



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Année 2014

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

N°

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Claire SELLIER-JOLIOT

Le 23 mai 2014

LES RECOMMANDATIONS AFSSAPS DE 2005 N'ONT PAS MODIFIÉ LA PRISE EN CHARGE DE LA FIÈVRE DE L'ENFANT PAR LES PARENTS

Examineurs de la thèse :

M. le Pr Jean-Marc BOIVIN	Professeur des Universités	Président
M. le Pr François KOHLER	Professeur	Juge
M. le Pr Cyril SCHWEITZER	Professeur	Juge
Mr. le Pr Paolo DI PATRIZIO	Professeur Associé	Juge et directeur

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Année 2014

N°

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Claire SELLIER-JOLIOT

Le 23 mai 2014

LES RECOMMANDATIONS AFSSAPS DE 2005 N'ONT PAS MODIFIÉ LA PRISE EN CHARGE DE LA FIÈVRE DE L'ENFANT PAR LES PARENTS

Examineurs de la thèse :

M. le Pr Jean-Marc BOIVIN	Professeur des Universités	Président
M. le Pr François KOHLER	Professeur	Juge
M. le Pr Cyril SCHWEITZER	Professeur	Juge
Mr. le Pr Paolo DI PATRIZIO	Professeur Associé	Juge et directeur

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Finances »

Vice-Doyen « Formation permanente »

Vice-Doyen « Vie étudiante »

: **Professeur Marc BRAUN**

: **Professeur Hervé VESPIGNANI**

: **M. Pierre-Olivier BRICE**

Assesseurs

- 1 ^{er} Cycle et délégué FMN Paces :	Docteur Mathias POUSSEL
- 2 ^{ème} Cycle :	Mme la Professeure Marie-Reine LOSSER
- 3 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
• « <i>DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques</i> »	
• « <i>DES Spécialité Médecine Générale</i> »	Professeur Associé Paolo DI PATRIZIO
• « <i>Gestion DU – DIU</i> »	Mme la Professeure I. CHARY-VALKENAERE
- Plan campus :	Professeur Bruno LEHEUP
- Ecole de chirurgie et nouvelles pédagogies :	Professeur Laurent BRESLER
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Relations Internationales :	Professeur Jacques HUBERT
- Mono appartenants, filières professionnalisantes :	Docteur Christophe NEMOS
- Vie Universitaire et Commission vie Facultaire :	Docteur Stéphane ZUILY
- Affaires juridiques, modernisation et gestions partenaires externes:	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Réingénierie professions paramédicales :	Mme la Professeure Annick BARBAUD

DOYENS HONORAIRES

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

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
 Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
 Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER
 Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
 Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
 Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
 Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE
 Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN
 Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE
 Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN
 Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL
 Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND
 René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
 Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT
 Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL
 Professeur Michel BOULANGE – Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Jean-Pierre CRANCE
 Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ
 Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD
 Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER
 Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET
 Professeur Michel WAYOFF

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

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

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

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

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

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

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

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

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

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUSSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

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

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

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

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

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

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

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

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

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

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX
=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER
=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur associé Paolo DI PATRIZIO
=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

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

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

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

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

3^{ème} sous-section : (Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : oncologie (type mixte : biologique))

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

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

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Docteure Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANTHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

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

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

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

A notre Président de jury,

Monsieur le Professeur Jean-Marc BOIVIN Professeur des Universités de Médecine Générale

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider cette thèse.

Votre amabilité, votre dévouement pour ce travail et votre compétence ont suscité mon admiration.

Veillez trouver ici le témoignage de notre respect et de notre sincère reconnaissance pour nous avoir permis de réaliser ce travail.

A notre Juge,

Monsieur le Professeur François KOHLER

Professeur de Biostatistiques et d'Informatique Médicale

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail et de nous faire l'honneur d'en être juge.

A notre Juge,

Monsieur le Professeur Cyril SCHWEITZER

Professeur de Pédiatrie

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail et de nous faire l'honneur d'en être juge.

A notre Juge,

Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO

Professeur Associé de Médecine Générale

Vous m'avez fait le grand honneur d'accepter de me diriger dans ce travail avec bienveillance et rigueur. Votre attachement au travail bien fait est l'objet de ma considération.

Votre amabilité, votre dévouement pour ce travail et votre compétence ont suscité mon admiration.

J'espère être digne de la confiance que vous avez placée en moi en me guidant dans l'élaboration et la mise au point de ce travail.

Veillez trouver dans ce travail le témoignage de ma gratitude et l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

Merci :

- au Rectorat de l'Académie de Nancy-Metz,
à M. LOUVET, Directeur académique des services de l'éducation nationale de Moselle
et au Dr MULLER, Médecin scolaire du département de Moselle.
- aux écoles de l'agglomération messine et au service de la Protection Maternelle et Infantile de Moselle pour leur participation.
- Mme MINARY, statisticienne au service d'épidémiologie et d'évaluation cliniques du CHU de Nancy pour son aide précieuse.

À mes parents qui ont enfin fini mon éducation !

Merci à tous ceux qui m'ont aidé et soutenu pendant mes années d'études et pour la réalisation de ma thèse.

Serment

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

Serment.....	14
1/ Introduction	19
2/ Méthode et matériel	20
3/ Résultats	21
3.1/ Diagnostic de la fièvre (Tableau 2)	22
3.2/ Prise en charge de la fièvre (Tableau 3).....	23
3.2.1/ Traitement médicamenteux.....	23
3.2.2/ Traitement physique	24
3.3/ Ressenti et gravité du syndrome fébrile (Tableau 4)	25
3.4/ Sources d'information	28
4/ Discussion	28
4.1/ La fièvre.....	29
4.2/ Prise en charge physique de la fièvre.....	30
4.3/ Usage des antipyrétiques	30
4.4/ Consommation de service de soins	31
4.5/ Biais et limites de notre étude.....	33
5/ Conclusion.....	33
Bibliographie	35
Annexe 1 : Questionnaire distribué en 2006 et 2012.....	44

LES RECOMMANDATIONS AFSSAPS DE 2005 N'ONT PAS MODIFIÉ LA PRISE EN CHARGE DE LA FIÈVRE DE L'ENFANT PAR LES PARENTS

**ENQUETE TRANSVERSALE D'OPINION MENEES EN 2006 ET 2012 AUPRES DE 2311 PARENTS
DE L'AGGLOMERATION MESSINE.**

C. SELLIER-JOLIOT^a, P. DI PATRIZIO^a, L. MINARY^c, J.M. BOIVIN^{a,b}.

^a Département de médecine Générale, Faculté de Médecine de Nancy, Université de Lorraine.

^b CIC-P-INSERM CHU de Nancy

^c CHU Nancy, Pôle S2R, Epidémiologie et évaluation clinique, Nancy, F-54000, France

Professeur Jean-Marc Boivin

Faculté de Médecine de Nancy

Département de Médecine Générale

9 avenue de la Forêt de Haye

54505 Vandoeuvre-lès-Nancy

Tél. : 03.83.68.30.00

E-mail : jmarc-boivin@orange.fr

Introduction

La fièvre de l'enfant est fréquente. Souvent bénigne, sa prise en charge initiale incombe aux parents : traitement médicamenteux et motifs de consultation médicale. Malheureusement, l'efficacité parentale est médiocre. En 2005, l'AFSSAPS a donc réactualisé ses recommandations.

Ce travail évalue, 6 ans après leur parution, leur impact en décrivant et en comparant les connaissances et le comportement des parents face à la fièvre de l'enfant.

Matériel et méthode

Cette enquête a été réalisée parmi les familles d'enfants scolarisés dans les écoles maternelles de l'agglomération messine en 2006 et 2012. Le même questionnaire a été distribué afin d'évaluer les connaissances, la prise en charge et les signes de gravité de la fièvre. Les résultats ont été traités selon le nombre d'enfants et la catégorie socio-professionnelle de la famille.

Résultats

En 2006, 1038 questionnaires ont été exploités, et 1273 en 2012.

