U N I V E R S I T É D E P I C A R D I E J U L E S V E R N E
F A C U L T É D E M É D E C I N E D ' A M I E N S

ANNÉE 2016 N° 2016 – 55

PRISE EN CHARGE PAR LES PARENTS DE L'HYPERTHERMIE CHEZ LE NOURRISSON DANS LE DÉPARTEMENT DE LA SOMME

THÈSE
POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLÔME D'ÉTAT)
SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
LE 6 JUIN 2016 À AMIENS
PAR CHLOÉ SOUBRY-MAILLET

Président du jury : Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ

Membres du jury : Monsieur le Professeur Henri COPIN
Monsieur le Professeur Pierre TOURNEUX
Madame le Docteur Elodie HARAUX

Directeur de thèse : Madame le Docteur Sylvie BOUTTENS-MARCHAND

À mon Maître et Président de thèse,

Monsieur le ***Professeur Bernard BOUDAILLIEZ***

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Pédiatrie)
Pôle « Femme – Couple- Enfant »
Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de présider le Jury de cette Thèse, veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance d'avoir accepté de juger ce travail sans aucune hésitation.

À mon Maître,

Monsieur le ***Professeur Henri COPIN****,*

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Cytologie et Histologie)
1er Assesseur et Assesseur du 1er cycle
Chef du service de Médecine et Biologie de la Reproduction et de la Cytogénétique
Pôle « Femme – Couple – Enfant »
Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de juger mon travail, veuillez recevoir l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

À mon Maître,

Monsieur le ***Professeur Pierre TOURNEUX****,*

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Pédiatrie)
Pôle « Femme – Couple – Enfant »

Vous me faites l'honneur de juger mon travail, soyez assuré de mes remerciements et de ma respectueuse considération.

À mon Maître,

Madame le ***Docteur Elodie HARAUX****,*

Praticien Hospito-Universitaire
(Chirurgie pédiatrique)
Pôle « Femme – Couple – Enfant »

Vous me faites l'honneur de juger mon travail, veuillez recevoir l'expression de ma gratitude et de ma sincère reconnaissance.

À ma directrice de Thèse,

Madame le ***Docteur Sylvie BOUTTENS-MARCHAND****,*

Pédiatre
Ancien interne du CHU Amiens
Attaché de Néphrologie Pédiatrique au CHU d'Amiens
Attaché en Maternité au CHAM

Tu m'as fait l'honneur de diriger cette thèse, merci d'avoir accepter de vivre cette aventure avec moi et de m'avoir fait confiance pour la réalisation de ce travail.

*À **mon cœur**, tu m'as soutenue et accompagné pendant ses longues études.*
Parce que sans toi la vie ne vaudrait pas la peine d'être vécue, merci d'être toujours à mes côtés.

*À mes deux amours, **Grégoire** et **Maxence**, mes deux rayons de soleil,*
Je suis une maman comblée.

*À **Moun** et **Poun**, aux valeurs que vous m'avez inculpées.*
Vous m'avez toujours soutenue et encouragée, je vous aime.

*A **Charlotte**, ma sœur, mon amie, ma confidente, avec qui ont a partagé toutes ses études,*
On n'aurait jamais pu faire tout ça l'une sans l'autre.

*À **Florian**, je suis tellement fière de toi mon grand frère, tu as toujours su nous protéger.*

*À **Mamie chérie**, partie trop tôt, qui aurait été si fière de nous.*

*À **ma famille**, parce qu'avec vous la vie est plus belle.*

*A **mes beaux parents**, **mes belles sœurs** et **beaux frères**, vous m'avez accueilli dans votre merveilleuse famille.*

*À **mes amis**, pour tous les bons moments partagés et pour tous ceux à venir.*

*À **Marjorie** et **Julie**, mes amies et relectrices en chef,*

Merci pour votre soutien et vos conseils avisés, j'espère que le temps et la distance nous gardera toujours soudées.

