

Sous la direction de
Jehan-François Desjeux et Mahmoud Touhami

**ALIMENTATION,
GÉNÉTIQUE
ET SANTÉ
DE L'ENFANT**

L'Harmattan



ALIMENTATION, GÉNÉTIQUE ET SANTÉ DE L'ENFANT

Le choix des aliments est encore trop souvent limité dans de nombreux pays. A l'inverse, la diversité offerte par les étalages peut être embarrassante dans les sociétés fortement industrialisées. Dans l'un et l'autre cas, il faudrait tenir compte du fait que l'enfant peut manifester des intolérances à certains constituants alimentaires, comme les protéines du lait de vache ou le gluten de certaines céréales. Des études récentes montrent que ces intolérances peuvent être favorisées par la constitution génétique, d'où l'idée qui est actuellement explorée que certaines maladies génétiques comme le diabète insulino-dépendant pourraient être favorisées par des facteurs alimentaires.

Quoi qu'il en soit, il est bien établi que la santé de l'enfant dépend en grande partie de son alimentation. Celle-ci est nécessaire pour une croissance harmonieuse. Encore faut-il que ses qualités hygiéniques et sa composition soient appropriées. Ainsi le nourrisson, au moment du sevrage de l'allaitement maternel, risque des infections digestives du fait de la contamination bactérienne ou parasitaire de l'alimentation qui lui est offerte.

Ce livre rassemble des études menées par des épidémiologistes, des pédiatres, des physiologistes, des microbiologistes, des généticiens, des économistes et des sociologues qui depuis des années essaient d'analyser ces relations entre alimentation, génétique et santé de l'enfant. Cette recherche se veut résolument opérationnelle, c'est-à-dire destinée à améliorer le plus rapidement possible la santé de l'enfant.

ISBN : 2-7384-2509-7

**Pourquoi,
dans le traitement de la diarrhée,
la thérapie par voie orale
est-elle associée à des médicaments ?***

Dominique Desjeux, Isabelle Favre,
Joëlle Simongiovani, Laurence Varga,
Marie-Hélène Caillol, Sophie Taponier.

Introduction

En 1988, l'OMS publiait une note sur les médicaments dans le traitement de la diarrhée aiguë du nourrisson et du jeune enfant. Il y était écrit que près de 90% des enfants ayant une diarrhée aqueuse et qui se présentent aux centres de soins peuvent être traités avec succès uniquement par la réhydratation orale et l'alimentation. Les antibiotiques et antiparasites ne devraient être réservés qu'à des situations bien spécifiques. En fait, la réhydratation est la seule méthode thérapeutique dont l'efficacité soit prouvée. Compte tenu de son faible coût, les économies réalisées de par son utilisation devraient être importantes (6).

Or, une première enquête menée pendant deux périodes propices à l'observation d'épisodes diarrhéiques à Oran, en Algérie, sur deux dispensaires et un service spécialisé en juillet-août 1990 (2) a montré que les Sels de Réhydratation Orale (SRO) sont peu ou pas du tout préconisés par certains médecins, et que quand ils sont préconisés, ils sont souvent associés à d'autres médicaments.

Il existe donc un paradoxe de la réhydratation orale. En effet, comment expliquer qu'il existe un écart entre la recommandation médicale dont la validité est reconnue par les médecins praticiens eux-mêmes, et les pratiques réelles de ces mêmes médecins ?

L'hypothèse qui est à l'origine de cette étude est que cet écart n'est pas principalement dû à un manque d'éducation, puisque la plupart des

* Correspondance : D Desjeux, Argonautes, 8, rue des Immeubles Industriels, 75011 Paris.

médecins et des familles rencontrées connaissent les SRO et les dangers de la diarrhée. Plutôt, l'écart serait principalement dû au fait que la réhydratation par voie orale ne correspond pas à l'attente des familles qui viennent consulter. En d'autres termes, l'écart viendrait de l'absence de rencontre entre la démarche médicale et la démarche de la famille.

Méthode

Pour vérifier cette hypothèse six chercheurs en ethnologie et sociologie ont mené une enquête anthropologique comparative et qualitative sur cinq sites : A Oran (Algérie) et à Bangkok (Thaïlande) pour les deux enquêtes approfondies, au Caire (Egypte), à Beijing et à Urumqui (Chine) pour les deux enquêtes exploratoires (1).