Le seuil de fièvre n'est pas mieux connu aujourd'hui. Le bain et découvrir l'enfant restent les méthodes physiques dominantes. Le traitement est basé sur la pratique de l'alternance thérapeutique et l'usage des AINS. En revanche, les modalités d'administration des médicaments sont aujourd'hui bien maîtrisées. Les causes et les motifs de consultation ne sont pas mieux appréhendés en 2012. Les principales sources d'information sont les médecins.

Discussion

Le message diffusé depuis 2005 n'est pas efficace. Sa complexité n'a pas eu raison des anciennes croyances et des pratiques parentales inadaptées. Il faut organiser une campagne basée sur un message simple et bref, plus à même d'être intégré par le grand public et harmoniser les pratiques médicales.

Introduction

Fever in children is frequent. Often mild, the first coverage (ou initial coverage ?) is the parent's responsibility : medicinal treatments and motives for medical consultations. Unfortunately, parental efficiency is poor. Therefore, in 2005, the AFSSAPS updated its recommendations.

This study rates, six years after their publishing, their impact by describing and comparing parent's knowledge and behaviour towards fever in children.

Material and method

This survey was established among families whose children were attending pre-school in and near Metz (France) in 2006 and 2012. The same questionnaire was given in order to assess the knowledge, the coverage and the symptoms of serious fever. The results were read according to the family's number of children and socio-professional category.

Results

In 2006, 1038 questionnaires were handed out and 1273 in 2012. The fever's threshold is not better known nowadays. Bathing and baring children remain the predominant physical methods. The treatment is based on the use of ibuprofen and the practice of therapeutic alternating. However, the conditions of administering medication are well mastered. Causes and motives for consultation are not better apprehended in 2012 though. The main sources of information are physicians.

Discussion

The message which has been spread since 2005 is not efficient. Its complexity has not overwhelmed old beliefs and inappropriate parental practices. A campaign based on a brief, simple message has to be organised, which will have more chances to be integrated by the public. Medical practices have to be harmonised.

1/ Introduction

La fièvre chez l'enfant est un symptôme fréquent. Elle peut parfois être révélatrice d'une maladie grave mais son origine est le plus souvent bénigne [1-2]. Ses complications sont bien connues aujourd'hui : les convulsions fébriles surviennent chez des enfants prédisposés génétiquement, quelle que soit le niveau de la fièvre et en dépit de l'administration d'antipyrétique ou d'anticonvulsivant. La déshydratation et l'hyperthermie maligne sont secondaires au dépassement des capacités fébrifuges de l'organisme et sont facilement prévenues en évitant de réchauffer exagérément l'enfant [3-4-5-6-7].

La fréquence de la fièvre rend nécessaire l'autonomisation des parents quant à sa prise en charge. Ils doivent d'une part connaître les signes d'alerte qui justifient une consultation médicale et d'autre part maîtriser les règles d'administration des antipyrétiques [8-9].

Toutefois, la fièvre de l'enfant continue de générer de très nombreuses consultations médicales injustifiées et ce modèle d'auto-prescription (avec la nuance que la prescription concerne une tierce personne) est à l'origine de nombreuses erreurs thérapeutiques potentiellement graves [10-11-12-13-14-15-16-17].

C'est pourquoi l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS, actuelle ANSM) a publié des recommandations à destination du grand public en janvier 2005 sous la forme d'une brochure de type questions/réponses. Elle reprend les recommandations qui avaient été faites aux professionnels de santé quelques mois auparavant. Afin d'en augmenter la diffusion, ces informations ont également été insérées dans les carnets de santé [18-19-20].

L'objectif principal de ce travail était d'évaluer l'impact des campagnes de sensibilisation qui ont été menées en décrivant l'évolution des connaissances et des comportements parentaux face à la fièvre de l'enfant depuis 2006.

2/ Méthode et matériel

Nous avons réalisé deux enquêtes transversales d'opinion en 2006 puis en 2012 auprès de parents d'enfants de moins de six ans scolarisés dans les écoles maternelles de la communauté de communes de Metz (57000). La méthodologie était identique en 2006 et 2012.

L'enquête a été réalisée après accord du rectorat de l'Académie Nancy-Metz dans 43 écoles maternelles de l'agglomération messine qui ont accepté de participer ainsi que dans le centre de protection maternelle et infantile de Forbach.

Nous avons distribué 2609 questionnaires en juin 2006 puis 2643 au cours du mois d'octobre 2012.

La formulation du questionnaire était volontairement dénuée de vocabulaire médical et celui-ci a été au préalable testé auprès d'un échantillonnage représentatif des répondants (annexe 1).

Les deux premières questions concernaient le diagnostic de la fièvre, les questions 3 à 6 la prise en charge. Le ressenti et l'attitude des parents face à la fièvre étaient explorés dans les questions 7 à 9 et la dernière question était consacrée aux sources d'information des parents.

Le questionnaire était à questions fermées, en dehors des questions 4B et 6 à réponses ouvertes, afin d'explorer les connaissances parentales sans influencer les réponses.

Les caractéristiques des familles ont été explorées : identité du répondant, âge des parents et leurs professions, nombre et âge des enfants du foyer.

Les données ont été saisies sous Microsoft[®] Excel[®]. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SAS[®] 9.3 par le service d'épidémiologie du CHU de Nancy. Les tests ont été réalisés après exclusion des réponses « non précisé ». Le test du Chi² et le test exact de Fisher ont été utilisés pour les comparaisons de pourcentages, les tests de Student pour les comparaisons de moyennes.

La profession des parents a été catégorisée selon les 4 groupes définis par l'INSEE : « sans activité », « salarié », « intermédiaire » et « indépendant ». Si les deux parents étaient en

activité, la plus « élevée » des deux catégories socioprofessionnelles (CSP) était attribuée à la famille.

Les établissements scolaires ont été classés en 3 groupes : « centre ville » regroupant des parents au niveau socio-économique élevé, « ZEP » tels que définis par le rectorat et les établissements « intermédiaires ».

Les familles ont été regroupées selon le nombre d'enfants : un, deux ou plus d'enfants.

A la question 4B, les réponses ont été groupées en quatre catégories « paracétamol », « AINS », « aspirine » et « autres spécialités ».

Pour la question 6, les résultats ont été classés en 11 catégories : bain ou douche à des températures adaptées ou non, hydratation adéquate ou pas, application à visée rafraîchissante ou pas, hausse ou baisse de la température ambiante, découvrir ou couvrir l'enfant et les autres réponses (repos, mise en quarantaine, consultation médicale, prise de médicament ou d'homéopathie, etc.).

3/ Résultats

Le seuil de significativité entre les réponses de 2006 et celles de 2012 a été fixé à $p < 0,05$.

En 2006, 2609 questionnaires avaient été distribués et 1038 avaient été complétés et étaient évaluable soit un taux de réponse de 39,8%.

En 2012, 2643 questionnaires ont été distribués et 1273 ont été complétés et étaient évaluable soit un taux de réponse de 48,2%.

Les caractéristiques des populations étudiées en 2006 et 2012 sont détaillées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques des populations étudiées

	2006	2012	Différence
CSP des répondants :			
Sans activité	6%	3,4%	p<0,0001
Salarié	42,4%	30,4%	
Intermédiaire	10,3%	31,4%	
Indépendant	41,3%	34,8%	
Nombre d'enfant de la fratrie			
1 enfant	24,8%	29,2%	p=0,0013
2 enfants	45,8%	47,7%	
Plus de 2 enfants	29,4%	23,1%	
Nombre moyen d'enfant par famille	2,2	2	p=0,0011
Sexe du répondant			
La mère	79%	71,9%	p<0,0001
Le père	17,4%	4,8%	
Les deux	2,8%	22,2%	
Autres (précisez)	0,8%	1,1%	
L'âge des parents			
Âge de la mère	33,7 ans	34,1 ans	p=0,1053
Âge du père	36,9 ans	36,9 ans	p=0,8814

3.1/ Diagnostic de la fièvre (Tableau 2)

Le seuil de la fièvre est globalement mieux connu même si la différence n'est pas majeure. Le nombre de répondants considérant une température inférieure à 38°C comme de la fièvre est en régression.

