfant de 45kg.

La seule boisson dont votre enfant a besoin c'est l'EAU !

L'activité physique :

L'exercice physique favorise aussi le voyage des selles dans l'intestin jusqu'à l'anus. Une **activité physique** modérée d'au moins **60 minutes par jour** est recommandée. Celle-ci ne doit pas être obligatoirement une activité sportive.



Cela peut être :

- Aller à l'école à pied ou à vélo
- Jouer à des jeux en plein air (saut à la corde, ballon...)

Quels aliments donner à votre enfant ?



Une alimentation riche en fibres (0,5 g/kg/jour) est recommandée.

Les fibres retiennent l'eau dans les selles ce qui les ramollit et les rend plus faciles à évacuer. Elles accélèrent aussi le transit des selles dans l'intestin.

Les aliments constipants tels que les confiseries (bonbons, confitures), les sodas, le chocolat, la pomme crue (sans la peau) et les pâtes/riz blancs sont à limiter de façon général et à éviter si votre enfant est constipé.

Quels sont les aliments riches en fibres ?

Céréales complètes/ au son, Fruits secs, Légumineuses mais aussi Légumes verts et Fruits frais.

Exemples d'aliments riches en fibres :

Lentilles, pruneau

Flageolet cuit

Datte séchée, framboises

Haricot rouge, Figue sèche

Pâte/pain complet, petit-pois

Poire (avec la peau), Brocoli, Epinard, Haricot vert

Son de blé = 40-45 g

Son d'avoine

Les causes psychologiques :

Le **stress** favorise la constipation (*harcèlement, tension intra-familiale, pression scolaire...*). Le **manque de sommeil** est aussi source de stress psychologique et votre enfant peut ne pas aller aux toilettes par fatigue.



Votre enfant peut souffrir d'une « **phobie de la défécation** » par **peur de perdre une partie de lui-même**.

Il faut donc lui **expliquer ce que sont ses selles, ce qu'elles deviennent** après leur passage aux toilettes et le **cycle de la vie**.

Consulter un **psychologue** peut être utile pour comprendre ce qui le perturbe. Des dispositifs gratuits existent, **parlez-en avec votre médecin**.

Votre **attitude** peut aussi l'impacter, essayez de **valoriser** ses progrès. Un calendrier des selles avec système de récompense peut être utile.

En cas de question, si vous n'avez pas accès à un professionnel de santé :

Sites internet :

- Ameli.fr
- Vidal.fr
- 1000-premiers-jours.fr
- mpedia.fr



Livres sur la constipation :

- « *Guérir la Constipation et l'Encoprésie de votre enfant* » par Dr Yvan BOURGEOIS
- Pour les enfants :
 - Vidéo « Firmin l'intestin » par l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire, disponible en accès libre sur internet
 - De 2 à 7 ans :
 - « *Caca prout* » par Dr Catherine DOLTO
 - « *Le grand voyage de monsieur Caca* » ou « *Le nouveau voyage de monsieur Caca* » par Angèle DELAUNOIS et Marie LAFRANCE

Résumé

Constipation fonctionnelle chez les 2-15 ans : Évaluation des connaissances et besoins des parents habitant dans la Somme pour élaboration d'une fiche pratique

La constipation fonctionnelle de l'enfant est fréquente et a de nombreuses conséquences. Les parents samariens semblent peu conscients de ce problème, ce qui conduit à des consultations aux urgences et des dépenses évitables. Des fiches informatives existent mais ne prennent pas en compte les besoins et les connaissances des parents à ce sujet. Peu de recherches ont été menées en France et aucune dans la Somme.

Cette étude visait à explorer les connaissances et ressentis des parents samariens sur la constipation fonctionnelle infantile ainsi que leurs moyens d'information afin de réaliser une fiche conseil adaptée. Le questionnaire électronique anonyme a été rempli volontairement par des parents samariens d'enfants de 2 à 15 ans.

La moyenne des notes des parents était de 9,64/20. 47% des parents ont obtenu une note $\geq 50\%$ et 1% une note $\geq 75\%$. Un lien significatif existait entre de meilleures connaissances et être professionnel de santé. La majorité des parents consultaient un professionnel de santé, internet ou leur entourage en cas de questions. La plupart étaient favorables à l'élaboration d'une fiche.

Les parents samariens ont des connaissances insuffisantes sur la constipation fonctionnelle infantile et ressentent un besoin d'information. Une étude interrogeant plus de parents, voire à l'échelle nationale, est nécessaire pour confirmer nos résultats et explorer davantage les connaissances des parents. Explorer l'usage du carnet de santé par les parents serait intéressant. Etudier l'impact de la fiche élaborée et le ressenti des parents sur celle-ci permettrait d'améliorer son contenu. Explorer les connaissances des professionnels de santé samariens paraît nécessaire.

Mots-clés : Constipation, Infantile, Parents, Connaissances, Information, Fiche

Summary

Functional constipation in children age 2-15: Assessment of the knowledge and needs of parents living in the Somme region, for the development of a practical guide

Functional constipation in children is common and has many consequences. Parents in the Somme region seem to be largely unaware of this issue, which leads to emergency consultations and avoidable expenditures. Information brochures are available, but they do not take into account the needs and knowledge of parents on this subject. Few research has been carried out in France, and none in Somme.

This study aimed to explore the knowledge and feelings of parents in the Somme about infantile functional constipation, as well as their sources of information, in order to create an appropriate advice brochure. The anonymous electronic questionnaire was voluntarily completed by parents of children between 2 and 15 years old.

The average score for parents was 9,64/20. 47% of parents scored $\geq 50\%$ and 1% scored $\geq 75\%$. There was a significant association between better knowledge and being a healthcare professional. The majority of parents consulted a healthcare professional, the internet, or friends and family if they had any questions. Most were in favor of drawing up an information brochure.

Parents in the Somme have insufficient knowledge about infantile functional constipation and feel a need of information. A larger study involving more parents, possibly on a national scale, is necessary to confirm our results and further explore parents' knowledge. It would be interesting to explore parents' use of the health record. Studying the impact of the advice brochure created and parents' perceptions of it would help to improve its content. It would also be necessary to explore the knowledge of healthcare professionals in the Somme region.

Keywords: Constipation, Infantile, Parents, Knowledge, Information, Brochure