Les critères du choix des sites

Ces critères ont été les suivants : la diversité des univers culturels en matière de thérapie (des cultures orientales, des cultures arabomusulmanes), des quartiers urbains touchés par la diarrhée, enfin des dispensaires ou des hôpitaux chargés de préconiser les SRO (sauf pour la Chine où le choix des quartiers et dispensaires n'a pu se faire qu'à partir d'un réseau social informel).

Les techniques de recueil de l'information

Afin de reconstituer les démarches ou les pratiques réelles des familles et des médecins, des interviews en profondeur, de une à trois heures, ont été menés sur le lieu de travail ou d'habitat.

Les pratiques de soin ou de diagnostic ont été observées sur une demi-journée, sur les lieux de prise de décision des familles ou des médecins (dans le quartier, la maison, le dispensaire, la pharmacie).

Le contenu a été analysé par thème, et suivant une méthode des itinéraires, en reconstituant les étapes de la décision et les facteurs qui influent dans la décision.

Les discussions étaient menées en français, en chinois, en arabe, et en anglais, avec l'aide de traducteurs et d'ethnologues bilingues franco-arabe, anglo-arabe et franco-thaï.

Les résultats obtenus étaient constitués de notes écrites prises pendant et après les interviews, de descriptions des observations notées par écrit, de photos de l'environnement. L'enquête a porté sur les pratiques familiales d'auto-médication, de soins traditionnels ou de recours à la biomédecine. Dans le cadre de la biomédecine, elle a porté sur les SRO préconisés par l'OMS, et sur la diversité des thérapies préconisées par les médecins publics ou privés.

Critères de choix des observations et interviewés

Le choix des familles était réalisé sur le lieu du dispensaire au moment où elles apportaient leur enfant ; il leur était demandé si elles acceptaient de recevoir les chercheurs chez elles, dans leur quartier. Il devait donc avoir existé au moins une diarrhée importante dans la famille dans l'année.

Les médecins choisis étaient des pédiatres, en service public et en service privé, connaissant les SRO, qu'ils les préconisent ou non.

Les pharmaciens choisis devaient vendre des produits contre la diarrhée, biomédicaux ou traditionnels.

Le nombre moyen d'observations par site était de 25 familles ayant des enfants de 0 à 2 ans, 10 médecins et 8 pharmaciens.

Résultats

Les signes de la maladie et des soins vus par les familles

Trois constats ont été faits dans ce domaine :

1) La diarrhée n'est pas toujours considérée comme une maladie par les familles. Elle est même considérée comme un signe normal du développement de l'enfant (en Egypte et en Chine), ou comme un signe positif : Elle signifie notamment que le passage à la station assise puis debout s'est bien fait (en Thaïlande).

Quand la diarrhée est repérée comme une maladie, elle est le plus souvent considérée comme une maladie banale et bénigne.

2) Toutes les sociétés distinguent cependant une diarrhée bénigne et une diarrhée grave.

Chaque culture, voire chaque famille, se construit une échelle de gravité. Cette échelle est variable. Ceci explique pourquoi certaines familles vont aller consulter aux premiers signes, et d'autres après quinze jours de diarrhée.

Cependant les signes de la gravité sont en général associés à l'augmentation des selles, à une modification inquiétante du comportement de l'enfant (pleurs, faiblesse, refus de manger) et à l'apparition de nouveaux signes comme le sang.

3) Quelle que soit la culture, la diarrhée n'est jamais vécue de façon dramatique, au contraire des maladies comme le Sida en Europe par exemple. C'est une maladie "prosaïque".

Le fait que cette maladie soit considérée le plus souvent comme banale oblige les concepteurs des campagnes sanitaires publiques à dramatiser les dangers réels de la diarrhée. L'information dramatique sensibilise les familles, mais crée en même temps une attente plus forte en matière de soins. Notamment, les familles s'attendent à un médicament prestigieux en terme d'emballage ou de coût par exemple.

Mais surtout, elles attendent un arrêt immédiat de la diarrhée. Le choix des itinéraires thérapeutiques va se faire en fonction de ces attentes.