Les méthodes de mesure de la température corporelle de l'enfant ont fortement évoluées. Le thermomètre rectal électronique reste la référence. En revanche, son utilisation diminue au profit des thermomètres frontaux à infrarouges dont le nombre d'utilisateurs a triplé. Les thermomètres à mercure restent présents dans les foyers français. L'évaluation de la température par le toucher est la deuxième méthode la plus citée mais elle n'est pratiquement pas utilisée seule : 1,3% de citation en 2012 (Tableau 2).

Tableau 2 : Le diagnostic de fièvre

	2006	2012	Différence
Température définissant le seuil de fièvre :			
Moins de 38°C	16%	9,5%	p<0,0001
38°C	62,5%	59,5%	
38,5°C	15,6%	24,4%	
Plus de 38,5°C	6%	6,5%	
Méthodes de mesure de la température de l'enfant :			
Main sur son front	41,9%	52%	p<0,0001
Thermomètre rectal à mercure	18,9%	15,5%	p=0,031
Thermomètre rectal électronique	72,5%	55,4%	p<0,0001
Thermomètre buccal	5,8%	5,4%	p=0,714
Thermomètre tympanique	36,4%	28,7%	p<0,0001
Thermomètre frontal	10%	30,8%	p<0,0001
Thermomètre axillaire	9,4%	19,8%	p<0,0001

3.2/ Prise en charge de la fièvre (Tableau 3)

3.2.1/ Traitement médicamenteux

L'alternance thérapeutique domine largement les pratiques avec une large majorité d'association paracétamol + Ibuprofène surtout parmi les CSP élevées et les familles nombreuses. La monothérapie progresse doucement. En 2006, comme en 2012, la monothérapie est majoritairement citée par les CSP basses (40% de citation parmi les « sans activité » contre 25,4% parmi les « indépendants », $p=0,002$) et la bithérapie par les CSP élevées (citée par 72,6% d'« indépendant » et 40% de « sans activité », $p=0,002$). En revanche, il n'y a pas de différence significative entre l'utilisation de la bi ou de la monothérapie selon que les répondants considèrent la fièvre comme grave ou non.

Si le paracétamol reste la spécialité la plus mentionnée, seule ou en association, les AINS représentent aujourd'hui une concurrence sérieuse en dehors de l'aspirine dont la tendance à la disparition se confirme.

On retrouve presque deux fois moins d'associations contre-indiquées parmi les réponses. Deux spécialités à base de paracétamol étaient citées par 11,9% des répondants en 2006

contre 5,6% en 2012 ($p < 0,0001$). L'association de deux spécialités à base d'AINS est moins fréquente : 1,4% en 2006 et 0,8% en 2012. En revanche l'aspirine, quand elle a été citée, était associée à un AINS dans 1/3 des cas.

Le calcul des doses à administrer s'est très nettement amélioré puisque près de 70% des parents ne se basent que sur le poids de l'enfant contre moins de 40% en 2006. Cette réponse est d'autant plus fréquente que les CSP sont élevées et que le nombre d'enfants de la fratrie est faible.

3.2.2/ Traitement physique

Moins de 2% des parents n'ont cité que les trois mesures physiques recommandées par l'AFSSAPS. En revanche, en 2012, ils sont 88% à n'avoir cité aucune mesure inadaptée (susceptible d'aggraver l'inconfort thermique de l'enfant ou visant à le réchauffer).

Le bain reste la première méthode mentionnée bien qu'elle ait perdu 22 points en 6 ans. « Découvrir » est quasiment aussi souvent cité mais n'enregistre qu'une faible progression depuis 2006. L'hydratation et la baisse de la température ambiante restent peu citées – loin derrière les applications rafraichissantes – et sont même moins représentées en 2012.

Les réponses inadaptées sont marginales et sont principalement les bains à températures inadéquates. On les retrouve plus fréquemment parmi les familles nombreuses et les CSP basses.

Tableau 3 : Prise en charge de la fièvre

	2006	2012	Différence
Nombre de médicaments utilisés pour traiter la fièvre :			
Monothérapie	20,9%	30,7%	p<0,001
Alternance thérapeutique	74,5%	66,8%	
Spécialités antipyrétiques citées :			
Paracétamol	91,5%	98,5%	p<0,0001
Paracétamol seul	17,3%	23,8%	p<0,0001
AINS	64%	74,3%	p<0,0001
AINS seul	2,9%	1%	p<0,0001
Aspirine	16%	1,4%	p<0,0001
Fréquence d'administration du paracétamol et des AINS :			
Paracétamol			
Moins de 3 prises	10,1%	9,5%	p=0,0379
3 prises	24,3%	20,2%	
4 prises	49,8%	56,6%	
Plus de 4 prises	15,9%	13,7%	
AINS			
Moins de 3 prises	12,8%	14,5%	p=0,0110
3 prises	34,9%	26,1%	
4 prises	40,8%	49,6%	
Plus de 4 prises	11,5%	9,8%	
Calcul de la dose d'antipyrétique :			
Basée uniquement sur le poids de l'enfant	35,4%	69,5%	p<0,0001
Basée sur le poids et/ou l'âge de l'enfant	31,1%	23,5%	
Méthodes physiques associées :			
Découvrir l'enfant	65,2%	71,9%	p=7E-04
Donner un bain à une température correcte	91,9%	69,7%	p<0,0001
Donner un bain à une température inadaptée	2,3%	4%	p=0,025
Hydratation appropriée	29,4%	28,4%	p=0,593
Applications rafraîchissantes	24,6%	30,5%	p=0,002
Abaissement de la température ambiante	7,2%	6,8%	p=0,689
Réponses inadaptées	4,9%	2,7%	

3.3/ Ressenti et gravité du syndrome fébrile (Tableau 4)

La connaissance de l'origine des syndromes fébriles ne s'est globalement pas améliorée depuis 2006. L'otite, l'angine et la méningite sont les trois causes de fièvre les plus citées. Les

CSP basses ont donné plus de mauvaises réponses. Le même phénomène est observé parmi les familles avec peu d'enfants.

La conduite à tenir en cas de fièvre de l'enfant n'est pas mieux appréhendée qu'en 2006. Près de 80% des parents ont répondu donner un médicament et consulter un médecin rapidement. Les parents pour qui la fièvre évoque une pathologie grave ont plus souvent répondu qu'une consultation médicale en urgence était nécessaire (plus de 90% des répondants) mais à l'inverse, 70% des parents ayant répondu que la fièvre pouvait être bénigne ont également jugé que la consultation médicale était nécessaire.

La consultation médicale urgente est également plus fréquente parmi les CSP basses (87,2% des « sans-activité » contre 69,3% des « indépendants » en 2012). A l'inverse, les CSP élevées ont plus souvent répondu que la fièvre pouvait être bénigne, administrant un antipyrétique dans l'attente de consulter.

Enfin, en 2012, les signes de gravité associés à la fièvre ne sont pas mieux connus. Les plus cités sont : les convulsions, la fièvre durant depuis plusieurs jours, la fièvre chez l'enfant de moins de 3 mois, les troubles digestifs constants et le syndrome méningé. La somnolence, la dyspnée et l'éruption cutanée sont moins inquiétantes pour les parents. En revanche « Une fièvre qui ne diminue pas après 24h de traitement » reste très anxiogène.

