

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

Année 2016

N° 2016-13

Etude des connaissances et du comportement des parents face à la fièvre de leur enfant

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)

DES DE MEDECINE GENERALE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 18 MARS 2016

PAR

Ludovic LESOIN

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT

JUGES : Monsieur le Professeur Fabien SAINT

Monsieur le Professeur Jérôme AUSSEIL

Monsieur le DOCTEUR Jean SCHMIDT

Madame le Docteur LE MOING

DIRECTEUR : Monsieur le Docteur Eric VIVES

Monsieur le Professeur Jean-Luc SCHMIT

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Maladies infectieuses et tropicales)

Responsable du service des maladies infectieuses et tropicales

Pôle « Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie »
(D.R.I.M.E)

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

*Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ma
thèse. Veuillez recevoir mes sincères remerciements.*

Monsieur le Professeur Fabien SAINT

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Urologie)

Pôle « Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie »
(D.R.I.M.E)

*Merci d'avoir accepté de juger ce travail. Veuillez recevoir
l'expression de ma profonde reconnaissance.*

Monsieur le Professeur Jérôme AUSSEIL
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Biochimie)

*Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Recevez
le témoignage de ma reconnaissance.*

Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT

Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier

Médecine interne

*Vous me faites l'honneur de juger ma thèse. Recevez
l'expression de ma respectueuse considération.*

Madame le Docteur Anne-Gaëlle LE MOING

Praticien Hospitalier

Neurologie Pédiatrique

Je te remercie d'avoir accepté de juger ce travail.

Monsieur le Docteur Eric VIVES

Médecin Généraliste.

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma sincère gratitude.

Remerciements

Au Docteur Caillet pour son aide à la réalisation des statistiques.

A Kathleen, pour ton soutien et ton amour au quotidien.

A Juliette, qui me remplit de bonheur chaque jour.

A ma famille,

A ma belle famille,

A mes collègues,

A mes amis,

Pour leur soutien.

Table des matières

Introduction

- 1) La fièvre
 - a. Définition
 - b. Thermorégulation
 - c. Physiopathologie
 - d. Rôle de la fièvre
 - e. Signes de gravité
 - f. Complications
- 2) Mesure de la température corporelle
 - a. Les différents moyens de mesure
 - b. Avantages et inconvénients
 - c. Définition de la fièvre en fonction du moyen de mesure
- 3) Prise en charge de la fièvre
 - a. But du traitement
 - b. Moyens physiques
 - c. Moyens médicamenteux

Matériel et Méthode

- 1) But de l'étude
- 2) Population et Méthode

Résultats

- 1) Population
 - a. Age des répondants
 - b. Nombre d'enfants des parents interrogés
 - c. Niveau d'étude
 - d. Modèle parental
 - e. Suivi médical
- 2) Définition de la fièvre et moyens de mesure
 - a. Définition

- b. Mesure de la température
- 3) Comportement des parents en cas de fièvre de l'enfant
 - a. Inquiétude des parents
 - b. Application des mesures physiques
- 4) Respect des recommandations sur la prise en charge de la fièvre de l'enfant
 - a. Application des mesures physiques
 - b. Application des mesures physiques en fonction du niveau scolaire
 - c. Application des mesures physiques en fonction de l'âge
 - d. Application des mesures physiques en fonction du suivi médical
 - e. Application des mesures physiques en fonction du nombre d'enfant
 - f. Application des mesures physiques en fonction du modèle parental
 - g. Mesures physiques et inquiétude parentale
 - h. Application des mesures physiques et médication

Discussion

- 1) Population
 - a. Niveau d'étude
 - b. Parentalité
- 2) Connaissances des parents
 - a. La fièvre
 - b. Mesure de la fièvre
- 3) Prise en charge de la fièvre
 - a. Les mesures physiques
 - b. Les moyens médicamenteux
- 4) Limites de l'étude
- 5) Information des parents

Conclusion

Références

Annexe

- 1) Questionnaire remis aux parents
- 2) Proposition de fiche explicative destinée aux parents

Introduction

Les consultations pour fièvre de l'enfant sont fréquentes en Médecine Générale. En effet selon l'observatoire de la Médecine Générale les consultations pour état fébrile représentent environ 30% des consultations des 0-2 ans et 23% des 10-19 ans. [1]

Les parents sont souvent inquiets lorsque leur enfant présente de la fièvre et désirent alors une consultation rapide chez le médecin généraliste ou aux urgences. Les anglo-saxons parlent de « fever phobia ». Ce terme a été utilisé pour la première fois par BD Schmitt en 1980 qui remarque l'écart entre la forte inquiétude parentale face à la fièvre et la gravité exceptionnelle de ce symptôme. [2]

Cette inquiétude persiste malgré les années qui sont passées [3], alors que le traitement de la fièvre repose sur des mesures simples et dont les dernières recommandations datent d'une dizaine d'années. [4]

Le but de cette étude est d'évaluer les connaissances des parents sur la fièvre et leur comportement face à celle-ci.

Pour cela nous avons choisi d'interroger par questionnaire des parents consultant aux urgences pédiatriques du CHU d'Amiens.

Tout d'abord nous allons aborder quelques généralités sur la fièvre : sa définition, les moyens de mesure, la physiopathologie et les moyens de prise en charge. Puis nous décrirons l'étude et exposerons les résultats.

1) La fièvre

a) Définition

La fièvre est définie, selon l'Afssaps, par une élévation de la température centrale au dessus de 38°C, en l'absence d'activité physique intense, chez un enfant normalement couvert et dans une température ambiante tempérée. [4]

On distingue la fièvre aiguë de la fièvre prolongée. La fièvre aiguë évoluant depuis moins de cinq jours. [5]

b) Thermorégulation

L'espèce humaine est dite homéotherme c'est-à-dire que la température centrale est constante, ce qui implique des mécanismes de régulation. En effet des échanges thermiques entre notre organisme et l'extérieur existent. Ils sont de quatre types [6 -7-8] :

-le rayonnement : il s'agit d'un échange de chaleur par l'intermédiaire de photons infrarouges. Tout corps cède de la chaleur aux éléments plus froids que lui.

-la conduction : il s'agit d'un échange de chaleur entre deux corps directement en contact l'un avec l'autre. Transfert toujours du plus chaud vers le plus froid.

- la convection : c'est un phénomène physique qui consiste en l'élévation de l'air chaud et la descente de l'air froid, assurant un brassage d'air à la surface de la peau.

-l'évaporation : il s'agit du transfert d'énergie thermique sur les molécules d'eau qui va entraîner leur passage à l'état gazeux. L'eau sera éliminée par la peau : phénomène de perspiration. [8]

Il existe aussi une adaptation comportementale, qui nous pousse à nous couvrir par exemple lorsqu'il fait froid et inversement. [8-9]

Le but de la thermorégulation est de maintenir une valeur centrale autour de 37°C : température optimale aux réactions enzymatiques au sein de l'organisme. [8-9]

Le centre thermorégulateur se situe au niveau de l'hypothalamus : principalement au niveau du centre pré optique et au niveau des organes vascularisés de la lame terminale. [8-9] Il reçoit les informations par des thermorécepteurs périphériques situés au niveau de la peau, du cerveau et des vaisseaux sanguins. [8]

c) Physiopathologie

La fièvre correspond à un déplacement de la « valeur de référence » de la température de l'organisme, secondaire à des substances dites pyrogènes. Les pyrogènes exogènes sont des fragments d'agents pathogènes, parmi lesquels les lipopolysaccharides complexes (« endotoxines ») qui peuvent provoquer de la fièvre directement par l'intermédiaire de la

protéine MIP-1 (Macrophage Inflammatory Protein 1) qui est capable de passer la barrière hémato-encéphalique. [9]

Les agents pyrogènes exogènes peuvent également entraîner de la fièvre indirectement par opsonisation (recouvrement des micro-organismes [9 -10]) par le complément et phagocytose par des macrophages. Cela entraîne une libération de cytokines, parmi lesquelles les pyrogènes endogènes : interleukine 1α , 1β , 6, 8 et 11, interféron $\alpha 2$ et γ , le TNF α et β . Ces cytokines parviennent via la circulation sanguine aux récepteurs centraux et induisent une réaction fébrile par l'intermédiaire de la prostaglandine PGE2 sur les organes vascularisés de la lame terminale (OVLT) ou dans l'aire pré-optique. [9-11]

Par ailleurs, pour lutter contre la fièvre, il existe simultanément une sécrétion d'antipyrétiques endogènes (ADH, α -MSH, CRH) créant un rétrocontrôle négatif.

La fièvre entraîne une tachycardie et une hausse des échanges énergétiques (frissons, sueurs...). [9]

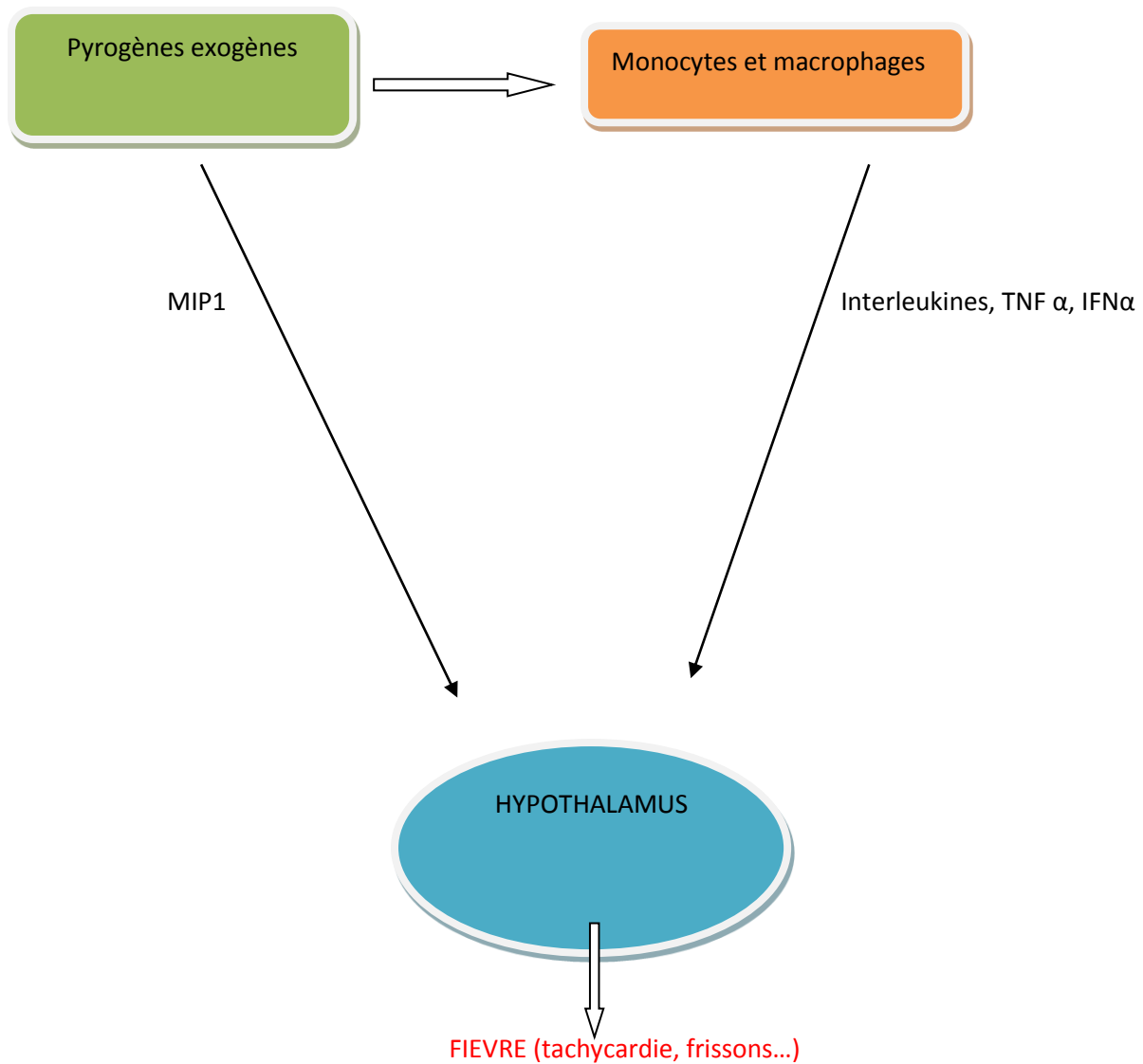


Figure 1 : Schéma illustrant la physiopathologie de la fièvre.