À toutes les personnes que j'ai côtoyées au cours de mes stages d'internat,

Pour votre accueil, votre gentillesse, vos conseils…

Vous m'avez permis de progresser et avez toujours fait preuve de compréhension et de patience. Merci.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION 15

A. PRÉ-REQUIS 15

1. Quelques définitions ***..... 15***

a) Nourrisson 15

b) Température normale du corps 15

c) Fièvre 15

2. Différentes méthodes de mesure de la température ***..... 16***

a) Thermomètres disponibles [4], [6] 16

b) Sites de mesure de la température [2], [3], [4], [8] 17

3. Différents moyens de prise en charge de la fièvre ***..... 18***

a) Méthodes physiques 18

b) Traitements médicamenteux 18

B. PROBLÉMATIQUE 22

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES 23

A. TYPE D'ÉTUDE 23

B. POPULATION ÉTUDIÉE 23

C. RECUEIL DES DONNÉES 23

D. ANALYSE STATISTIQUE 24

III. RESULTATS 25

A. TAUX DE RÉPONSE 25

B. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION 25

C. SUIVI MÉDICAL DES ENFANTS 27

D. CONNAISSANCES ET COMPORTEMENTS DES PARENTS FACE A LA FIÈVRE 28

1. Valeur seuil de la fièvre ***..... 28***

2. Méthode de mesure de la température ***..... 29***

3. Valeur seuil d'administration d'un traitement contre la fièvre ***..... 30***

4. Moyens physiques de traitement de la fièvre ***..... 31***

5. Traitements médicamenteux de la fièvre ***..... 31***

E. SENTIMENT D'INFORMATION DES PARENTS 32

F. ANALYSE DE SOUS-GROUPES 33

1. Selon le sexe ... *33*
2. Selon l'âge ... *33*
3. Selon le niveau d'étude ... *34*
4. Selon la situation familiale ... *34*
5. Selon le sentiment d'information ... *35*
6. Selon le suivi ... *35*

IV. DISCUSSION ... 36

A. CONNAISSANCES DES PARENTS SUR LA FIÈVRE ... 36
1. Définition de la fièvre ... *36*
2. Température conduisant à débuter le traitement ... *36*
3. Critères d'instauration du traitement antipyrétique ... *37*
4. Synthèse ... *37*
B. COMPORTEMENTS DES PARENTS FACE À LA FIÈVRE ... 38
1. Mesure de la température corporelle ... *38*
2. Traitement physique de la fièvre ... *38*
3. Traitement médicamenteux de la fièvre ... *39*
4. Synthèse ... *40*
C. SENTIMENT D'INFORMATION DES PARENTS ... 41
D. FACTEURS INFLUENÇANT LA PRISE EN CHARGE ... 41
E. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE ... 42
1. Biais ... *42*
a) Elaboration du questionnaire ... 42
b) Biais de recrutement ... 43
c) Biais de mesure ... 43
2. Forces ... *43*
F. PERSPECTIVES ... 44

V. CONCLUSION ... 45

VI. ANNEXES ... 47

A. ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX CABINETS DE MEDECINE GENERALE DE LA SOMME ... 47
B. ANNEXE 2 : LETTRE ACCOMPAGNANT LE QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX CABINETS ... 49

C. ANNEXE 3 : MISE AU POINT DE L'AFSSAPS SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA FIEVRE CHEZ L'ENFANT 50

VII. BIBLIOGRAPHIE 51

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AINS	Anti-Inflammatoire Non Stéroïdiens
Syndrome de Reye	Encéphalopathie aiguë non inflammatoire avec atteinte hépatique biologique et/ou anatomopathologique.
PMI	Protection Maternelle et Infantile
SFP	Société Française de Pédiatrie
AFPA	Association Française de Pédiatre Ambulatoire
INPES	Institut national de Prévention et d'Education pour la Santé

I. INTRODUCTION

A. PRÉ-REQUIS

1. Quelques définitions

a) Nourrisson

Un **nourrisson** se définit selon le Larousse Médical [1] comme un enfant dont l'âge se situe entre 29 jours et 2 ans.
Depuis le jour de sa naissance jusqu'à son 28ème jour de vie, il s'agit d'un nouveau né.

b) Température normale du corps

La **température corporelle normale** est définie par une valeur de 36.8 +/- 0.4°C. [2]
Les conditions optimales de prise de température sont au repos, à distance d'un repas, si possible le matin au réveil ; car de nombreux facteurs peuvent influencer les résultats, tels que le moment de prise au cours du nycthémère, l'état émotionnel, l'environnement, l'alimentation… [3]

Il existe également des variations de cette température selon la technique de mesure [4] :

- Par voie rectale, la température normale est comprise entre 36.6 et 38°C,
- Par voie buccale, entre 35.5 à 37.5°C,
- Par voie axillaire, entre 34.7 et 37.3°C,
- Par voie tympanique, entre 35.8 et 38°C.