Tableau 4 : Ressenti et gravité de la fièvre

	2006	2012	Différence
Causes de fièvre élevée :			
Poussée dentaire	52,9%	50,9%	p=0,345
Rhinopharyngite	46,4%	42,5%	p=0,06
Méningite	79%	72,4%	p=3E-04
Angine	79,6%	73,1%	p=3E-04
Poussée de croissance	14,2%	11,5%	p=0,047
Gastro-entérite	34,2%	30,6%	p=0,062
Otite	75,3%	76,9%	p=0,368
Allergie	5%	6,6%	p=0,099
Gestion de la fièvre par les parents :			
La fièvre doit faire craindre une maladie grave	27,1%	19,6%	p<0,0001
La fièvre peut être bénigne	29,5%	35,5%	p=0,002
Nécessite immédiatement le recours à un médecin	78,3%	76%	p=0,18
Peut attendre le lendemain	11,8%	11,9%	p=0,922
Nécessite la prise de médicament	85,8%	81%	p=0,003
Les critères de gravité de la fièvre :			
Votre enfant transpire plus que d'habitude	5,9%	7,5%	p=0,124
Votre enfant fait des convulsions	92,8%	92,3%	p=0,633
Votre enfant a du mal à s'endormir	1,6%	3,7%	p=0,002
Votre enfant a beaucoup de fièvre et moins de 3 mois	91,9%	88%	p=0,002
Votre enfant est plus pâle que d'habitude	9,8%	13,1%	p=0,014
Des boutons ou des plaques sont apparus sur la peau	57,5%	59,4%	p=0,36
Votre enfant a le nez qui coule	2,7%	1,9%	p=0,196
Votre enfant a du mal à respirer, il siffle	74,6%	72,9%	p=0,366
Votre enfant n'a pas d'appétit	5,2%	8,7%	p=0,002
Votre enfant vomit et a des diarrhées constantes	91,7%	87,6%	p=0,002
Votre enfant est plus excité que d'habitude	1,8%	1%	p=0,1
La fièvre persiste depuis plusieurs jours	92,8%	91,7%	p=0,336
Votre enfant a encore de la fièvre 24h après le début du traitement	34,2%	36,4%	p=0,287
Votre enfant a des maux de tête et des vomissements	87,3%	86,2%	p=0,439
Votre enfant n'a jamais de fièvre d'habitude	7,5%	5,8%	p=0,108
Votre enfant est somnolent	36,5%	42,4%	p=0,004
Nombre moyen de réponse par questionnaire	7,6	6,9	p<0,0001

3.4/ Sources d'information

En moyenne, les parents ont cité 3 sources d'information par questionnaire, à majorité médicales.

Moins de 40% des répondants n'ont cité que des sources médicales. Les médecins généralistes (surtout parmi les CSP basses) et les pédiatres (plus fréquemment chez les CSP élevées) sont les plus mentionnés avec respectivement 85% et 72,5% de citation.

Parmi les sources non médicales, la famille et les amis sont le plus souvent cités avec 46,4% des réponses. Internet est la seule qui soit en hausse avec 20 points de plus qu'en 2006 tout en restant malgré tout citée par moins de 25% des répondants.

4/ Discussion

A notre connaissance, notre étude est la première étude explorant l'impact au long cours de la diffusion par l'AFSSAPS des recommandations de 2005 sur les parents.

Cette étude a montré que les campagnes de sensibilisation ont été peu efficaces sur le niveau de connaissance des parents concernant la prise en charge d'un enfant fébrile :

- le thermomètre rectal reste la référence même si les thermomètres frontaux s'imposent. Le thermomètre au mercure est toujours aussi présent dans les foyers français. Le seuil de fièvre est connu par une grande majorité des parents avec une baisse du nombre de parents considérant une température inférieure à 38°C comme de la fièvre.
- le paracétamol, majoritairement cité est rattrapé par les AINS. L'alternance thérapeutique est la pratique dominante. Si la méthode de calcul de la dose est mieux appréhendée, le nombre de prises par 24 heures ne l'est pas.
- « découvrir l'enfant » est le moyen physique le plus cité mais le bain l'est presque autant.

- il n'y a pas de progression sur la connaissance des motifs et des délais de consultation médicale.

4.1/ La fièvre

Le thermomètre rectal électronique reste la méthode de mesure de la température de référence comme cela est constaté dans des études antérieures [21-22-23-24-25-26] avec toutefois, une montée en puissance du thermomètre frontal. L'engouement pour le thermomètre frontal est probablement dû à sa facilité d'utilisation (hygiène, sécurité, rapidité) et à une forte imprégnation marketing. La fiabilité des thermomètres frontaux est acceptable et ses qualités amèneront probablement à une révisions des recommandations de 2005 [22-27-28-29-30-31-32].

Dans notre étude, plus de 80% des parents définissent correctement le seuil de fièvre sans changement par rapport à 2006. Ce chiffre est confirmé par deux études américaines menées en 1980 et 2000 [33-34].

La majorité des parents qui ignorent le seuil de la fièvre donnent une valeur inférieure à 38°C. Ceci pourrait s'expliquer par la « fever phobia » ou « phobie de la fièvre » identifiée aux Etats-Unis dans les années 80 et persistante aujourd'hui quels que soient les facteurs ethniques, culturels ou familiaux. Les parents qui présentent cette phobie considèrent comme élevée et dangereuse une température de 38,5°C et pensent qu'elle risque de se compliquer (décès, dommages cérébraux, coma, convulsions, ...) [33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45]. A l'inverse, bien que nous n'ayons pas abordé cette question dans notre étude, certains parents ne mesurent pas la fièvre de leur enfant. Le diagnostic de fièvre n'est pas alors basé sur mesure de la température mais sur des signes indirects cliniques du type : modification du comportement, yeux brillants, sensation de chaleur cutanée, ... [39-46-47-48].

4.2/ Prise en charge physique de la fièvre

Notre étude montre que l'évolution des connaissances dans ce domaine reste relativement figée et perfectible. La fréquence d'application des différentes méthodes physiques – découvrir, baigner, hydrater ou appliquer des linges humides ou frais – fluctue fortement selon les différentes études qui ont été menées [22-23-31-35-49-50].

Il est difficile de préciser la cause de ces variations. Toutefois, comme cela est suggéré dans une étude qualitative Australienne de 2007 [37], les parents sont partagés entre l'angoisse causée par la fièvre et le confort de leur enfant. Le choix des méthodes physiques est peut-être déterminé en partie par les préférences et habitudes familiales. Cette hypothèse est également étayée par le fait que les parents citent fréquemment parmi les méthodes physiques : câlins, « assurer le confort de l'enfant », consoler, rassurer, ... [2-25-30-37-51-52-53].

La question des méthodes physiques utilisées était à réponse ouverte ce qui a pu entraîner quelques réponses inadaptées (bain à température « ambiante », laisser l'enfant en couches, etc.) qui sont sûrement à considérer avec précaution [53]. Toutefois ce mode de recueil permettait de ne pas influencer les répondants.

4.3/ Usage des antipyrétiques

L'utilisation des différents antipyrétiques a beaucoup évolué. Les spécialités à bases de paracétamol restent dominantes mais les AINS s'imposent. Pourtant, bien qu'il ait été prouvé que le délai d'action de l'ibuprofène est légèrement inférieur à celui du paracétamol, son efficacité est équivalente et le risque d'effet secondaire bien supérieur [8-21-22-23-25-26-31-34-37-50-54-55-56-57-58-59-60-61-62].

Le choix du médicament est influencé par les médecins. Bien que la plupart des spécialités antipyrétiques soient en accès libre, les parents basent leur choix sur les anciennes

prescriptions médicales. Les informations relayées par les médias influencent également leur choix dans une moindre mesure [8-9-26-31-37-51-63-64].

Dans notre étude, la majorité des répondeurs pratique l'alternance thérapeutique bien qu'elle ne soit pas recommandée. Les chiffres avancés par d'autres études sont très variables [21-25-31-51-54-65]. En revanche, il en ressort toujours que les parents utilisent l'alternance sur avis médical [9-31-51-62-63-64-65-66-67]. Certaines études suggèrent également que les parents utilisent la bithérapie pour mieux maîtriser le niveau de la fièvre, contrôler la survenue de complication et limiter les risques d'effet secondaire ou de surdosage des antipyrétiques [37-51-68]. **Le but du traitement pour les parents reste avant tout la baisse de la température et non le confort de l'enfant.** Le niveau de la température est toujours la principale source d'inquiétude des parents de même que la persistance du syndrome fébrile [22-25-26-33-34-35-50-51].