Attention il ne faut pas confondre fièvre et hyperthermie. En effet l'hyperthermie correspond au dépassement des mécanismes thermorégulateurs (environnement très chaud, effort physique intense...) et la température corporelle ne peut pas être maintenue à 37°C. [9]

d) Rôle de la fièvre

Le rôle de la fièvre est essentiellement de lutter contre les infections. En effet l'augmentation de la température va bloquer la prolifération de nombreux pathogènes et en tuer certains. La fièvre va également diminuer les concentrations d'éléments nécessaires à la prolifération des bactéries comme le zinc, le cuivre ou le fer.

e) Signes de gravité

La constatation d'une fièvre chez l'enfant doit conduire à la recherche de sa cause mais aussi de signes de gravité. [12]

Ces signes sont :

- des troubles du comportement ou de la vigilance,
- des troubles hémodynamiques,
- des troubles ventilatoires,
- la présence d'un purpura échyмотique ou nécrotique.

Toute fièvre chez un nourrisson de moins de trois mois doit être considérée jusqu'à preuve du contraire comme une infection materno-fœtale. [12]

f) Complications de la fièvre

Les complications sont rares :

- déshydratation
- convulsions hyperthermiques (5% des enfants)
- hyperthermie majeure : tableau rare, surtout chez le petit nourrisson : choc, température à 41°C ou plus, syndrome hémorragique avec parfois atteinte pluri-viscérale. Pronostic vital mis en jeu. [12]

2) Mesure de la température corporelle

a) Les différents moyens de mesure

Il existe de nombreuses méthodes pour mesurer la température corporelle :

- la thermométrie rectale est considérée comme la méthode de référence [4]
- la mesure axillaire est quand à elle recommandée par l'American Academy of Pediatrics [13]
- la thermométrie buccale
- la thermométrie tympanique

b) Avantages et inconvénients

Ces différentes façons de mesurer la température de l'enfant présente toutes des avantages et inconvénients [13], regroupés dans ce tableau :

Moyen de mesure	Avantages	Inconvénients
Rectal	Moyen de référence Simplicité Fiabilité	Risque de perforation Transmission de germe Risque infectieux Gênant pour les enfants plus âgés
Axillaire	Simplicité Pas de risque de perforation Peu de risque septique	Peu fiable Très dépendant des conditions environnementales
Buccal	Simplicité	Peu précis (variations si alimentation récente, nécessite une fermeture de la bouche pendant quelques minutes...)
Tympanique	Simplicité Pas de complication Précision : reflète bien la température centrale	Conduit auditif étroit : nécessité d'embout adapté au conduit auditif des plus jeunes (moins de deux ans)

c) Définition de la fièvre en fonction du moyen de mesure

Qu'elle soit prise par voie rectale, orale, tympanique ou axillaire, la température mesurée ne reflète pas de la même façon la température centrale. Dans ce tableau sont regroupés les moyens de mesure et le niveau de température considéré comme normal ou non. [12]

Moyen de mesure	Température normale	Fièvre
Rectal ou tympanique	36,6 à 37,9°C	A partir de 38°C
Axillaire	34,7 à 37,4°C	A partir de 37,5°C
Orale	35,6 à 37,5°C	A partir de 37,6°C

3) Prise en charge de la fièvre

a) But du traitement

La fièvre n'est qu'un symptôme qui ne se complique que très rarement en dehors des pathologies neurologiques (méningite, encéphalite...). L'obtention de l'apyrexie n'est donc pas le but premier. D'autant plus qu'il n'y a pas de traitement préventif des convulsions fébriles de l'enfant [14, 15, 16].

Le but de la diminution de la fièvre est d'améliorer le confort de l'enfant. [4] Cette diminution peut être obtenue par des méthodes physiques simples et l'utilisation de certains médicaments.

Toutefois la cause de la fièvre doit être recherchée car elle peut justifier l'utilisation d'un traitement spécifique.

b) Moyens physiques

Ces moyens reproduisent les échanges physiques naturels de notre organisme avec le milieu extérieur : [5]

-la radiation (rayonnement) : permise par le déshabillage,

-la conduction : prise de boissons fraîches, poches de glace, bains frais

-l'évaporation : brumisation, mouillage

-la convection : l'utilisation d'un ventilateur potentialise l'effet du mouillage ou du déshabillage.

L'efficacité de ces méthodes est controversée. En effet le but étant d'améliorer le confort de l'enfant, certains moyens au contraire augmenteraient l'inconfort (frissons, chair de poule...) [17]. C'est le cas du bain frais, qui diminue trop rapidement la température centrale et produit un inconfort, de même pour le déshabillage lorsque la température est en phase ascendante. [18].

L'ANSM retient dans ces recommandations sur la prise en charge de la fièvre de l'enfant trois mesures physiques :

- proposer une hydratation régulièrement à l'enfant avec une boisson bien acceptée par celui-ci,
- déshabiller l'enfant (ne pas trop le couvrir)
- aérer la pièce.

c) Moyens médicamenteux

Quatre médicaments peuvent être utilisés en pédiatrie pour lutter contre l'hyperthermie :

- le paracétamol,
- l'ibuprofène,
- le kétoprofène,
- l'aspirine.

Seul le kétoprofène est disponible uniquement sur prescription médicale.

La société française de pédiatrie et l'ANSM préconisent l'utilisation du paracétamol en monothérapie. [4, 19]

En effet les autres traitements peuvent provoquer des effets indésirables graves :

- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) peuvent provoquer :
 - des insuffisances rénales aiguës [4, 20, 21] surtout dans un contexte de déshydratation,
 - des infections graves des tissus mous (abcès, fasciites nécrosantes...) lors d'infection par le virus de la varicelle. Ces complications sont exceptionnelles et peuvent également apparaître sans utilisation d'AINS lors d'une infection par le virus de la varicelle. Cependant la gravité des complications imposent la prudence. [4, 22, 23, 24, 25]
 - des complications digestives : hémorragies digestives ou ulcérations gastro-duodénales. [4]
 - des complications immuno-allergiques, hématologiques... [4].

- L'aspirine partage les risques digestifs, allergiques et rénaux. Mais ce traitement est également impliqué dans :

-le syndrome de Reye : atteinte cérébrale et hépatique après l'utilisation d'aspirine dans un contexte d'infection virale. Ce syndrome est rare mais souvent mortel. [4, 26]

-un allongement du temps de saignement du fait d'une inhibition irréversible de la cyclo-oxygénase plaquettaire. [4]

-une toxicité aiguë pour une dose unitaire supérieure à 120 mg/kg, entraînant des signes respiratoires (hyperpnée), des troubles métaboliques (acidose...), des troubles neurologiques et digestifs.

- Le paracétamol présente comme effets indésirables :

-atteinte hépatique : en cas de prise massive (plus de 150 mg/kg chez l'enfant) ou en cas de prise supra-thérapeutique de façon répétée. [4]

-réaction allergique [4]

-thrombopénie [4] et neutropénie exceptionnellement. [4, 27]

Matériel et méthode

1) But de l'étude

Le but de cette étude était d'évaluer les connaissances des parents à propos de la fièvre de leur enfant mais aussi leur réaction face à celle-ci (façon de la mesurer, inquiétude, consultation médicale...).

Les données étudiées concernaient essentiellement la connaissance des mesures physiques pour lutter contre la fièvre recommandées par l'ANSM, mais aussi le type de traitement médicamenteux administré par les parents.

Le niveau d'étude, le modèle familial, le suivi médical des enfants et le lieu de consultation ont également été investigués.

2) Population et méthode

Cette étude observationnelle s'est déroulée aux urgences pédiatriques du CHU d'Amiens du 1^{er} septembre 2015 au 2 novembre 2015.

Les questionnaires ont été remis aux parents par les internes de médecine générale et externes qui étaient alors en stage dans ce service. Les questionnaires pouvaient être remis à tous les parents, quel que soit le motif de consultation initial. Un seul questionnaire a été remis par famille.

Les questionnaires étaient remis aux parents avant la sortie du service le temps que les ordonnances de sortie soient effectuées.

Le questionnaire était anonyme et portait sur :

- l'âge, le nombre d'enfant, le niveau d'étude des parents,
- le suivi médical des enfants et le lieu de consultation habituel en cas de fièvre,
- le niveau de température corporelle définissant la « fièvre » selon les parents,
- leur attitude face à la fièvre : moyen de mesure de celle-ci, application des mesures physiques et médication par les parents.

Les données ont été saisies grâce au logiciel Microsoft Excel[®].

L'analyse a été effectuée en partie grâce à Excel[®] et pour une autre partie grâce au logiciel libre de statistique R.

Les variables étaient décrites par leur moyenne et écart type.

Les tests utilisés étaient :

-pour les proportions : comparaison grâce au test du Chi 2 principalement et grâce au test de Fisher pour les effectifs plus réduits (ne permettant pas d'utiliser le Chi2)

- les moyennes étaient comparées grâce au t de Student.

L'analyse multivariée a été effectuée grâce au logiciel libre R, avec une approche stepwise en gardant les valeurs ayant une p-value $\geq 0,2$ lors de l'analyse univariée.

Le risque d'erreur a été fixé à 5%.

Résultats

1. Population

95 parents ont été interrogés entre le 1^{er} septembre et le 2 novembre 2015.

a. Age des répondants

L'âge moyen des parents interrogés était de 34 ans \pm 7,00 ans avec un maximum de 51 ans et un minimum de 19 ans.

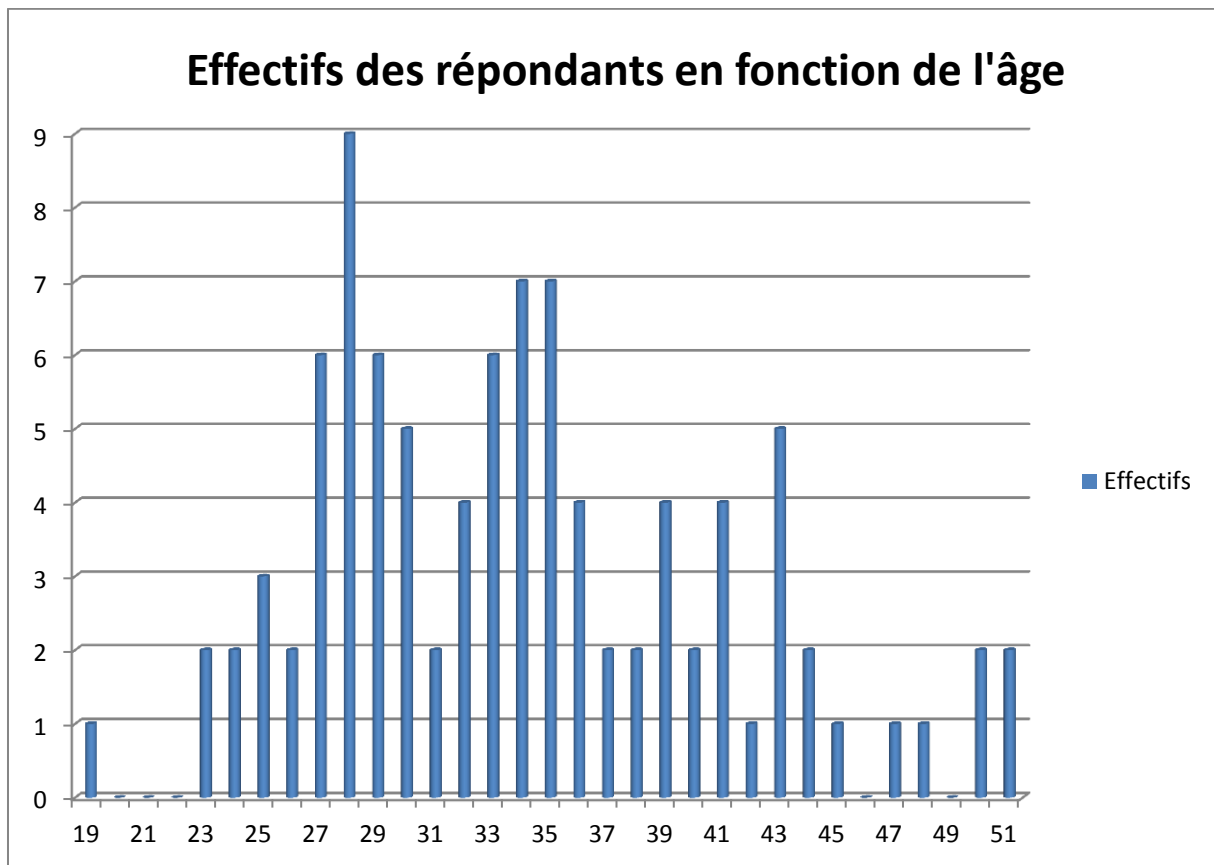


Figure 1. Répartition des répondants en fonction de leur âge.

b. Nombre d'enfants des parents interrogés

Les parents avaient entre 1 et 6 enfants au maximum. Le nombre moyen d'enfant était de $2,18 \pm 1,14$.