c) Fièvre

Il convient de différencier hyperthermie et fièvre.
L'**hyperthermie** est due à l'impossibilité de l'organisme de réguler son bilan calorique du fait d'une augmentation de la thermogenèse (exercices musculaires intenses) ou le plus souvent lors d'une thermolyse insuffisante (température ambiante trop élevée, atmosphère trop

humide rendant la sudation inefficace, insuffisance d'apport hydrique). Dans ce cas, le point d'équilibre thermique n'est pas modifié. [5], [6]

La **fièvre** chez l'enfant est définie par une élévation de la température centrale au dessus de 38°C, en l'absence d'activité intense, chez un enfant normalement couvert, dans une température ambiante tempérée. [7]
Il existe un dérèglement du thermostat du centre thermorégulateur (l'hypothalamus) avec déplacement du point d'équilibre vers le haut, d'ou l'apparition d'une vasoconstriction pour diminuer la thermolyse et de frissons pour augmenter la thermogenèse, dans le but d'augmenter la production de chaleur pour élever la température centrale à ce nouveau point d'équilibre. Il s'agit le plus souvent d'une réaction adaptée de l'organisme à une situation pathologique. [6]

2. Différentes méthodes de mesure de la température

a) Thermomètres disponibles [4], [6]

- A **gallium :**
  Pour mesure de la température axillaire, buccale et rectale.
- **Electronique :**
  Pour mesure de la température axillaire, buccale et rectale.
- A **infrarouges :**
  Pour mesure de la température tympanique et temporale.
  Pour une mesure optimale, la sonde doit pouvoir accéder directement au tympan ; Cet accès peut être perturbé par de nombreux facteurs, tels que : la présence d'un bouchon de cérumen, une mauvaise position du thermomètre fréquente chez le nourrisson, l'utilisation d'une sonde sale.
- A **cristaux liquides** :
  Pour mesure de la température frontale.
  Simple d'emploi mais manque de précision : dépend des conditions circulatoires locales, de la transpiration et de la température ambiante.
  48% de faux positifs ou faux négatifs, soit un risque sur 2 de se tromper.

b) Sites de mesure de la température [2], [3], [4], [8]

- **Rectale :**

  Avantages : plus précise et plus fiable pour les moins de 2 ans ;

  Limites : désagréable, risques infectieux et traumatique, dépend de la longueur à laquelle le dispositif de mesure est introduit dans le rectum et de la présence de selles ou de bactéries qui modifient la valeur.

- **Buccale :**

  Avantages : endroit le plus accessible, non invasive ;

  Limites : imprécise, les résultats peuvent être faussés par une ingestion récente d'aliments ou de boissons, une respiration par la bouche ; le thermomètre peut se briser s'il est mordu, déconseillé pour les moins de 5 ans.

- **Tympanique :**

  Avantages : prise très rapide, précise, non invasive ;

  Limites : problème chez le nourrisson d'inadaptation de la taille de l'embout à l'étroitesse du conduit auditif externe.

- **Axillaire :**

  Avantages : simple, non invasive, intérêt chez le nouveau-né et le nourrisson en deuxième intention

  Limites : moins fiable, site le plus influencé par la température extérieure.

- **Temporale :**

  Avantages : rapide et pratique

  Limite : imprécise

La méthode de référence pour mesurer la température chez le nourrisson est l'utilisation d'un **thermomètre électronique par voie rectale**. [7]

3. Différents moyens de prise en charge de la fièvre

a) Méthodes physiques

Elles reproduisent les échanges que l'organisme met naturellement en jeu avec le milieu pour assurer sa régulation thermique :

- Par radiation : déshabillage ;
- Par conduction : prise de boissons fraiches, bains frais, poches de glace, baisse de la température ambiante ;
- Par évaporation : brumisation, mouillage ;
- Par convection : utilisation d'un ventilateur, potentialisateur de l'effet du mouillage ou du déshabillage. [7], [8]

Facteurs limitants :

- Absence d'étude de méthodologie correcte les évaluant ;
- Efficacité modeste ;
- Effet qui cesse très rapidement à l'arrêt ;
- Inconfort, parfois important et toujours présent, car ce qui tend à réduire la température déterminée par l'organisme au niveau central est perçu comme désagréable. [7], [9]

Au total, 3 mesures sont à privilégier d'après les recommandations de l'AFSSAPS :

- **Eviter de couvrir l'enfant** ;
- **Aérer la pièce** ;
- **Faire boire l'enfant le plus souvent possible**.