En ce qui concerne la méthode de calcul de la dose de médicament à administrer, on constate un net progrès : 70% des parents ont déclaré ne se baser que sur le poids de l'enfant. La modification du conditionnement des différentes spécialités antipyrétiques (retrait des anciennes mentions spécifiant l'âge de l'enfant au profit du poids, commercialisations de forme sirop avec pipettes graduées en : « dose/poids ») est probablement la mesure qui a été la plus efficace pour arriver à ce changement de comportement [8-69]. Toutefois le nombre de prises délivrées par 24 heures reste trop souvent inférieur à ce qui est recommandé. Cela peut constituer un important facteur d'échec de la prise en charge parentale, favoriser l'alternance et augmenter le nombre de consultations médicales injustifiées.

4.4/ Consommation de service de soins

Les causes de fièvre ne sont pas mieux connues et les motifs de consultations urgentes ne sont pas mieux appréhendés. Il existe un amalgame entre les causes de fièvre, les signes évocateurs

de fièvre chez l'enfant et les complications redoutées. La « fever phobia » est probablement la principale cause de ce manque de connaissances et des comportements qui en découlent.

Les signes de gravité les mieux identifiés par les parents sont ceux qu'ils peuvent rattacher aux pathologies qu'ils connaissent (méningite, angine, otite, gastro-entérite, ...), ou aux complications de la fièvre (convulsions, déshydratation). Les parents n'ont toujours pas assimilé que la rhinopharyngite puisse-t-être à l'origine d'une fièvre élevée alors qu'elle en est la cause la plus fréquente.

D'autres critères ne sont pas connus : somnolence et troubles du comportement. Ils seraient, selon certains auteurs, considérés par les parents comme faisant partie des symptômes annonciateurs de fièvre [35-37-39-70-71].

Notre enquête est conforme aux données de la littérature concernant les déterminants qui influencent la fréquence et les délais de consultation :

- le niveau socio-professionnel des parents [22-23-31-42-51-72] : les CSP les plus basses sont de plus grosses consommatrices de soins, comme cela a également été démontré dans les études de fréquentation des urgences pédiatriques.
- l'âge de l'enfant [23-25-35-37] ainsi que le nombre d'enfants de la fratrie et le rang qu'il y occupe [22-23-50]. Plus l'enfant est âgé, plus il est considéré comme « solide ». De même, plus l'enfant est jeune plus le seuil de fièvre retenu est bas [22-26]. Alors que l'angoisse provoquée par la fièvre est majeure chez l'ainé, elle s'amenuise avec le nombre d'enfants. L'expérience personnelle est d'ailleurs souvent citée comme source d'information et de nombreux parents ne tiennent pas compte des informations qui sont à leur disposition car ils pensent savoir quoi faire [25-26].
- le confort de l'enfant. Cela est parfois clairement explicité : confort de l'enfant, prise en charge de la douleur. Mais cela transparait également au travers des motifs de consultation « futiles » tel que la rhinorrhée, l'apathie, ... [25-35-50-51].

- la disponibilité du médecin : nuit, week-end et jours fériés ou vacances et la distance structure de soin/domicile familial [22-37].
- le besoin de réassurance des parents concernant leur prise en charge de la fièvre et l'état de leur enfant notamment à travers la pose du diagnostic [35-37-51].
- la persistance de la fièvre qui est un facteur d'inquiétude important [11-14-24-35-37-39-40-44-51].

4.5/ Biais et limites de notre étude

Même si notre étude n'a pas l'envergure nationale de l'enquête de N. Bertille [31], notre population est toutefois représentative, incluant des parents de toutes couches sociales en zone urbaine et suburbaine. Elle a également pour intérêt d'explorer l'évolution des connaissances depuis 2006, et de s'être déroulée sans la participation de professionnels de santé donc sans risque d'influencer les répondants.

Notre mode de recrutement évite un biais fréquemment retrouvé dans d'autres enquêtes [31-33-34-35-50-72] : les parents n'ont pas été interrogés au moment d'un épisode fébrile de leur enfant, ce qui évite un facteur de stress et un biais de sélection.

La limite de notre enquête est qu'elle a été réalisée en français et qu'elle ne tient pas compte non plus des différences culturelles éventuelles des parents. Il est probable que cela ait contribué à diminuer ou à altérer une partie des réponses dans les CSP les plus basses.

5/ Conclusion

Les anciennes croyances concernant la fièvre sont encore très présentes [38]. Ceci, associé à la mauvaise maîtrise des traitements médicamenteux entrave sa bonne prise en charge et génère des dépenses de santé qui pourraient être évitées.

De nombreuses études ont montré que l'éducation des parents est efficace à court terme

[2-30-37-39-43-47-74-75]. Pourtant, il semble que sur le long terme, les messages éducatifs qui ont été diffusés n'aient pas eu l'efficacité escomptée [26-31]. La seule véritable amélioration que l'on constate est le calcul de la dose de médicament à administrer. Celle-ci a été véhiculée par un message simple et clair « une dose/poids » qui a bien été assimilé par les parents. Comme cela avait été constaté lors de la campagne « les antibiotiques c'est pas automatique », il semble que les messages brefs soient mieux appréhendés et surtout mieux retenus par le public [76].

Il faut donc modifier le discours actuel qui est trop long et trop complexe en faisant passer aux parents les 3 idées essentielles permettant de démystifier la fièvre :

- la fièvre est un mécanisme de défense naturel et bénéfique
- le traitement doit permettre d'assurer le confort de l'enfant : privilégier le paracétamol en monothérapie en 4 prises par jour et en adaptant la dose au poids. (on peut d'ailleurs s'interroger sur le pouvoir confusionnel de déterminer un seuil de fièvre et un seuil de traitement)
- les signes associés devant conduire à une consultation médicale [73-77-78-79].

Cette démarche a déjà prouvé son efficacité à Lyon via l'action du réseau COURLYGONE [24-25-54-78-80].

Les médecins, pédiatres ou généralistes, restent la principale source d'information des parents, qui leur font confiance et constituent leur modèle en matière de thérapeutique [21-23-25-31-35-37-51]. Ce sont des interlocuteurs privilégiés dont le rôle est primordial. Les discours et pratiques médicales doivent absolument être harmonisés afin de ne pas générer de confusion : l'utilisation des AINS et de l'alternance thérapeutique ne doit plus être prescrite [13-16-25-31-51-63-65-66-67-81-82-83-84].

Bibliographie

- [1] J.A. Finkelstein, C.L. Christiansen, R. Platt. Fever in pediatric primary care : occurrence, management and outcomes. *Pediatrics*, 2000, 105 ; supplément : 260-266.
- [2] B.D. Schmitt. Fever in childhood. *Pediatrics*, 1984, 74 ; supplément : 929-936.
- [3] G. Lenoir. La mesure de la température et la fièvre chez l'enfant. *Journal de pédiatrie et puériculture*, 1997, 10 : 167-172.
- [4] S. Auvin, L. Vallée. Connaissances actuelles sur les mécanismes physiopathologiques des convulsions fébriles. *Archives de pédiatrie*, 2009, 16 : 450-451.
- [5] A. Bourrilllon. Traitement des convulsions fébriles du nourrisson. *Archives de pédiatrie*, 1995,2 : 796-798.
- [6] L. Pedespan. Convulsions hyperthermiques. *Archives de pédiatrie*, 2007, 14 : 394-398.
- [7] L. Maman. Les convulsions hyperthermiques. *Cahier de la puéricultrice*, 2007, 207 : 33.
- [8] B. Bouville. Automédication des enfants de moins de 12 ans par leurs parents et risques encourus. Thèse de doctorat en médecine. Université de Toulouse, 2008.
- [9] M. Trajanovska, E. manias, N. Cranswick et al. Parental management of childhood complaints : over-the-counter medicine use and advice-seeking behaviours. *Journal of clinical nursing*, 2009, 19 : 2065-2075.
- [10] B. Chevallier, M. Sznajder, R. Assathiany et al. La pédiatrie par téléphone : un exercice difficile. *Archives de pédiatrie*, 2004, 11 : 1033-1035.
- [11] L. Mangein, M. Lambert, O. Richer et al. Consultations itératives aux urgences pédiatriques. *Archives de pédiatrie*, 2011, 18 : 128-134.
- [12] D. Dufour, J.C. Paon, B. Marshall et al. Les conseils téléphoniques aux urgences pédiatriques. Etude épidémiologique au groupe hospitalier du Havre. *Archives de pédiatrie*, 2003, 10 ; volume 1 : 257-259.