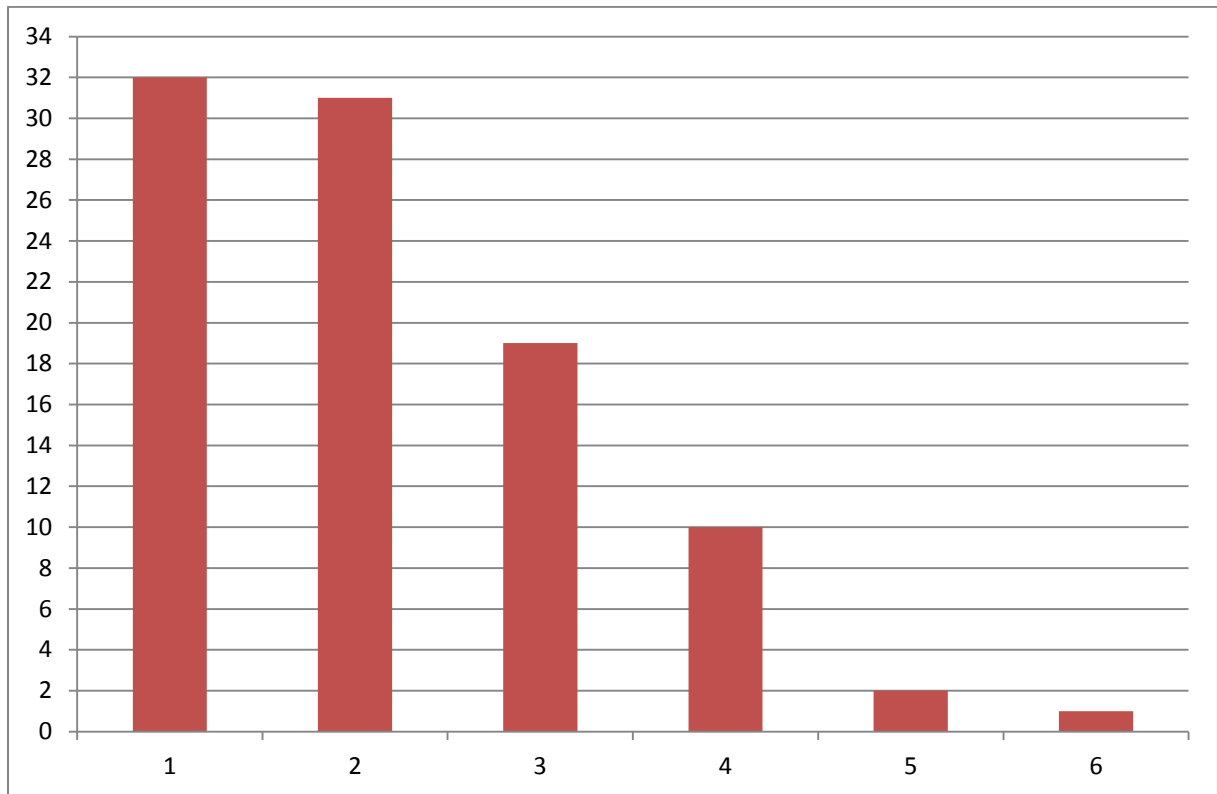


Figure 2. Répartition des répondants selon leur nombre d'enfants.

c. Niveau d'étude

Parmi les parents interrogés, 45 déclarent avoir un niveau d'étude supérieur au baccalauréat (47%), 21 avaient un niveau baccalauréat (22%), 21 également avaient un niveau BEP/CAP (22%) et 8 n'avaient pas de diplôme (9%).

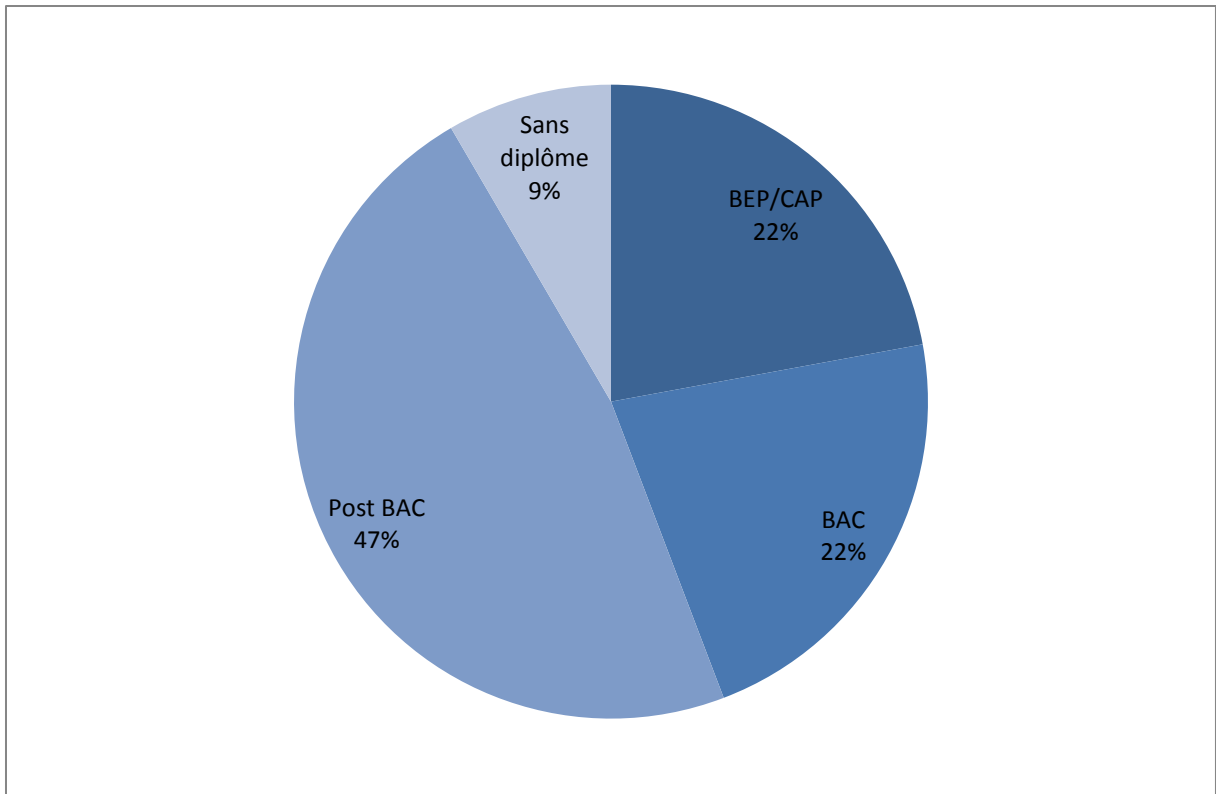


Figure 3. Répartition des répondants selon leur niveau d'étude.

d. Modèle parental

Parmi les répondants 10 déclaraient élever seul leur(s) enfant(s) (10,5%).

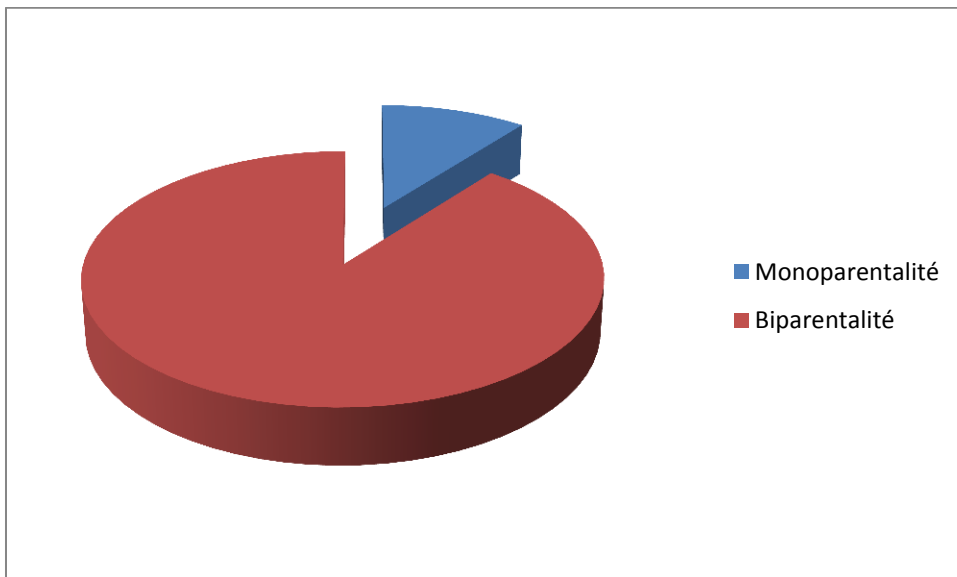


Figure 4. Schéma familial des répondants.

En moyenne les parents déclarant élever seuls leur(s) enfant(s) avaient moins d'enfant que les autres parents : 1,8 contre 2,2 sans que la différence ne soit statistiquement significative.

e. Suivi médical

Les parents interrogés déclaraient effectuer le suivi médical de leur(s) enfant(s) principalement chez un médecin généraliste.

En effet 53 le faisaient (56%) alors que 27 effectuaient le suivi chez un pédiatre (28%).

On retrouvait minoritairement un suivi médical effectué en PMI pour 12 des répondants (13%), aux urgences pour un répondant (1%).

Enfin 2 des parents interrogés déclaraient ne pas avoir de suivi médical pour leur(s) enfant(s) (2%).

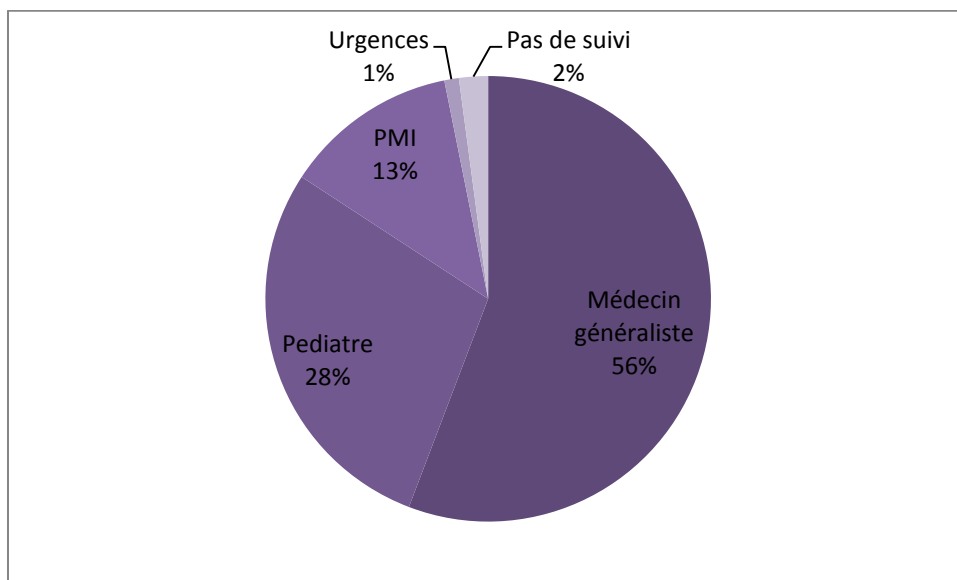


Figure 5. Suivi médical des enfants.

2. Définition de la fièvre et moyens de mesure

a. Définition

La fièvre était définie par une température corporelle de 36,5°C pour 1 des parents interrogés (1,1%).

3 parents la définissaient comme une température de 37°C (3,2%) et 21 comme une température de 37,5°C (22%).

La majorité des parents interrogés, soit 45 parents, définissaient la fièvre comme une température corporelle de 38°C (47,4%).

Enfin 23 parents pensaient que la fièvre était une température de 38,5°C (24,2%) et 2 pensaient qu'il s'agissait d'une température corporelle de 39°C (2,1%).