Itinéraires thérapeutiques familiaux et prescriptions médicales

Quatre constats ont été établis dans ce domaine :

- 1) L'observation et les interviews font ressortir une grande diversité des itinéraires thérapeutiques : Les familles choisissent alternativement de recourir à l'hôpital ou au dispensaire, à la médecine traditionnelle, au médecin privé (sauf en Chine où il n'existe pas de médecine privée biomédicale) ou au pharmacien. Les médecins sont donc dans une situation de concurrence en matière de soin.
- 2) Dans le cas de la diarrhée, les patients ne sont pas sensibles aux signes de l'arrêt de la déshydratation. Ceux-ci sont invisibles. Les familles sont sensibles à la suppression des signes visibles de la diarrhée : plus de selles liquides, plus de pleurs de l'enfant, plus de sang, etc...
- 3) Les médecins sont dans une situation d'incertitude quant au diagnostic. Sans un examen de laboratoire, ils ne peuvent savoir de façon sûre si la diarrhée est bactérienne ou virale, or l'examen de laboratoire n'est pas toujours possible pour des raisons de coût ou d'éloignement géographique.
- 4) L'observation et la reconstitution des pratiques font ressortir que pour les médecins privés et même publics, la base du traitement biomédical contre la diarrhée peut comprendre jusqu'à cinq ou six médicaments : un anti-diarrhéique, un anti-émétique, un médicament contre les accès de fièvre, souvent des antibiotiques, et éventuellement des SRO.

Les pratiques et les opinions des familles par rapport aux SRO

Deux constats ont été relevés ici :

- 1) L'observation des pratiques de réhydratation par voie orale en milieu familial montre que les familles ont du mal à appliquer les règles prescrites. On constate souvent que le sachet de sel est versé d'un seul coup dans le biberon et non pas donné à la petite cuillère sur une durée plus longue.
- 2) Les SRO ont une image négative car, suivant les familles, ils ne paraissent pas efficaces. La maman (ou la belle-mère en Algérie) ne voit pas l'arrêt de la diarrhée. Ils n'apparaissent pas sérieux face aux dangers annoncés par les campagnes d'information.

Discussions

L'enquête sur les pratiques médicales dans les quatre pays confirme qu'il y a un écart entre les préconisations de l'OMS et la réalité des prescriptions médicales.

Cette enquête montre en outre que les itinéraires des familles et des praticiens ne sont pas convergents. Elle fait donc ressortir le paradoxe suivant : L'efficacité et la validité scientifique, la simplicité de fabrication et le faible coût d'un traitement peuvent aller à l'encontre de la diffusion élargie de ce traitement.

Ainsi, pour que la réhydratation par voie orale soit utilisée par les familles, l'analyse sociologique montre qu'il faudrait remplir cinq conditions, dont une seule est atteinte :

- 1) Une condition scientifique où la réhydratation orale a fait la preuve de son efficacité ; c'est la seule condition véritablement remplie (3).
- 2) Une condition culturelle où les familles doivent considérer la diarrhée comme une maladie ; or ce n'est pas toujours le cas.
- 3) Une condition sémiologique où les signes de l'efficacité du traitement doivent être visibles pour les familles ; or les SRO n'arrêtent pas les signes de la diarrhée.
- 4) Une condition stratégique où le traitement ne doit pas menacer les médecins dans leur compétence ; or les SRO les menacent (4, 5).
- 5) Une condition informative où la communication ne doit pas faire apparaître une contradiction entre la dramatisation de la maladie et l'aspect banal du traitement. Or les SRO se présentent dans un emballage qui ne fait pas sérieux aux yeux des familles, et qui est dévalorisant aux yeux du médecin.

Recommandations

Le développement de l'adoption du traitement par voie orale est conditionné par une meilleure prise en compte des contraintes qui pèsent sur les médecins dans leurs pratiques quotidiennes de prescription et par rapport à leur souci de carrière ; et peut-être également par la mise au point d'un médicament qui, associé aux SRO, permettrait d'arrêter les signes de la diarrhée sans les inconvénients des traitements biomédicaux habituels appliqués aux enfants de moins de deux ans.

Références

- 1) Desjeux D, Favre I, Simongiovani J. Anthropologie d'une maladie ordinaire. Etude de la diarrhée de l'enfant en Algérie, Thaïlande, Chine et Egypte. Paris, L'Harmattan, 1993.
- 2) Desjeux D. La diarrhée de l'enfant en Algérie : Itinéraires thérapeutiques et choix familiaux. In : Colloque "La santé de la mère et de l'enfant", éditions de l'UNESCO, Paris, 1991 pp 133-8

- 3) Desjeux JF. Les maladies de l'eau. In : L'eau, quels enjeux pour les sociétés rurales ? D.Desjeux ed, Paris, L'Harmattan, 1985:193-204.
- 4) Freidson E. Client control and medical practice. *American Journal of Sociology*, 1960:374-82.
- 5) Freidson E. *Profession of medicine*. New-York, Harper and Row, 1970.
- 6) WHO. *Diarrhoeal Disease Control Programme*, 1988.