- [13] J. Stagnara, B. Racle, J. Vermont et al. Information et éducation des familles des enfants en situation d'urgence : diffusion téléphonique des messages. Archives de pédiatrie, 2010, 17 : 854-855.
- [14] P.Poitou, I. Loge, N. Hastier-Gouin et al. Motivation des consultations aux urgences pédiatriques. Archives de pédiatrie, 2009, session poster 3 : 177.
- [15] E. Griot. Les consultations d'enfants en médecine générale. Consommation médicale, affections pédiatriques en soins primaires. [En ligne]. IN Société Française de Médecine Générale. Site disponible sur : www.sfmng.org (Page consultée le 09/04/2013).
- [16] J.E. Sullivan, H.C. Farrar, the section on clinical pharmacology and therapeutics and committee on drugs. Fever and antipyretic use in children. Pediatrics, 2011, 3 ; volume 127 : 580-587.
- [17] F. Planchamp, K.A. Nguyen, T. Vial et al. Recueil systématique et actif des événements indésirables médicamenteux chez les enfants admis aux urgences pédiatriques. Archives de pédiatrie, 2009, 16 : 106-111.
- [18] Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Questions / réponses : informations sur les traitements de la fièvre chez l'enfant. [En ligne]. IN Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé. Site disponible sur : www.ansm.sante.fr. (Page consultée le 10/04/2013).
- [19] Recommandation du groupe de pédiatrie générale. Prise en charge symptomatique de la fièvre du jeune enfant. [En ligne]. IN Société Française de Pédiatrie. Site disponible sur : www.sfpediatrie.com (Page consultée le 10/04/2013).
- [20] Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Mise au point sur la prise en charge de la fièvre chez l'enfant. [En ligne]. IN Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé. Site disponible sur : www.ansm.sante.fr. (Page consultée le 10/04/2013).

- [21] A. Veron, D. Dépinoy. Fièvre de l'enfant en médecine générale : les parents sont-ils compétents ? La revue du praticien, 2006, 748/749 ; tome 20 : 1231-1236.
- [22] J. Stagnara, J. Vermont, F. Dürr et al. Parent's attitudes towards childhood fever. A cross-sectional survey in the Lyon metropolitan area. La presse médicale, 2005, 34 : 1129-1136.
- [23] P. Le Mauff, C. Bourgueil, D. Peloteau et al. Enfants fébriles : que font les parents ? Le concours médical, 2001, 123 ; volume 9 : 581-585.
- [24] Courlygone. Action Enfant Fièvre. Dossier de presse. Lyon, 2005 : 4p.
- [25] M. Joder. Fièvre chez l'enfant : comportements des parents et évaluation d'un message de santé. Thèse de doctorat en médecine générale. Lyon, Université Claude Bernard, Lyon 1, 2013, 122p.
- [26] F. Raymond-Muller. Fièvre de l'enfant : impact du carnet de santé sur les comportements des parents. Thèse de doctorat en médecine générale. Lyon, Université Claude Bernard, Lyon 1, 2009, 114p.
- [27] D.S. Semama, J.B. Gouyon. Mesure de la température chez le nouveau-né : l'après mercure. Archives de pédiatrie, 1999, 6 : 686-688.
- [28] L. Banco, D. Veltri. Ability of mothers to subjectively assess the presence of fever in their children. The journal of the american medical association, 1984, 10 ; volume 138 : 976-978.
- [29] L. Rosti. Fever phobia. Pediatrics, 2002, 109 : 555.
- [30] A. Walsh, H. Edwards. Management of childhood fever by parents : literature review. Journal of advanced nursing, 2006, 54 : 217-227.
- [31] N. Bertille, E. Fournier-Charrière, G. Pons et al. Managing fever in children : a national survey of parent's knowledge and practices in France. PLOS ONE, 2013, 12 ; volume 8 : 1-7.

- [32] Y.J. Park, S.H. Park, C.B. Kang. Systematic review and meta-analyses of diagnostic accuracy of infrared thermometer when identifying fever in children. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 2013, 43 ; volume 6 : 746-759.
- [33] B.D. Schmitt. Fever Phobia : misconceptions of parents about fever. *The Journal of American Medical Association*, 1980, 134 : 176-181.
- [34] M. Crocetti, N. Moghbeli, J. Serwint. Fever phobia revisited : have parental misconceptions about fever changed in 20 years ? *Pediatrics*, 2001, 6 ; volume 107 : 1241-1246.
- [35] M.C. Enarson, S. Ali, B. Vandermeer et al. Beliefs and expectations of Canadian parents who bring febrile children for medical care. *Pediatrics*, 2012, 4 ; volume 130 : 905-912.
- [36] T. Langer, M. Pfeifer, A. Soenmez et al. Activation of the maternal caregiving system by childhood fever – a qualitative study of the experiences made by mothers with a German or Turkish background in the care of their children. *BMC Family Practice*, 2013, 14 : 35-44.
- [37] A. Walsh, H. Edwards, J. Fraser. Influences on parents' fever management : beliefs, experiences and information sources. *Journal of Clinical Nursing*, 2007, 16 : 2331-2340.
- [38] D. Leise, E. Doitsch, J. Meyer. Mothers' lay models of the causes and treatment of fever. *Social Science & Medicine*, 1996, 3 ; volume 43 : 379-387.
- [39] L. Kelly, K. Morin, D. Young. Improving caretakers' knowledge of fever management in preschool children : is it possible ? *Journal of Pediatric Health Care*, 1996, 10 : 167-173.
- [40] P. Lagerlov, M. Loeb, J. Slettevoll et al. Severity of illness and the use of paracetamol in febrile preschool children ; a case simulation study of parents' assessments. *Family Practice*, 2006, 23 : 618-623.
- [41] I. Blumenthal. What parents think of fever. *Family Practice*, 1998, 15 : 513-518.
- [42] C.A. Kilmon. Parents' knowledge and practices related to fever management. *Journal of Pediatric Health Care*, 1987, 4 ; volume 1 : 173-179.

- [43] R. Casey, F. McMahon, M.C. McCormick et al. Fever therapy : an educational intervention for parents. American academy of pediatrics, 1984.
- [44] R. Sakai, E. Marui. Fever phobia ; can web lame the trend to nuclear family or having a single child ? Acta paediatrica, 2009, 98 : 403-407.
- [45] A. Rupe, C.R. Ahlers-Schmidt, R. Wittler. A comparison of perceptions of fever and fever phobia by ethnicity. Clinical pediatrics, 2010, 49 : 172-176.
- [46] J.L. Robinson, H. Jou, D.W. Spady. Accuracy of parents in measuring body temperature with a tympanic thermometer. BMC family practice, 2005, 6 : 3-11.
- [47] A. Veron. Fièvre de l'enfant : l'éducation des parents contre les idées fausses ! La revue du praticien, 2006, 748 ; tome 20 : 1239-1241.
- [48] A. Gras. Evaluation de la mesure de la température par les parents d'enfants fébrile. Thèse de doctorat en médecine générale, Créteil, Université Paris XI, 2005, 50p.
- [49] A. Walsh, H Edwards et J. Fraser. Parents' childhood fever management : community survey and instrument development. Journal of advanced nursing, 2008, 63 ; volume 4 : 376-388.
- [50] L. Grass, I. Claudet, S. Oustric, et al. Connaissances et attitudes des parents face à la fièvre de l'enfant de moins de 6 ans. Revue du praticien de médecine générale, 2005, 19 : 381-384.
- [51] A. Walsh, H. Edwards, J. Fraser. Parents' childhood fever management : community survey and instrument development. Journal of advanced nursing, 2008, 63 : 376-388.
- [52] F. Corrard. Moyen de lutte contre la fièvre : les bains tièdes restent-ils indiqués ? Archives de pédiatrie, 2002, 9 : 311-315.
- [53] F. Corrard. Confort thermique et fièvre où la recherche du mieux être. Archives de pédiatrie, 1999, 6 : 93-96.