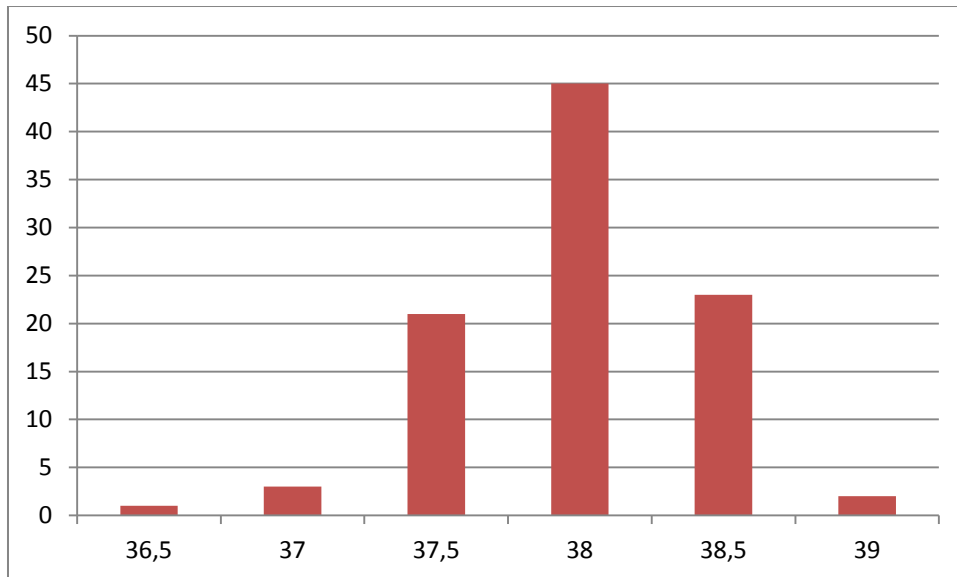


Figure 6. Définition de la fièvre selon les parents interrogés.

b. Mesure de la température

Le thermomètre rectal était le moyen le plus utilisé, en effet 62 des parents interrogés l'utilisait (65%).

Venaient ensuite le thermomètre frontal puis auriculaire pour respectivement 16 (17%) et 10 (11%) parents.

7 parents déclaraient mesurer la température au « toucher » (7%).

Aucun autre moyen de mesure de la température n'a été cité par les parents.

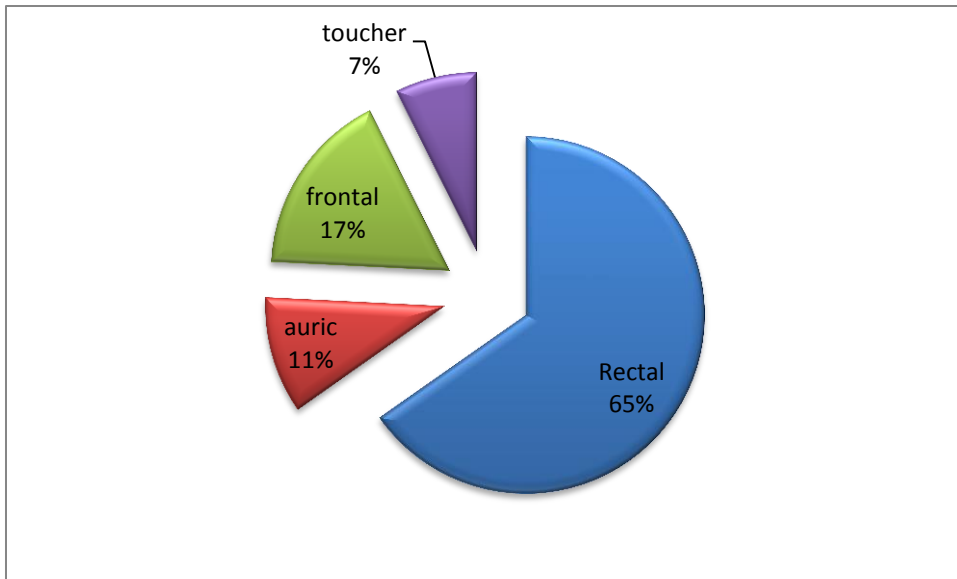


Figure 7: Moyens de mesure de la température utilisés par les parents interrogés.

Seulement 4 parents ne possédaient pas de thermomètre (4,21%) alors que pourtant 7 d'entre eux déclaraient mesurer la température au « toucher ».

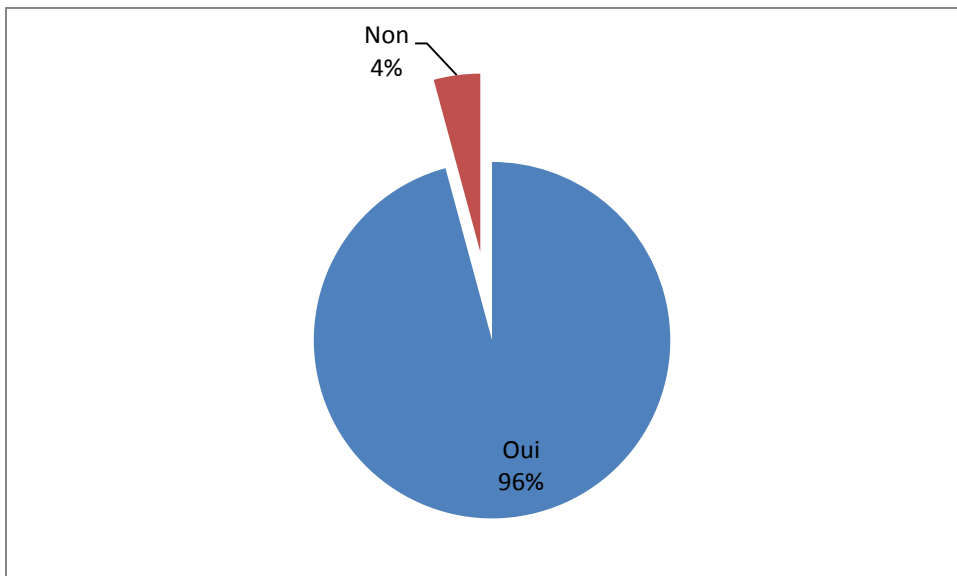


Figure 8: Possession d'un thermomètre

3. Comportement des parents en cas de fièvre de l'enfant

a. Inquiétude des parents

L'inquiétude des parents était cotée sur une échelle de 1 à 4.

6 parents cotaient leur inquiétude à 1 sur 4 (6,3%), 30 l'estimaient à 2 sur 4 (31,6%) et enfin 46 (48,4%) et 13 (13,7%) parents la cotaient respectivement à 3 sur 4 et 4 sur 4.

Les parents étaient donc plutôt inquiets lorsque leur(s) enfant(s) avaient de la température avec un niveau d'inquiétude moyen de 2,69 sur 4.

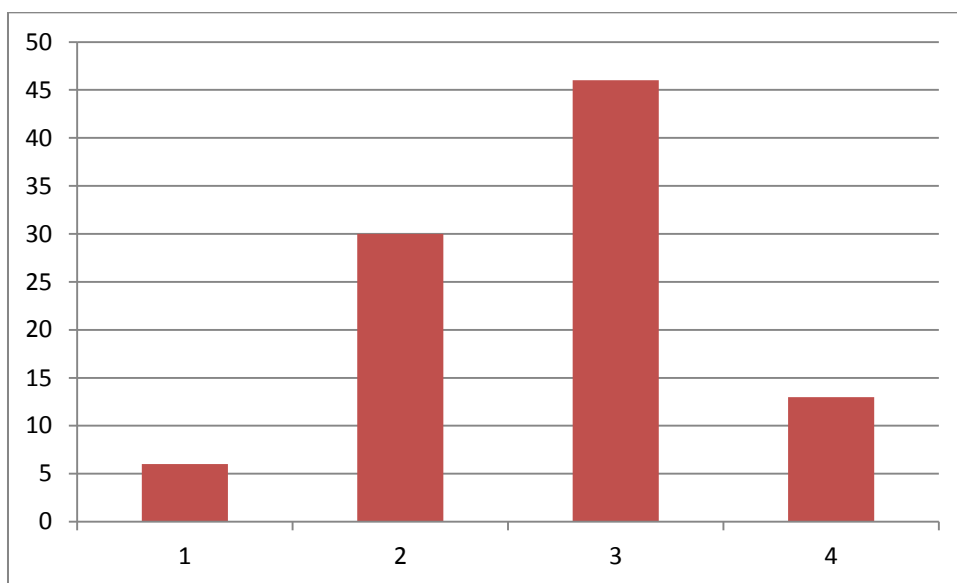


Figure 9: Estimation de l'inquiétude des parents sur une échelle de 1 à 4.

Malgré cette inquiétude parentale 65 parents déclaraient ne pas consulter de médecin systématiquement (68,4%).

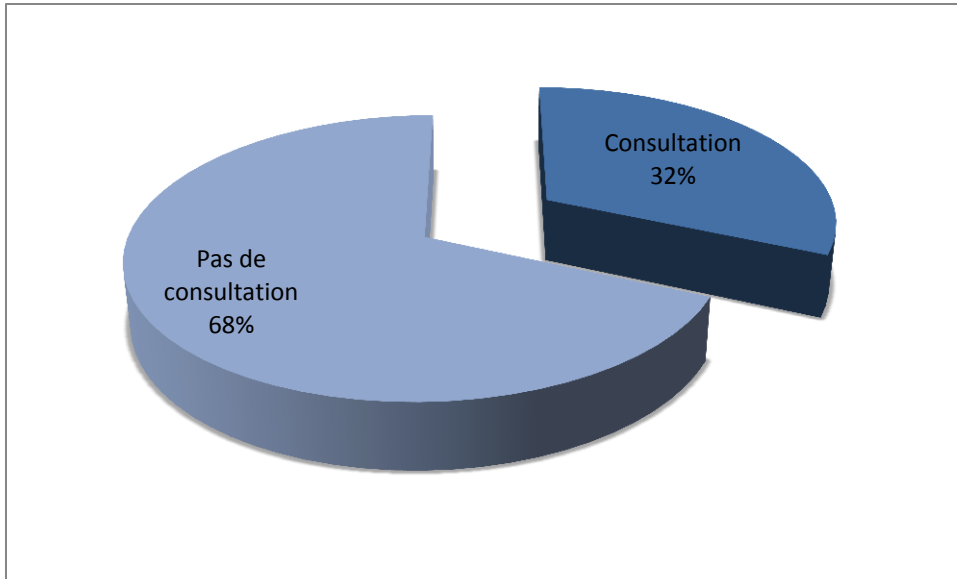


Figure 10: Consultation médicale en cas de fièvre de l'enfant.

En cas de consultation médicale, 17 parents déclaraient consulter aux urgences (18%), 65 chez un médecin généraliste (69%) et 12 chez un pédiatre (13%).

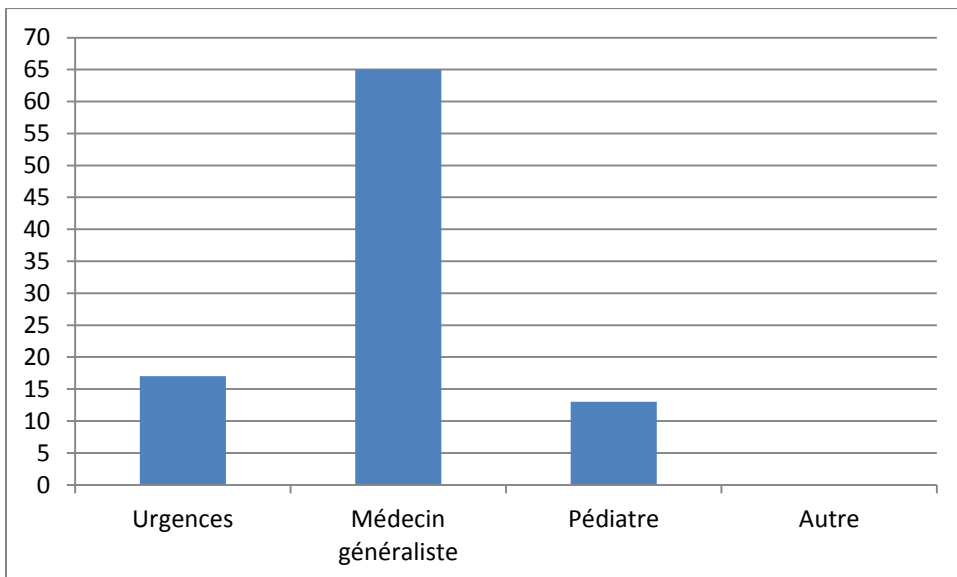


Figure 11: lieu de consultation en cas de fièvre

Les parents les plus inquiets (cotation de l'inquiétude au moins à 3 sur 4) consultaient plus aux urgences que les autres parents, avec une différence significative ($p=0,01$).