Ces mesures simples contribuent à limiter l'ascension de la température, à augmenter l'efficacité du traitement médicamenteux et à maintenir une hydratation correcte de l'enfant. [7]

b) Traitements médicamenteux

Ils agissent principalement sur les mécanismes de régulation centrale de la température corporelle, en en modifiant à l'origine les consignes et n'exercent pas d'action antagoniste. Ils ne sont donc jamais vécus comme désagréable. [10]

4 médicaments peuvent être utilisés en première intention : [11]

- Le **paracétamol** (disponible sans ordonnance)
- L'**ibuprofène** (disponible sans ordonnance) et le **kétoprofène** (inscrit sur la liste 2)
- L'**aspirine** (disponible sans ordonnance)

Le paracétamol : [7], [12], [13]

Antalgique et antipyrétique

2/3 des prescriptions chez l'enfant

Remboursable par la sécurité sociale à 65%

Dose efficace : **60 mg/kg/j en 4 ou 6 prises, sans dépasser 80 mg/kg/j, soit 15 mg/kg toutes les 6h**

Mode d'administration : voie orale (sirop) ou rectale (suppositoire)

Principaux effets indésirables :

- Toxicité hépatique pour une dose > 150 mg/kg
- Allergie exceptionnelle
- Thrombopénie
- Risque de toxicité locale pour la forme suppositoire.

Contre-indications :

- Hypersensibilité
- Insuffisance hépatocellulaire sévère
- Antécédent récent de rectite, anite ou rectorragie pour la forme suppositoire.

Les AINS : [7], [14], [15]

Antalgique, antipyrétique et anti-inflammatoire

Action antipyrétique équivalente, à dose efficace, à celle du paracétamol, mais tolérance moindre

25% du total des prescriptions d'antipyrétiques chez enfant, utilisation en hausse

Remboursable par la sécurité sociale à 65%

Dose efficace: **20 à 30 mg/kg/j en 3 ou 4 prises, sans dépasser 30 mg/kg/j (ibuprofène), 2 mg/kg/j en 3 ou 4 prises (kétoprofène)**

Mode d'administration : voie orale (sirop)

Réservé à l'enfant de plus de trois mois pour l'ibuprofène, plus de six mois pour le kétoprofène

Principaux effets indésirables :

- Infection des tissus mous, surtout en cas de varicelle
- Toxicité digestive (ulcération œsophagienne ou gastrique, hémorragie digestive)
- Toxicité rénale (insuffisance rénale aiguë favorisée par la déshydratation, l'insuffisance rénale débutante ou la présence d'un rein unique)
- Effet sur l'hémostase (risque d'allongement du temps de saignement)
- Allergie.

Contre-indications :

- Hypersensibilité
- Antécédents d'éruption cutanée, d'asthme ou de choc anaphylactique déclenché par la prise d'AINS ou de substance d'activité proche (aspirine)
- Insuffisance rénale sévère
- Ulcère gastroduodénal en évolution
- Insuffisance hépatique sévère
- Insuffisance cardiaque sévère non contrôlée
- Lupus érythémateux disséminé pour l'ibuprofène.

Précautions particulières :

- A éviter en cas de varicelle
- Une insuffisance rénale fonctionnelle peut survenir chez les sujets présentant des facteurs de risque tels qu'une situation d'hypovolémie (diarrhées, vomissements) ou une maladie rénale préexistante.

L'aspirine : [7], [16], [17]

Anti-agrégant plaquettaire, antipyrétique, antalgique et anti-inflammatoire à doses progressivement croissantes

5% du total des prescriptions d'antipyrétiques chez l'enfant

Remboursable par la sécurité sociale à 65%

Dose efficace : **50 mg/kg/j en 4 ou 6 prises**

Mode d'administration : voie orale (sachet)

Réservé à l'enfant à partir de 6 kg (environ 3 mois)

Effets indésirables identiques aux AINS, notamment les risques allergiques, digestifs et rénaux.

A noter :

- Une association significative avec la survenue d'un syndrome de Reye lors de l'utilisation de l'aspirine dans un contexte d'infection virale
- Un allongement marqué du temps de saignement du fait d'une inhibition irréversible de la cyclo-oxygénase plaquettaire
- Une toxicité aiguë pour une dose unitaire > 120 mg/kg, qui entraîne des signes respiratoires (hyperpnée), des anomalies métaboliques (acidose), des troubles neurologiques et digestifs.