- [54] B. Guehl. « Votre enfant a de la fièvre » : participation des pharmaciens à l'élaboration et à l'évaluation d'un message de santé au sein du réseau Courlygones. Thèse de doctorat en pharmacie. Lyon, Université Claude Bernard, Lyon 1, 2006, 9p.
- [55] Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Principales contre-indications, mises en garde et précautions d'emploi des médicaments indiqués dans le traitement de la fièvre chez l'enfant. [En ligne]. IN Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé. Site disponible sur : www.ansm.sante.fr. (Page consultée le 10/04/2013).
- [56] Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Utilisation des anti-inflammatoires pour le traitement de la fièvre chez l'enfant. [En ligne]. IN Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé. Site disponible sur : www.ansm.sante.fr. (Page consultée le 10/04/2013).
- [57] Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Syndrome de Reye et aspirine. [En ligne]. IN Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé. Site disponible sur : www.ansm.sante.fr. (Page consultée le 10/04/2013).
- [58] E. Autret-Leca, A.P. Jonville-Béra. Pharmacologie des antipyrétiques : applications à leur utilisation en pédiatrie. Archives de pédiatrie, 1999, 6 ; supplément 2 : 228-230.
- [59] S. Leroy, A. Mosca, C. Landre et al. Quel niveau de preuve de l'efficacité et de la sécurité de l'ibuprofène dans ses indications pédiatriques ? Archives de pédiatrie, 2007, 14 : 477-484.
- [60] E. Jacqz-Aigrain. Le paracétamol doit rester l'antipyrétique de première intention chez l'enfant. Archives de pédiatrie, 2000, 7 : 231-233.
- [61] Recommandation du groupe de pédiatrie générale. Fièvre du jeune enfant : prise en charge. [En ligne]. IN Société Française de Pédiatrie. Site disponible sur : www.sfpediatrie.com (Page consultée le 10/04/2013).

- [62] M.L. Charkaluk, N. Kalach, R. El Kohen et al. Utilisation familiale de l'ibuprofène chez l'enfant fébrile : une étude prospective aux urgences d'un hôpital lillois. Archives de pédiatrie, 2005, 12 : 1209-1214.
- [63] A. May, H. Bauchner. Fever phobia : the pediatrician's contribution. Pediatrics, 1992, 90 : 851-854.
- [64] D. Annequin, R. Carbajal. Ibuprofène : une rumeur fébrile. Archives de pédiatrie, 2005, 12 : 125-127.
- [65] C.E. Mayoral, R.V. Marino, W. Rosenfeld, et al. Alternating antipyreics : is this an alternative ? Pediatrics, 2000, 105 : 1009-1012.
- [66] A. Bettinelli, M.C. Provero, F. Cogliati et al. Symptomatic fever management among 3 different groups of pediatricians in northern Lombardy (Italy) : results of an explorative cross-sectional survey. Italian journal of pediatrics, 2013, 39 : 51.
- [67] B.D. Schmitt. Concerns over alternating acetaminophen and ibuprofen for fever. The journal of the american medical association, 2006, 160 : 757-758.
- [68] E. Purssell. Parental fever phobia and its evolutionary correlates. Journal of clinical nursing, 2007, 18 : 210-218.
- [69] M.C. Chang, Y.C. Chen, S.C. Chang et al. Knowledge of using acetaminophen syrup and comprehension of written medication instruction among caregivers with febrile children. Journal of clinical nursing, 2010. 21 : 42-51.
- [70] M.B. Wallenstein, A.R. Schroeder, M.K. Hole et al. Fever literacy and fever phobia. Clinical pediatrics, 2013, 52 : 254-259.
- [71] J.C. Mercier. Engorgement des urgences pédiatriques et demande de soins croissante. Soins pédiatrie/puériculture, 2010, 252 ; volume 31 : 16-17.
- [72] M.S. Kramer, L.Naimark, D.G. Leduc. Parental fever phobia and its correlates. Pediatrics, 1985, 6 ; volume 75 : 1110-1113.

- [73] M.P. Poirier, E.P. Collins, E. McGuire. Fever phobia : a survey of caregivers of children seen in a pediatric emergency department. *Clinical pediatrics*, 2010, 49 : 530-534.
- [74] M.E. Broome, D.L. Dokken, C.D. Broome et al. A study of parent/grandparent education for managing a febrile illness using the CALM approach. *Journal of pediatric health care*, 2003, 17 : 176-183.
- [75] J. Considine, D. Brennan. Effect of an evidence-based education programme on ED discharge advice for febrile children. *Journal of clinical nursing*, 2007, 16 : 1687-1694.
- [76] Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Comment évaluer un programme de santé publique ? L'exemple du plan antibiotique 2002-2007 en France. [En ligne]. IN INSERM. Site disponible sur : www.inserm.fr (Page consultée le 12.10.2013).
- [77] E.E. Knoebel, A.S. Narang, J.L. Ey. Fever : to treat or not to treat. *Clinical pediatrics*, 2002, 41 : 9-16.
- [78] J. Stagnara, B. Racle, J. Vermont et al. Information et éducation des familles des enfants en situation d'urgence : objectifs des messages de santé. *Archives de pédiatrie*, 2010, 17 : 850-851.
- [79] M.J. Kluger. Fever revisited. *Pediatrics*, 1992, 90 ; article spécial : 846-850.
- [80] Courlygon. Evolution des pratiques des familles face à un épisode fébrile chez l'enfant. Evaluation auprès du public de la campagne de sensibilisation « action enfant fièvre » dans l'agglomération lyonnaise. CAREPS, rapport d'étude n° 518, 2005, 39p.
- [81] L. Herzog, S.G. Phillips. Addressing concerns about fever. *Clinical Pediatrics*, 2011, 50 : 383-390.
- [82] H.M. Corneli. Beyond the fear of fever. *Clinical pediatric emergency medicine*, 2000, 1 : 94-101.
- [83] A. Zomorodi, M.W. Attia. Fever : parental concerns. *Clinical pediatric emergency medicine*, 2008, 9 : 238-243.

[84] H. Edwards, A. Walsh, M. Courtney et al. Promoting evidence-based childhood fever management through a peer education programme based on the theory of planned behaviour. *Journal of advanced nursing*, 2007, 16 : 1966-1979.

Annexe 1 : Questionnaire distribué en 2006 et 2012

La fièvre chez l'enfant : que savez-vous ?

1) À partir de quelle température peut-on dire qu'un enfant a de la fièvre ?

(1 seule réponse à cocher)

- | | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| ☐ 37°C | ☐ 38°C | ☐ 39°C | ☐ 40°C | ☐ 41°C |
| ☐ 37,5°C | ☐ 38,5°C | ☐ 39,5°C | ☐ 40,5°C | ☐ 42°C |

2) Comment évaluez-vous la fièvre de votre enfant ?

(plusieurs réponses possibles)

- ☐ En posant la main sur son front
- ☐ Avec un thermomètre rectal à mercure
- ☐ Avec un thermomètre rectal électronique
- ☐ Avec un thermomètre à mettre dans la bouche
- ☐ Avec un thermomètre à mettre dans l'oreille
- ☐ Avec un thermomètre frontal
- ☐ Avec un thermomètre à mettre sous le bras

3) Quelle est la température idéale pour la chambre d'un enfant ?