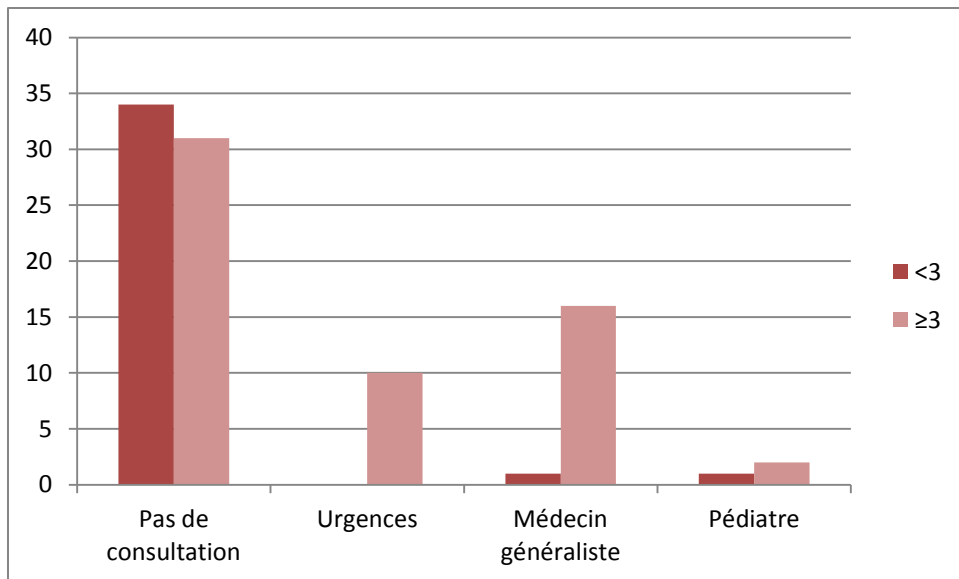


Figure 12: lieux de consultation en fonction du sentiment d'inquiétude des parents

b. Application des mesures physiques contre la température

Les parents ont été interrogés sur les mesures qu'ils appliquaient en cas de fièvre de leur enfant :

-le bain restait encore assez fréquemment utilisé comme moyen pour diminuer la température corporelle de l'enfant. En effet 41 parents utilisaient cette méthode.

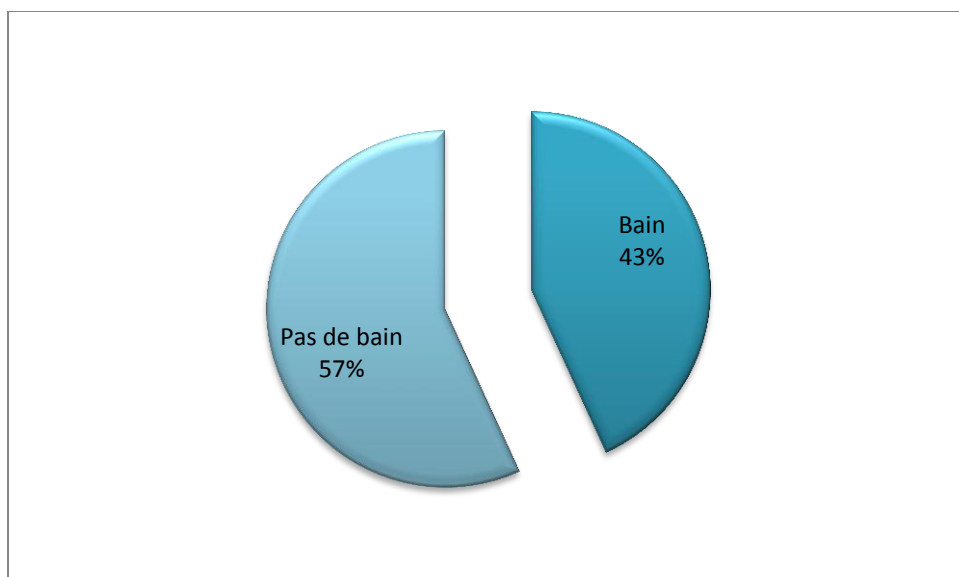


Figure 13: Utilisation du bain comme moyen de diminution de la température corporelle

-par contre 82 parents interrogés (86%) pensaient à découvrir leur(s) enfant(s) en cas de fièvre.

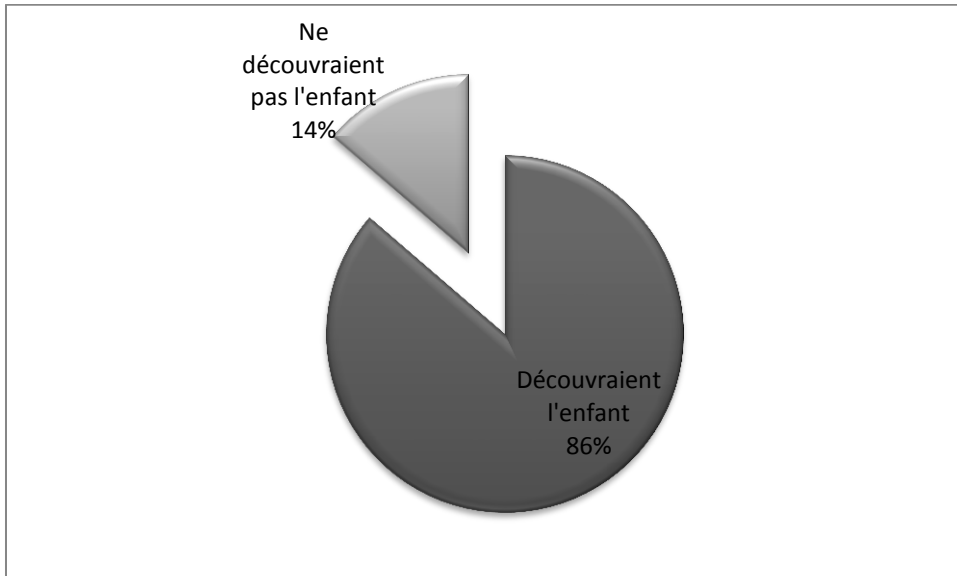


Figure 14: Pourcentage de parents découvrant leur(s) enfant(s) en cas de fièvre

-un soin particulier était accordé à l'hydratation de l'enfant en cas de fièvre. En effet 93 parents déclaraient penser à hydrater correctement leur(s) enfant(s) fébrile(s).

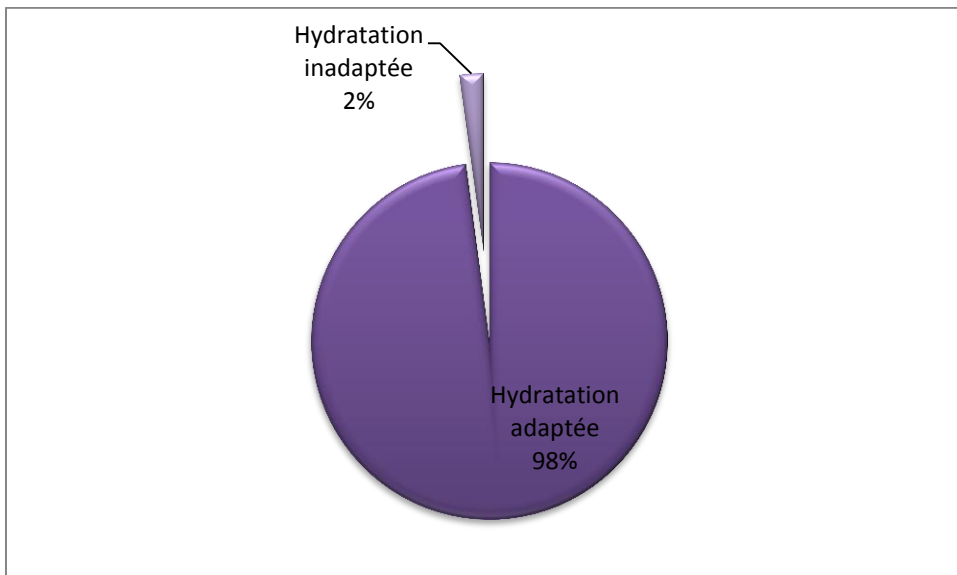


Figure 15: Hydratation adaptée des enfants fébriles

-l'aération de l'habitation était effectuée par 45% des parents interrogés.

-l'usage d'un médicament était très fréquent, 94 parents déclaraient y avoir recours en cas de fièvre de l'enfant.

Le choix de la molécule se portait principalement sur le paracétamol : 82 des parents l'utilisaient (86%). L'ibuprofène était le second traitement utilisé avec seulement 1 réponse (1%). Une bithérapie paracétamol et ibuprofène était utilisée par 12 parents (13%).

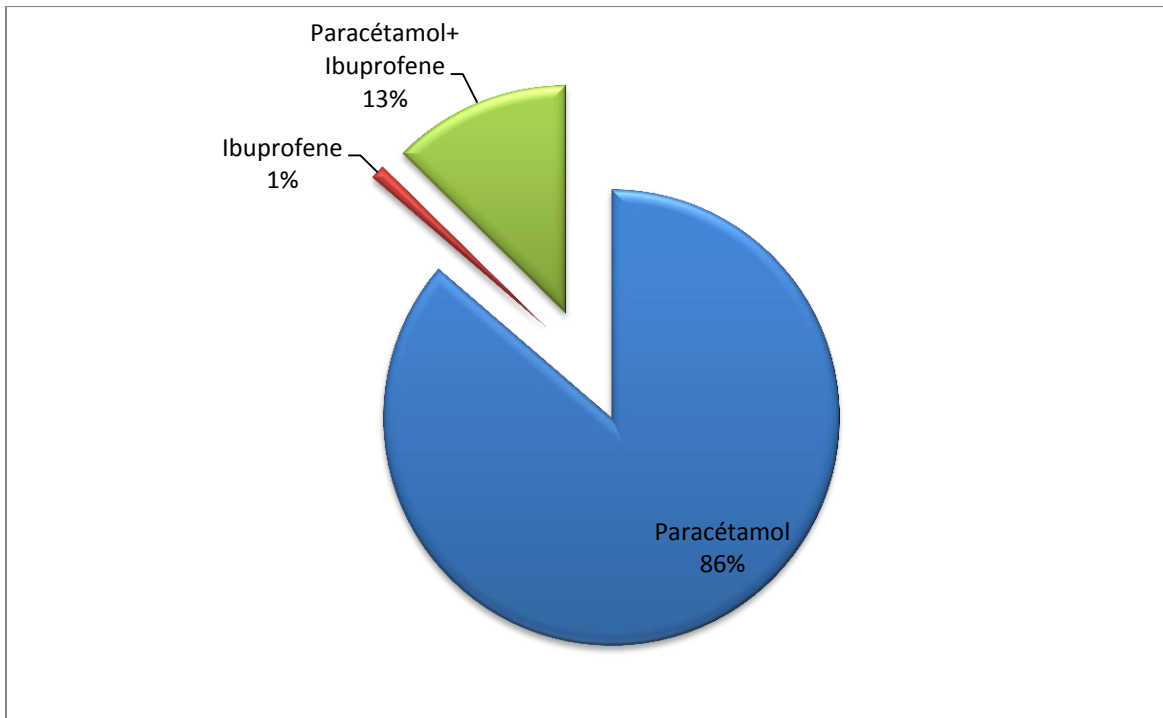


Figure 16: Utilisation d'un traitement médicamenteux

4. Respect des recommandations sur la prise en charge de la fièvre de l'enfant

a. Application des mesures physiques

Seulement 28 des parents interrogés appliquaient correctement les mesures physiques recommandées pour améliorer le confort de l'enfant fébrile.

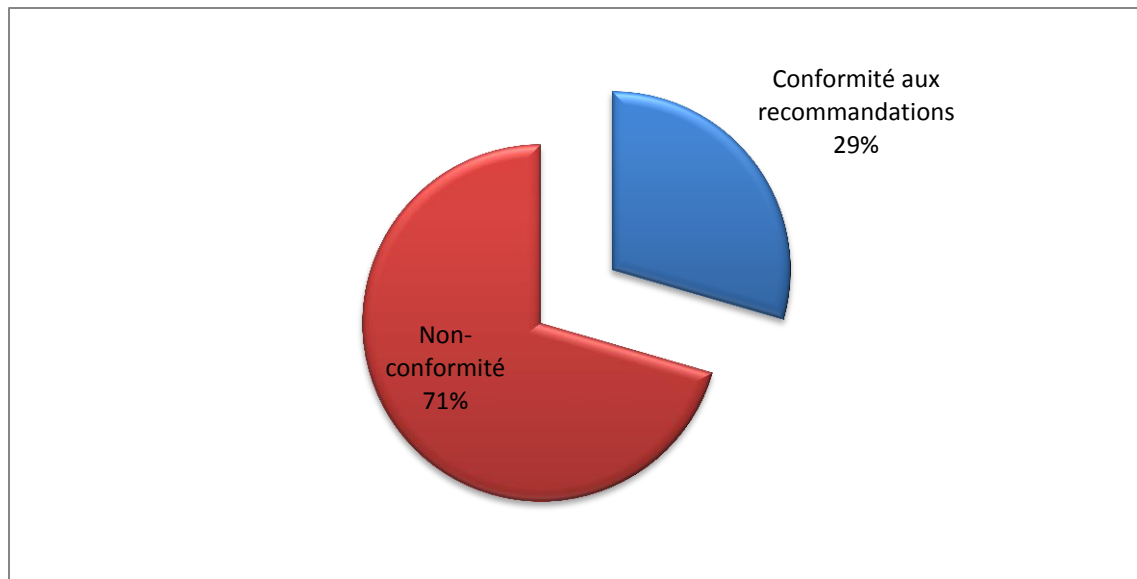


Figure 17: Application des mesures physiques conforme aux recommandations

b. Application des mesures physiques en fonction du niveau scolaire

Parmi ces parents qui appliquaient correctement les mesures physiques, 18 avaient un niveau scolaire post baccalauréat, 7 avaient un niveau baccalauréat et 3 avaient un niveau inférieur au baccalauréat.