Contre-indications :

- Hypersensibilité
- Antécédents d'éruption cutanée, d'asthme ou de choc anaphylactique déclenché par la prise d'AINS ou de substance d'activité proche (aspirine)
- Insuffisance rénale sévère
- Ulcère gastroduodénal en évolution
- Insuffisance hépatique sévère
- Insuffisance cardiaque sévère non contrôlée
- Toute maladie ou risque hémorragique constitutionnel ou acquis
- En association avec le méthotrexate (effet potentialisateur).

Précautions particulières :

- A éviter en cas de virose, en particulier varicelle et épisode d'allure grippale
- Une insuffisance rénale fonctionnelle peut survenir chez les sujets présentant des facteurs de risque tels qu'une situation d'hypovolémie (diarrhées, vomissements) ou une maladie rénale préexistante.

B. PROBLÉMATIQUE

La fièvre chez un enfant est un symptôme très fréquent, généralement bénin en rapport avec une infection virale spontanément résolutive rapidement. Sa principale conséquence est l'inconfort qui ne représente aucun danger pour l'enfant. [18]
Pourtant, bien souvent, elle est systématiquement traitée, même si elle est bien tolérée par le nourrisson.

Les recommandations de l'AFSSAPS [7], mise à jour en 2005, et de la SFP [19] concernant la prise en charge de la fièvre chez l'enfant préconisent un traitement centré sur l'amélioration du confort du nourrisson et non une recherche systématique de l'apyrexie.
Ce traitement est avant tout étiologique, puis symptomatique.

La prise en charge symptomatique repose sur des mesures physiques au nombre de 3 [20] :

- Proposer à boire fréquemment pour compenser les pertes d'eau,
- Ne pas trop couvrir l'enfant, pour lui permettre de réguler sa température,
- Conserver la température habituelle de sa chambre.

Ces mesures sont éventuellement associées à un traitement antipyrétique, en cas de fièvre persistante supérieure à 38.5°C, dont la règle est la monothérapie, avec prescription de paracétamol en première intention du fait d'une bonne tolérance et d'effets indésirables moindres, à la dose de 15 mg/kg/prise toutes les 6 heures.

L'objectif de cette étude est d'évaluer de manière prospective le comportement des parents face à la fièvre chez le nourrisson. Comment évaluent-ils la température chez leur enfant ? Sur quels critères instaurent-ils un traitement antipyrétique ? Celui-ci tient-il compte des recommandations de l'AFSSAPS?

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

A. TYPE D'ÉTUDE

Il s'agissait d'une étude quantitative, transversale et observationnelle, réalisée à partir d'un questionnaire (Annexe 1).
Ce questionnaire a été élaboré à partir d'enquêtes réalisées sur le même sujet. Il était composé d'un total de 17 questions, ouvertes et à choix multiples.

B. POPULATION ÉTUDIÉE

L'enquête a été réalisée auprès de parents de nourrissons. Il s'agissait d'enfants vus en consultation dans des cabinets de médecine générale de la Somme.
Le choix d'une enquête portant sur les nourrissons a été décidé du fait de leur impossibilité à s'exprimer par la parole.
Le recrutement des cabinets a été réalisé à partir d'une liste tirée de l'annuaire des pages jaunes version 2014, 50 cabinets ont été recrutés au hasard dans le département, soit 144 médecins.

C. RECUEIL DES DONNÉES

500 questionnaires ont été envoyés ou déposés dans l'ensemble des cabinets sélectionnés, accompagnés d'une lettre explicative (Annexe 2), avec contact au préalable par téléphone pour accord.
L'envoi a été réalisé le 15 juillet 2015, avec relance téléphonique fin septembre 2015. Les questionnaires reçus jusqu'au 15 octobre 2015 ont été pris en compte.

Les réponses recueillies étaient anonymes et portaient sur :

- Les caractéristiques des parents et des enfants (sexe des parents, âge des parents, nombre et âge des enfants vivants au foyer, niveau d'étude des parents, situation familiale, suivi médical).
- Les connaissances et comportements des parents face à la fièvre de leur enfant (définition de la fièvre, méthodes de mesure de la température, moyens de prise en charge de la température…).
- L'éducation et l'information face à la fièvre.

D. ANALYSE STATISTIQUE

Les données obtenues ont été saisies dans un tableur informatique qui a permis l'analyse des résultats.

Les variables quantitatives ont été décrites par leur valeur moyenne +/- écart-type.