(1 seule réponse)

- | | | | |
|--|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Moins de 17°C | ☐ 17°C | ☐ 18°C | ☐ 19°C |
| ☐ 20°C | ☐ 21°C | ☐ 22°C | ☐ Plus de 22°C |

4a) En cas de fièvre très élevée, doit-on utiliser :

(1 seule réponse)

- ☐ Un seul médicament
- ☐ Deux médicaments en même temps
- ☐ Deux médicaments en alternance
- ☐ Trois médicaments en même temps
- ☐ Trois médicaments en alternance

4b) Précisez le nom des médicaments et le nombre de prises autorisé par 24h :

(question ouverte)

5) Tenez-vous compte du poids de l'enfant OU de son âge pour la bonne dose de médicament ?

Je tiens compte du poids uniquement ☐ oui ☐ non

Je tiens compte de l'âge uniquement ☐ oui ☐ non

6) Pouvez-vous énumérer d'autres moyens de faire baisser la fièvre chez l'enfant ?

(question ouverte)

7) Votre enfant a de la fièvre à plus de 40°C, qu'est-ce qui peut en être responsable ?

(plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|--|
| ☐ Poussée dentaire | ☐ Poussée de croissance |
| ☐ Rhinopharyngite | ☐ Gastro-entérite |
| ☐ Méningite | ☐ Otite |
| ☐ Angine | ☐ Allergie |

8) Une fièvre à plus de 40°C chez un enfant de plus de 2 ans :

(plusieurs réponses possibles)

- ☐ Doit faire suspecter une maladie grave
- ☐ Peut être bénigne
- ☐ Nécessite **immédiatement** le recours à un médecin
- ☐ Peut attendre le lendemain
- ☐ Nécessite la prise de médicament

9) Dans quel cas appelez-vous rapidement un médecin en cas de fièvre ?

(plusieurs réponses possibles)

- ☐ Votre enfant transpire plus que d'habitude
- ☐ Votre enfant fait des convulsions
- ☐ Votre enfant a du mal à s'endormir
- ☐ Votre enfant a beaucoup de fièvre et moins de 3 mois
- ☐ Votre enfant est plus pâle que d'habitude
- ☐ Des boutons ou des plaques sont apparus sur la peau
- ☐ Votre enfant a le nez qui coule
- ☐ Votre enfant a du mal à respirer, il siffle
- ☐ Votre enfant n'a pas d'appétit
- ☐ Votre enfant vomit et a des diarrhées constantes
- ☐ Votre enfant est plus excité que d'habitude
- ☐ La fièvre persiste depuis plusieurs jours
- ☐ Votre enfant a encore de la fièvre 24h après le début du traitement
- ☐ Votre enfant a des maux de tête et des vomissements
- ☐ Votre enfant n'a jamais de fièvre d'habitude
- ☐ Votre enfant est somnolent

10) Où avez-vous pu obtenir jusqu'à présent des renseignements sur le comportement à avoir en cas de fièvre chez l'enfant ?

(plusieurs réponses possibles)

- | | |
|--|--|
| ☐ P.M.I | ☐ Médecin traitant |
| ☐ Pédiatre | ☐ Famille, amis |
| ☐ École et enseignant | ☐ Magazines |
| ☐ Télévision | ☐ Internet |
| ☐ Pharmacien | ☐ Médecine scolaire |

Ce questionnaire est anonyme, mais nous avons besoin de quelques renseignements supplémentaires, afin d'établir des statistiques :

Nombre d'enfants vivants au foyer :

Âge(s) du(es) enfant(s) :

Âge de la mère :

Profession de la mère :

Âge du père :

Profession du père :

Qui a répondu au questionnaire :

- | | |
|----------------------------------|--|
| ☐ La mère | ☐ Les deux |
| ☐ Le père | ☐ Autres (précisez) |

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Introduction : La fièvre de l'enfant est fréquente. Souvent bénigne, sa prise en charge initiale incombe aux parents : traitement médicamenteux et motifs de consultation médicale. Malheureusement, l'efficacité parentale est médiocre. En 2005, l'AFSSAPS a donc réactualisé ses recommandations.

Ce travail évalue, 6 ans après leur parution, leur impact en décrivant et en comparant l'attitude et le comportement des parents face à la fièvre de l'enfant.

Matériel et méthode : Cette enquête a été réalisée parmi les familles d'enfants scolarisés dans les écoles maternelles de l'agglomération messine en 2006 et 2012. Le même questionnaire a été distribué afin d'évaluer les connaissances, la prise en charge et les signes de gravité de la fièvre. Les résultats ont été traités selon le nombre d'enfants et la catégorie socio-professionnelle de la famille.

Résultats : En 2006, 1038 questionnaires ont été exploités, et 1273 en 2012.

Le seuil de fièvre n'est pas mieux connu aujourd'hui. Le bain et découvrir l'enfant restent les méthodes physiques dominantes. Le traitement est basé sur la pratique de l'alternance thérapeutique et l'usage des AINS. En revanche, les modalités d'administration des médicaments sont aujourd'hui bien maîtrisées. Les causes et les motifs de consultation ne sont pas mieux appréhendés en 2012. Les principales sources d'information sont les médecins.

Discussion : Le message diffusé depuis 2005 n'est pas efficace. Sa complexité n'a pas eu raison des anciennes croyances et des pratiques parentales inadaptées. Il faut organiser une campagne basée sur un message simple et bref, plus à même d'être intégré par le grand public et harmoniser les pratiques médicales.

TITRE EN ANGLAIS :

AFSSAPS'S 2005 RECOMMENDATIONS HAVE NOT MODIFIED THE MANNER PARENTS TAKE CARE OF THE CHILDREN'S FEVER.

THÈSE :

MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2014

MOTS CLEFS :

Fièvre, enfant

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Introduction : La fièvre de l'enfant est fréquente. Souvent bénigne, sa prise en charge initiale incombe aux parents : traitement médicamenteux et motifs de consultation médicale. Malheureusement, l'efficacité parentale est médiocre. En 2005, l'AFSSAPS a donc réactualisé ses recommandations.

Ce travail évalue, 6 ans après leur parution, leur impact en décrivant et en comparant l'attitude et le comportement des parents face à la fièvre de l'enfant.

Matériel et méthode : Cette enquête a été réalisée parmi les familles d'enfants scolarisés dans les écoles maternelles de l'agglomération messine en 2006 et 2012. Le même questionnaire a été distribué afin d'évaluer les connaissances, la prise en charge et les signes de gravité de la fièvre. Les résultats ont été traités selon le nombre d'enfants et la catégorie socio-professionnelle de la famille.

Résultats : En 2006, 1038 questionnaires ont été exploités, et 1273 en 2012.

Le seuil de fièvre n'est pas mieux connu aujourd'hui. Le bain et découvrir l'enfant restent les méthodes physiques dominantes. Le traitement est basé sur la pratique de l'alternance thérapeutique et l'usage des AINS. En revanche, les modalités d'administration des médicaments sont aujourd'hui bien maîtrisées. Les causes et les motifs de consultation ne sont pas mieux appréhendés en 2012. Les principales sources d'information sont les médecins.

Discussion : Le message diffusé depuis 2005 n'est pas efficace. Sa complexité n'a pas eu raison des anciennes croyances et des pratiques parentales inadaptées. Il faut organiser une campagne basée sur un message simple et bref, plus à même d'être intégré par le grand public et harmoniser les pratiques médicales.

TITRE EN ANGLAIS :

AFSSAPS'S 2005 RECOMMENDATIONS HAVE NOT MODIFIED THE MANNER PARENTS TAKE CARE OF THE CHILDREN'S FEVER.

THÈSE :

MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2014

MOTS CLEFS :

Fièvre, enfant

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