40% des parents avec un niveau post baccalauréat déclaraient appliquer correctement les mesures physiques contre 33% des parents ayant un niveau baccalauréat et seulement 10% des parents ayant un niveau inférieur au baccalauréat.

Ce lien entre le niveau d'étude et l'application des mesures physiques recommandées était significatif ($p=0,017$).

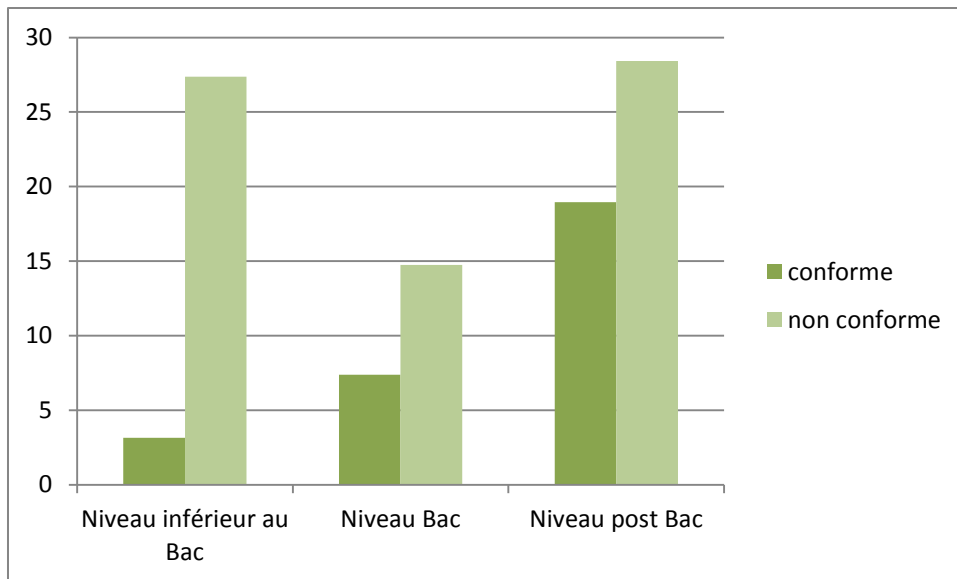


Figure 18: Conformité de l'application des mesures physiques selon le niveau d'étude des parents.

c. Application des mesures physiques en fonction de l'âge

Les parents qui déclaraient appliquer correctement l'ensemble des mesures physiques étaient plus âgés que les autres parents. En effet leur moyenne d'âge était de 36 ans contre 33 ans pour les parents n'appliquant pas correctement l'ensemble des mesures physiques. Cette différence n'était pas statistiquement significative ($p=0,10$).

d. Application des mesures physiques en fonction du suivi médical des enfants

Globalement les parents effectuant le suivi médical de leur enfant par un médecin généraliste ou un pédiatre appliquaient mieux les recommandations concernant les mesures physiques que les parents effectuant ce suivi différemment (PMI, urgences, ou pas de suivi du tout).

En effet, les parents qui déclaraient appliquer correctement l'ensemble des mesures physiques concernaient :

-18 des 53 parents déclarant un suivi par un médecin généraliste (34%),

-9 des 27 parents déclarant un suivi par un pédiatre (33%),

-1 des 15 parents déclarant un suivi différent (7%).

Cependant ce lien n'était pas significatif statistiquement ($p=0,09$).

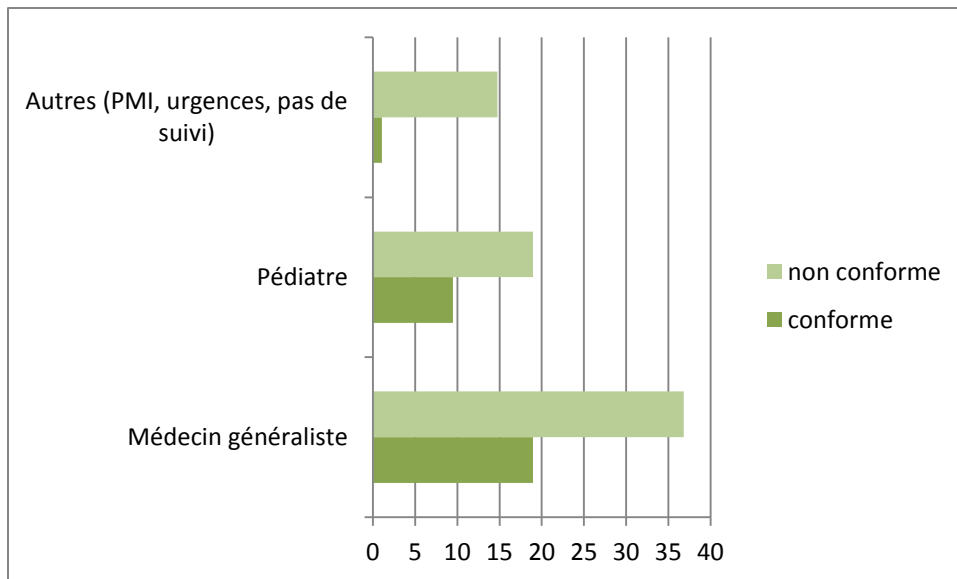


Figure 19: Conformité de l'application des mesures physiques en fonction du suivi médical des enfants.

e. Application des mesures physiques en fonction du nombre d'enfant

Le nombre moyen d'enfant des parents qui déclaraient appliquer correctement les mesures physiques était de 2 contre 2,25 enfants pour les autres parents.

Cette différence n'était pas significative ($p=0,31$).

f. Application des mesures physiques en fonction du modèle parental

2 des 10 parents (20%) qui déclaraient élevés seuls leur(s) enfant(s) appliquaient correctement les mesures physiques.

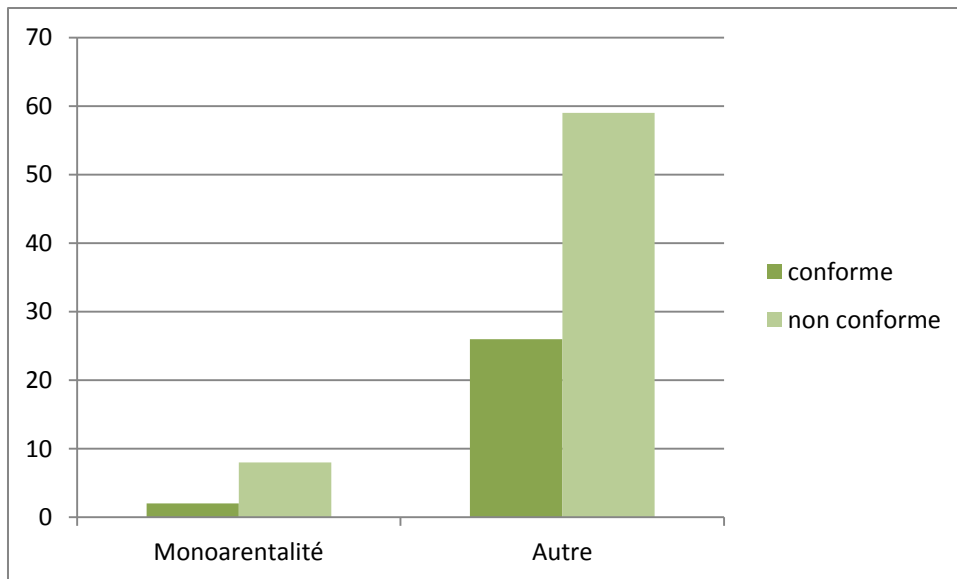


Figure 20: Conformité de l'application des mesures physiques suivant le modèle parental.

La différence observée entre le modèle monoparental et les autres parents n'était pas significative concernant l'application des mesures physiques ($p=0,71$).

g. Mesures physiques et inquiétude parentale

Les parents interrogés ont évalué leur inquiétude sur une échelle de 1 à 4. Le niveau d'inquiétude moyen était de 2,69 sur 4.

36 des parents évaluaient leur inquiétude inférieure à 3 sur 4 (38%) alors que 59 l'évaluaient supérieure ou égale à 3 sur 4 (62%).

Parmi les parents les plus inquiets 13 appliquaient correctement les mesures physiques recommandées (22%).

Parmi les parents les moins inquiets, 15 appliquaient correctement les mesures physiques recommandées (42%).

Ainsi cette différence entre le niveau d'inquiétude des parents et l'application des mesures physiques était significative ($p=0,041$).

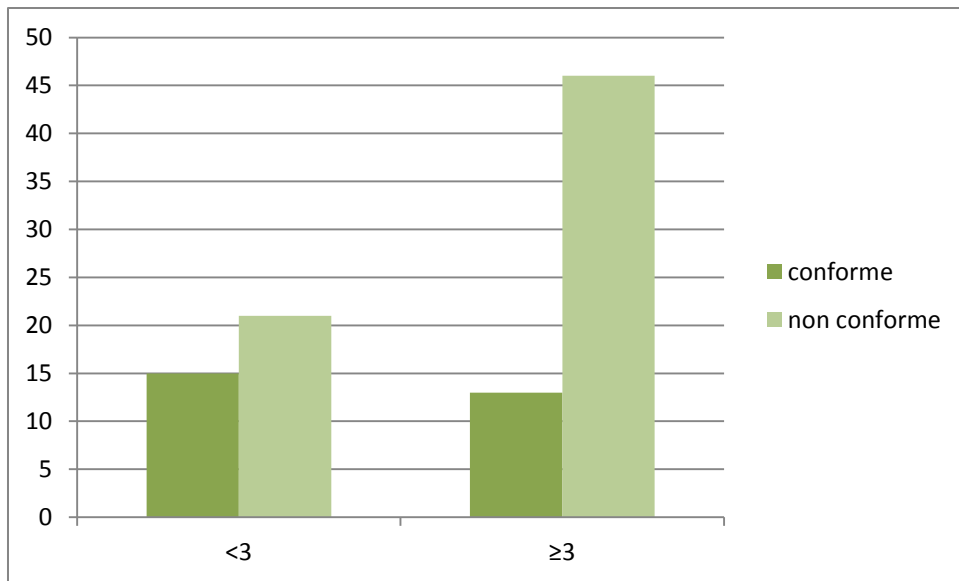


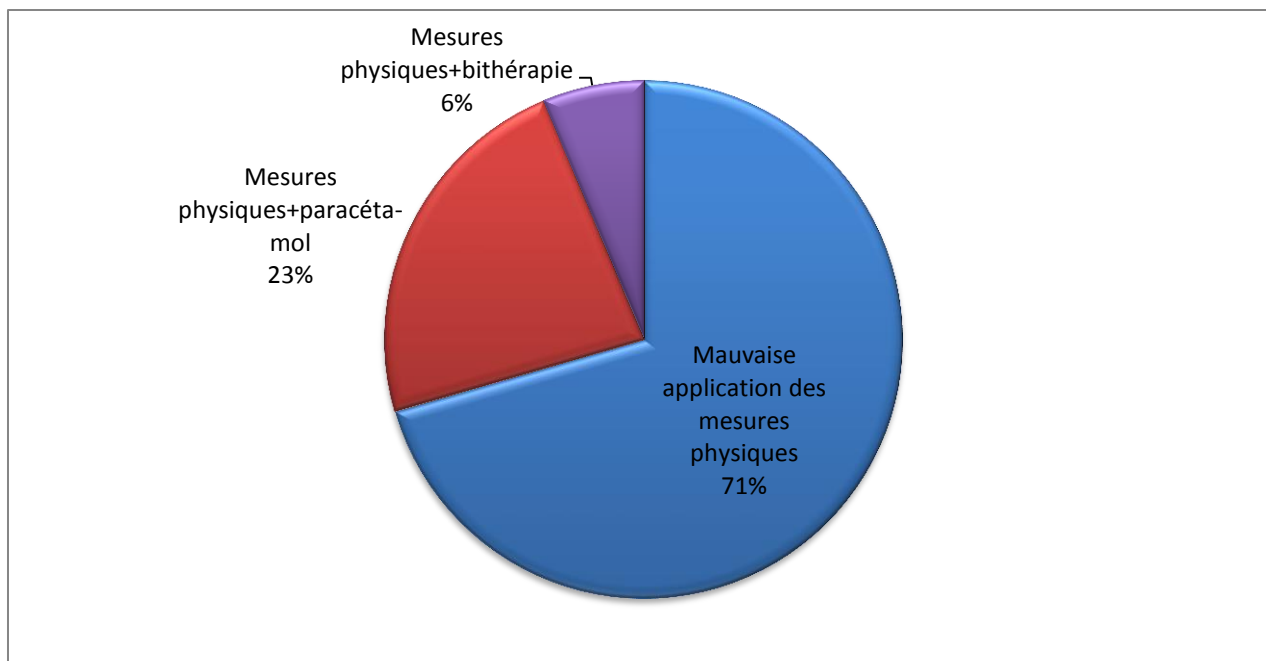
Figure 21: Application des mesures physiques en fonction du degré d'inquiétude des parents

h. Application des mesures physiques et médication

22 des parents interrogés déclarant appliquer correctement les mesures physiques utilisaient une monothérapie. Tous les parents utilisaient alors du Paracétamol (23%).

L'Ibuprofène n'était jamais utilisé en monothérapie par les parents qui appliquaient correctement les mesures physiques.

Par contre 6 parents appliquant correctement les mesures physiques déclaraient utiliser une bithérapie Paracétamol/Ibuprofène (6%).



5. Analyse multivariée :

Pour cette analyse une nouvelle variable a été créée. Il s'agissait du niveau de température définissant la fièvre selon les parents. 2 catégories de parents ont été formées : ceux définissant la fièvre en dessous de 38°C et ceux la définissant au dessus de 38°C. Il y avait 70 parents dans le groupe température supérieure à 38°C et 25 dans le second. Ce lien n'était pas significatif lors de l'analyse univariée ($p=0,09$).

Lors de l'analyse multivariée, une augmentation de la probabilité de bonne prise en charge de la fièvre a été recherchée en fonction de l'âge des parents, de leur niveau d'études et du seuil de température définissant la fièvre :

Variable	Modalité	OR	OR inf	OR sup	p-value
Age en année	Pour chaque augmentation d'un an *	1.03	0.95	1.11	0.5
Diplôme	Rien/BEP/CAP	ref	ref	ref	ref
	BAC	7.87	1.46	63.7	0.03
	Post-BAC	5.65	1.31	40.0	0.04
Définition fièvre	$\leq 38^{\circ}\text{c}$	ref	ref	ref	ref
	$> 38^{\circ}\text{c}$	4.08	1.33	13.3	0.015

Discussion

Cette étude a permis de voir que la définition de la fièvre n'était pas bien connue par les parents. Les mesures physiques à appliquer en cas de fièvre n'étaient pas bien intégrées non plus, par contre le paracétamol était le traitement le plus utilisé. Les mesures physiques étaient mieux appliquées par les parents ayant un niveau scolaire plus élevé et ceux définissant la fièvre comme une température supérieure à 38°C. Il serait donc souhaitable que tous les parents soient éduqués aux mesures à mettre en œuvre devant la fièvre de l'enfant, et reconnaître les signes inquiétants devant amener à une consultation médicale rapidement.

1. Population

a. Niveau d'étude

Près de la moitié de la population de cette étude (47%) avait un niveau d'étude supérieur au baccalauréat. Cette proportion est supérieure à la moyenne française. En effet en 2014, selon une étude de l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), seulement 25% des français avaient un niveau supérieur au baccalauréat, et seulement 39% pour la tranche d'âge 25-49 ans. [28]

Cela peut donc constituer un biais avec une représentation plus importante d'une population plus instruite. Cela pourrait s'expliquer par un intérêt plus marqué pour la participation à un travail universitaire.

2. Parentalité

Dans cette étude, 10% des parents déclaraient élever seul leur(s) enfant(s). Selon les études annuelles de recensement de l'INSEE de 2004 à 2007, les familles monoparentales représentaient environ 25% familles avec enfant. [29] Cette partie de la population est donc sous représentée dans cette étude.

II. Connaissances des parents

a. La fièvre

Moins de la moitié des parents définissaient la fièvre à 38°C (47%). Ce résultat est moins bon que ce qu'on peut retrouver dans d'autres études.

En effet, dans une étude sur la prise en charge de la fièvre de l'enfant effectué en 2014 dans un cabinet de médecine générale picard, 62% des parents (39 interrogés) définissaient la fièvre à partir de 38,5°C. [30]

D'autres études réalisées dans des services d'urgences pédiatriques trouvaient entre 60 et 87% des parents interrogés définissant correctement la fièvre. [31, 32]

b. Mesure de la température

Le thermomètre rectal était le moyen le plus utilisé (65%), suivi du thermomètre frontal (17%) puis auriculaire (11%). Cela signifie que 93% utilisent un thermomètre, contre 7% qui se fient à l'appréciation de la température par le toucher.

Ce taux d'utilisation d'un thermomètre est retrouvé également dans une étude effectuée aux urgences pédiatriques du Kremlin-Bicêtre en 2008. [33]

III. Prise en charge de la fièvre

a. Les mesures physiques

Le bain était encore utilisé par 43% des parents pour diminuer la température de l'enfant. Dans une étude française, nationale, menée entre 2007 et 2008, ce taux n'était que de 23%. [34]. Mais on peut quand même noter un progrès, car plus de 90% des parents utilisaient encore cette mesure en 2007. [35]

Seulement 29% des parents interrogés utilisaient correctement les mesures physiques recommandées. Malgré l'ancienneté des recommandations (2005), les mesures physiques restent assez mal utilisées. Cela se confirme dans d'autres études :

-12% des parents utilisaient les méthodes physiques correctement, dans une étude menée dans un cabinet de médecine générale picard en 2014 [30],

-21% des parents appliquaient les mesures physiques dans une étude aux urgences pédiatriques de Brest en 2000 [36],

-43% des parents ne connaissaient ou n'appliquaient pas les mesures physiques dans une étude parisienne de 2008. [33]

Les progrès concernant les mesures physiques seront à faire sur l'aération des pièces (seulement 45% le faisaient), le fait de ne pas couvrir l'enfant (14% ne découvraient pas l'enfant) et sur le bain à ne plus utiliser comme moyen de lutte contre la fièvre.

Par contre le fait de faire boire l'enfant régulièrement était une mesure bien utilisée (98% des parents le faisaient).

Toutefois l'étude menée en France entre 2007 et 2008 auprès de généralistes, retrouvait une bonne utilisation des mesures physiques avec 90% des parents qui avaient débuté une prise en charge non médicamenteuse, mais seulement 15% avaient utilisé les trois mesures de façon concomitante (aérer, hydrater, déshabiller). [34]

b. Les moyens médicamenteux

Dans cette étude, 86% des parents utilisaient le paracétamol, 13% l'association paracétamol/ibuprofène et 1% l'ibuprofène seul.

Aucun parent n'a utilisé la possibilité de citer un autre traitement (l'aspirine par exemple).

Cette utilisation du paracétamol devant l'ibuprofène et enfin l'aspirine se retrouvent dans d'autres études. [30, 33, 34]

L'utilisation d'une monothérapie est recommandée. [4]

Aucune étude n'a prouvé l'intérêt d'une alternance ou d'une association d'antipyrétiques. [19]

Cependant l'ibuprofène reste fréquemment employé malgré ses effets secondaires possibles, et cela se fait souvent sur prescription médicale. [37,38]

Dans cette étude, nous n'avons pas interrogé les parents sur les posologies et les intervalles de prise médicamenteuse.

Nous aurions pu également interroger les parents sur leur motif de recours aux traitements médicamenteux.

IV. Limites de l'étude

Seuls les parents consultant aux urgences pédiatriques du CHU d'Amiens ont été interrogés, ce qui n'est pas représentatif de la population générale. En effet le CHU a un recrutement différent des autres structures (enfants suivis par des spécialistes...) et il est implanté dans une grande ville avec des médecins libéraux disponibles (médecins généralistes, pédiatres à proximité).

De plus, les questionnaires ont été remis aux parents par des étudiants en Médecine (externes ou internes), qui n'ont pas pu le remettre à tous les parents. Il existe donc un biais de sélection important, les questionnaires étant certainement remplis par les parents les plus intéressés par le sujet.

Également, le questionnaire ne comprenait que des questions fermées, ce qui limitait beaucoup les possibilités de réponse des parents. En plus, les parents étaient interrogés dans un contexte de « stress » aux urgences ce qui pourrait modifier leur réponse. Mais ceci à limiter le biais de mémorisation.

Par ailleurs les parents n'ont pas du tout été interrogés sur les signes de gravité de la fièvre.

Nous n'avons pas non plus posé de question sur l'âge des enfants : en effet des parents d'enfant âgé de moins de 3 mois iront plus facilement aux urgences et seront surement plus inquiets que des parents d'enfants plus âgés en raison des examens complémentaires à réaliser...

Des questions sur la posologie des traitements antipyrétiques auraient également été intéressantes. En effet, le paracétamol est recommandé mais à certaines conditions : 15mg/kg, une dose toutes les 6 heures.

V. Information des parents

Les parents disposent de plusieurs moyens d'information : médias, internet, carnet de santé...

Cependant en voyant les résultats de cette étude, on peut penser que cette information est insuffisante. [39]

Il est donc primordial que les professionnels de santé informent régulièrement les parents à chaque étape de la maternité aux consultations de suivi de l'enfant.

Conclusion

Cette étude a permis de se rendre compte que les parents n'appliquaient pas au mieux les recommandations de l'AFSSAPS concernant la prise en charge de la fièvre de l'enfant malgré l'ancienneté de celles-ci.

Moins de la moitié des parents connaissaient le niveau de température définissant la fièvre. Celle-ci les inquiète mais pourtant ils ne consultent pas forcément un médecin.

Seulement un cinquième de la population appliquait correctement les mesures physiques et utilisait un traitement médicamenteux adapté.

Il apparaissait que les parents appliquant le mieux les recommandations étaient ceux ayant un niveau scolaire plus élevé. C'étaient également ceux qui définissaient le mieux la fièvre.

Il reste donc un travail d'éducation des parents important. En effet des progrès restent à faire sur l'utilisation du bain et de l'ibuprofène.

Les médecins généralistes ainsi que les pédiatres sont au premier plan pour réaliser cette information tout au long du suivi des enfants. Les professionnels des maternités et PMI sont également impliqués.

Des fiches d'information sur les mesures à adapter en cas de fièvre de l'enfant pourraient être remises aux parents, pour qu'ils intègrent correctement ces informations et qu'ils ne soient pas débordés à domicile en cas de fièvre et avec le stress qu'engendre celle-ci. Une proposition de fiche destinée aux parents a été rédigé lors de ce travail selon les recommandations de 2005. [annexe 2]

Références

- [1] Observatoire de la Médecine Générale : consultations pour état fébrile en 2009, disponible sur <http://omg.sfm.org/content/donnees/donnees.php>.
- [2] Schmitt BD. Fever phobia : misconceptions of parents about fevers. Am J Dis Child 1980Feb;134(2):176_81.
- [3] Crocetti M, Moghbeli N, Serwint J. Fever Phobia Revisited: Have Parental Misconceptions About Fever Changed in 20 years? Pediatrics June 2001, Volume 107 / Issue 6.
- [4] Afssaps 2005. Mise au point sur la prise en charge de la fièvre chez l'enfant. Accessible sur <http://ansm.sante.fr/content/download/6212/60216/version/4/file/mapfieuv.pdf>.
- [5] Bellaïche M, Viala J, Sanlaville D. Inter-Med Pédiatrie 8^{ème} édition. Vernezobres-Gregg ; P 244.
- [6] Pedespan L, Pillet P, Llanas B. Fièvre chez le nourrisson de plus de trois mois, démarche diagnostique. Commission scientifique Société Française de Médecine d'Urgence ; 2002 :51.
- [7] Bégué P, Austruc J. Pathologie infectieuse de l'enfant. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS ; 1999. P.3-4.
- [8] Société française de Dermatologie. Comprendre la peau. Les grandes fonctions de la peau. Thermorégulation. Ann Dermatol Venereol 2005 ;132 :8549-68. Disponible sur : <http://www.sfdermato.org/media/pdf/formation-en-dpc/formation/11-thermoregulation.pdf>.
- [9] Silbernagl S; Lang F. Atlas de Physiopathologie. Médecine-Sciences. Flammarion. P20 à 24.
- [10] Burmester GR; Pezzutto A. Atlas d'immunologie. Médecine-Sciences. Flammarion. Pages 60-62.
- [11] Ganong WF. Physiologie Médicale 2^{ème} édition. De Boeck 2005. P 240 chapitre 14.
- [12] Bellaïche M, Viala L. Pédiatrie 8^{ème} édition. Vernezobres-Gregg. Pages 245-248.
- [13] Leduc D, Woods S; Société canadienne de pédiatrie. La mesure de la température en pédiatrie. Disponible sur <http://www.cps.ca/fr/documents/position/mesure-de-la-temperature>.
- [14] Uhari M, Rantala H, Vainionpää L, Kurttila R. Effect of acetaminophen and of low intermittent doses of diazepam on prevention of recurrences of febrile seizures. J Pediatr. 1995 Jun;126(6):991-5.

- [15] Rantal H, Tarkka R, Uhari M. A meta-analytic review of the preventive treatment of recurrences of febrile seizures. *J Pediatr*. 1997 Dec;131(6):922-5.
- [16] Van Stuijvenberg M, Derksen-Lubsen G, Steyerberg E, Habema D, Henriette A. Randomized, controlled trial of Ibuprofen syrup administered during febrile illness to prevent seizure recurrences. *Pediatrics* Vol. 102 No. 5 Novembre 1998. Disponible sur <http://pediatrics.aappublications.org/content/102/5/e51?ck=nck>.
- [17] Meremikwu MM, Oyo-Ita A. Physical methods for treating fever in children. Avil 2003. Disponible sur : http://www.cochrane.org/CD004264/INFECTN_physical-methods-for-treating-fever-in-children.
- [18] Corrad F. Thermic comfort and fever or how to be the most comfortable. Consulté sur <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929693X99800815>.
- [19] Société française de Pédiatrie. Fièvre du jeune enfant. Octobre 2004. Consulté sur <http://www.sfpediatric.com/recommandation/fi%C3%A8vre-du-jeune-enfant>.
- [20] Misurac JM, Knoderer C, Leiser J, Nailescu C, Wilson A, Andreoli S. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs are an important cause of acute kidney injury in children. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022347612014035>.
- [21] Ulinski, Guignon V, Dunan O, Bensman A. renal failure after treatment with non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Eur J Pediatr*. 2004 Mar;163(3):148-50.
- [22] Louis ML, Launay F, Guillaume J-M, Sabiani F, Chaumoître K, Retornaz K, et al. Dermo-hypodermite nécrosante compliquant la varicelle chez l'enfant sous anti-inflammatoires non stéroïdiens: À propos de 2 cas. *Revue de Chirurgie Orthopédique et Réparatrice de l'Appareil Moteur*. Volume 92, Issue 5, Septembre 2006, Pages 504–507.
- [23] Agence nationale de sécurité du médicament. L'utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), dans le traitement de la fièvre et/ou de la douleur, n'est pas recommandée chez l'enfant atteint de varicelle. Lettre aux professionnels de santé du 15/07/2004.
- [24] Zerr D, Russell A, Duchin J, Koutsky L, Rubens C. A Case-Control Study of Necrotizing Fasciitis During Primary Varicella. *Pediatrics*. April 1999, VOLUME 103 / ISSUE 4.
- [25] Lesko. The safety of ibuprofen suspension in children. *Int J Clin Pract Suppl*. 2003 Apr;(135):50-3.
- [26] Ansm. Syndrome de Reye et Aspirine. 25/10/2002.
- [27] Petit manuel de Pharmacovigilance et Pharmacologie clinique. Revue prescrire. Disponible sur <http://campus.prescrire.org/Fr/100/311/47204/0/PositionDetails.aspx>.
- [28] INSEE. Niveau d'étude selon l'âge en 2014. Disponible sur http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=nattef07232.

[29] Chardon O, Daguët F, Vivas E, division Enquêtes et études démographiques, Insee. Les familles monoparentales. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1195#inter2.

[30] Talles A. Fièvre de l'enfant de moins de six ans : connaissances et attitudes des parents. Thèse pour le doctorat en médecine. Amiens. Décembre 2014.

[31] GALOISY FINANCE A. Fièvre aiguë de l'enfant de moins de six ans : position des pédiatres et des médecins généralistes, évaluation des connaissances et des comportements des parents : à partir de deux études. Thèse d'exercice Médecine Générale. Nancy : 2005.

[32] CHAMAYOU C. Connaissance et prise en charge de la fièvre par les parents (à propos d'une enquête aux urgences pédiatriques du Havre). Thèse d'exercice Médecine Générale. Rouen : 2004.

[33] GABAIS D. Fièvre de l'enfant : Evaluation des connaissances et de la prise en charge des parents. Thèse d'exercice de Médecine Générale. Créteil : 2008.

[34] Bertille N, Fournier-Charrière E, Pons G, Chalumeau M. Managing Fever in Children: A National Survey of Parents' Knowledge and Practices in France. Décembre 2013.

[35] Boivin JM, Weber F, Fay R, Monin P. Prise en charge de la fièvre de l'enfant: les connaissances et pratiques des parents sont-elles satisfaisantes? *Archiv Pédiatr* 2007 ; 14 : 322-9.

[36] Gestin F. La fièvre du petit enfant : que font les parents ? A propos d'une enquête réalisée aux urgences pédiatriques de Brest en décembre 2000. Thèse d'exercice de Médecine Générale. Brest : 2002.

[37] Charkaluk M-L, Kalach N, El Kohen R, Kremp O. Familial use of ibuprofen in febrile children: a prospective study in the emergency room of an hospital in Lille. *Archives de Pédiatrie*. Volume 12, Issue 8, Aout 2005, Pages 1209–1214.

[38] MALMONTE A, PEREZ CASTRO – ZAPART A. L'éducation des parents à la fièvre du nourrisson de plus de trois mois en médecine générale. Université de droit et de la Santé, Lille 2. Thèse d'exercice Médecine. Lille : 2014.

[39] Cardin T. Etude de la qualité d'information présente sur internet concernant la prise en charge en médecine générale de la fièvre chez l'enfant. Thèse d'exercice Médecine générale. Amiens : 2014.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire remis aux parents :

Questionnaire pour une thèse de Médecine Générale

Directeur de thèse : Dr VIVES Eric Interne : LESOIN Ludovic

Evaluation des connaissances et de la prise en charge de la fièvre de l'enfant par leurs parents.

Cette étude aura pour objectifs de :

- Evaluer les connaissances des parents consultants aux urgences du CHU d'AMIENS : définition de la fièvre, méthode de mesure de celle-ci.
- Evaluer la prise en charge des parents : consultation immédiate ? Médication ? Utilisation de mesures physiques ? Si utilisation d'un médicament, lequel ?

I. Qui êtes-vous ? (enquête anonyme) :

1. Quel est votre âge ?
2. Combien d'enfants avez-vous ?
3. Quel est votre niveau d'étude ?
4. Elevez-vous seul(e) votre enfant ?
5. Votre enfant est suivi : - Par un médecin généraliste ?
 - Par un pédiatre ?
 - En PMI
 - Par un urgentiste ? - Pas de suivi ?
6. Lieu de consultation habituel en cas de fièvre de votre enfant ?
 - urgences -médecin généraliste -pédiatre -autre, préciser :

II. Que connaissez-vous de la fièvre ?

7.Selon vous la fièvre est définie à partir de : -36.5°C - 37°C -37.5°C -38°C -38.5°C -39°C

8. Comment mesurez-vous la température ?
- thermomètre rectal
 - thermomètre auriculaire
 - thermomètre frontal
 - au toucher ?
 - autre ? Préciser :.....

9. Possédez-vous un thermomètre ? -oui -non

III. Que faites-vous en cas de fièvre chez votre enfant ?

10. Consultez-vous systématiquement dès que votre enfant a de la température ?

-oui -non

11. La fièvre est-elle un symptôme qui vous inquiète ?

1 2 3 4 (de 1= pas du tout à 4=énormément)

12. si votre enfant a de la fièvre :

a) donnez-vous un bain ? -oui -non

b) découvrez-vous l'enfant ? -oui -non

c) aérez-vous la pièce ? -oui -non

d) donnez-vous un médicament ? -oui -non

e) lequel : -paracétamol (=doliprane, dafalgan, efferalgan), -ibuprofène (advil),

-les deux

- autre : préciser :.....

f) proposez-vous régulièrement à boire à l'enfant ? -oui -non

Annexe 2 : Fiche explicative destinée aux parents :

La fièvre de l'enfant

La fièvre est une élévation de la température corporelle au dessus de 38°C (chez un enfant n'ayant pas fait d'effort physique, couvert normalement dans une atmosphère tempérée). Il s'agit d'un symptôme fréquent et le plus souvent bénin. La température mesurée grâce à un thermomètre rectal est la plus fiable. La fièvre est un moyen de défense de l'organisme pour se défendre contre une infection, le but de son traitement est de diminuer l'inconfort de votre enfant.

Ce qui doit vous inquiéter en cas de fièvre :

- des troubles du comportement ou de la vigilance (enfant endormi, ne jouant plus...),
- des difficultés respiratoires,
- l'apparition d'un purpura (tache rouge ne disparaissant pas lorsque l'on appuie dessus) ; ceci constitue une urgence,
- la déshydratation.

La fièvre avant l'âge de 3 mois doit mener systématiquement à une consultation médicale.

Ce que vous pouvez faire face à la fièvre de votre enfant pour améliorer son confort :

1) Application de mesures simples :

- ne pas trop couvrir votre enfant
- ne pas lui donner de bain dans le but de diminuer sa température
- aérer la pièce
- lui proposer à boire régulièrement

2) Administration d'un traitement :

Le traitement médicamenteux est recommandé à partir de 38,5°C.

La molécule recommandée est le paracétamol (Doliprane®, Dafalgan®, Efferalgan®), à la posologie de 15 mg par kilo. Une dose peut être administrée toutes les 6 heures.

L'aspirine et les anti-inflammatoires non stéroïdiens ne doivent pas être utilisés en premier recours en raison d'effets indésirables potentiellement graves.

Etude des connaissances et du comportement des parents face à la fièvre de leur enfant.

Résumé :

Introduction : La fièvre de l'enfant est un motif de consultation fréquente mais également une source d'inquiétude pour les parents. Les recommandations concernant la prise en charge de la fièvre de l'enfant ont été rédigées en 2005 par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM), dont le but était de limiter l'inconfort de l'enfant fébrile. Malgré les années passées, ces recommandations ne semblaient pas bien appliquées par les parents. Cette étude avait pour but d'évaluer les connaissances et le comportement des parents face à la fièvre de leur enfant.

Matériel et méthodes : L'enquête était anonyme, et s'est déroulée aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens du 1^{er} septembre au 2 novembre 2015. Les questionnaires étaient remis aux parents par les externes et internes du service. Les données ont été analysées avec les logiciels Microsoft Excel[®] et R[®].

Résultats : 95 parents ont répondu au questionnaire. Seulement 28 parents prenaient en charge correctement la fièvre de leur enfant. L'analyse multivariée des données a permis de mettre en évidence que le niveau d'étude des parents influençait leur prise en charge ainsi que le fait de connaître la définition de la fièvre.

Discussion : Malgré l'ancienneté des recommandations concernant la prise en charge de la fièvre de l'enfant, les connaissances des parents ainsi que leur attitude n'étaient pas optimales. Certaines habitudes comme le bain étaient encore de pratique courante.

Conclusion : Un travail des professionnels de santé reste primordial dans l'éducation des jeunes parents. Ce travail paraît encore plus important pour les parents ayant un faible niveau d'études afin d'améliorer la prise en charge des enfants fébriles.

Mots-clés : Fièvre, enfant, pédiatrie, connaissances des parents.

Assessment of the knowledge and behavior of parents facing their child's fever.

Abstract :

Introduction: Child's fever is a frequent reason for medical consultation but is also a source of concern for parents. Recommendations for the management of child's fever were drafted in 2005 by the "Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM)", whose main purpose was to limit the discomfort of the febrile child. Despite past years, these recommendations were apparently not perfectly applied by the parents. This study aimed assess at assessing the knowledge and behavior of parents facing their child's fever.

Materials and Methods: The survey was anonymous and took place at the pediatric emergency department of the "Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens" from September 1st to November 2nd 2015. The questionnaires were given to the parents by the medical students. Data were analyzed using Microsoft Excel[®] and R[®] softwares.

Results: 95 parents returned completed questionnaires. Among these, only 28 parents load correctly took their child's fever. A multivariate analysis of the data allowed to evidence that right knowledge of the fever definition is linked to the educational level of parents, which correlates with a proper attitude facing the fever.

Discussion: Despite the oldness of the recommendations for the management of the fever of the child, parental knowledge and their attitudes were not optimal. Some habits such as bathing were still common practice.

Conclusion: A task of health professionals remains essential in the education of young parents. This task seems even more important for parents with low levels of education to improve the care of febrile children.

Keywords: Fever, child, pediatrics, parental knowledge.