Les variables qualitatives ont été décrites par leurs effectif et pourcentage.

Les variables qualitatives ont été comparées en utilisant le test du Chi2 (ou le test exact de Fisher si les conditions de validité du Chi2 n'étaient pas remplies). Le seuil de significativité correspond à $p <= 0.05$.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du site biostaTGV.

III. RESULTATS

A. TAUX DE RÉPONSE

Un total de 137 questionnaires a été reçu sur les 500 envoyés.

4 questionnaires ont été exclus, car l'âge des enfants ne correspondait pas aux critères d'inclusion.

2 questionnaires ont été exclus, car reçus trop tardivement.

L'analyse portait donc sur 131 questionnaires, soit un taux de réponses exploitable de 26.2%.

B. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION

Les caractéristiques socio-démographiques des parents ayant répondu à l'étude sont résumées dans le tableau 1.

SEXE	
Hommes	22/131 (16,8%)
Femmes	109/131 (83,2%)
ÂGE	
(Moyenne = 30,2 ans – Ecart-type = 5,2 ans)	
Minimum 19 ans, Maximum 45 ans	
< 25 ans	14/131 (10,7%)
25-35 ans	84/131 (64,1%)
> 35 ans	18/131 (13,7%)
Absence de réponse	15/131 (11,5%)
NIVEAU D'ÉTUDE	
Pas de formation	14/131 (10,7%)
Brevet	2/131 (1,5%)
CAP	23/131 (17,6%)
BAC	24/131 (18,3%)
BAC ≤ 2 ans	25/131 (19,1%)
BAC > 2 ans	40/131 (30,5%)
Absence de réponse	3/131 (2,3%)

SITUATION FAMILIALE	
Seul	12/131 (9,2%)
En couple	116/131 (88,5%)
Absence de réponse	3/131 (2,3%)

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques des parents répondeurs

55% (72/131) des parents avaient plus d'un enfant.

Le nombre moyen d'enfants vivants au foyer était de 1,9.

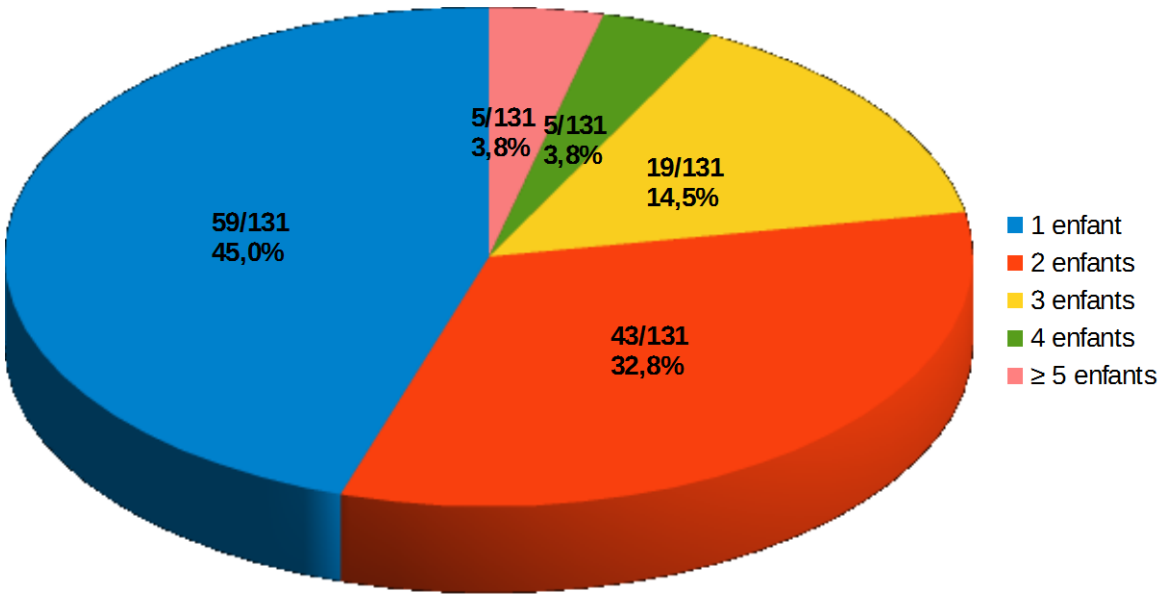


Figure 1 : Nombre d'enfants vivants au foyer

C. SUIVI MÉDICAL DES ENFANTS

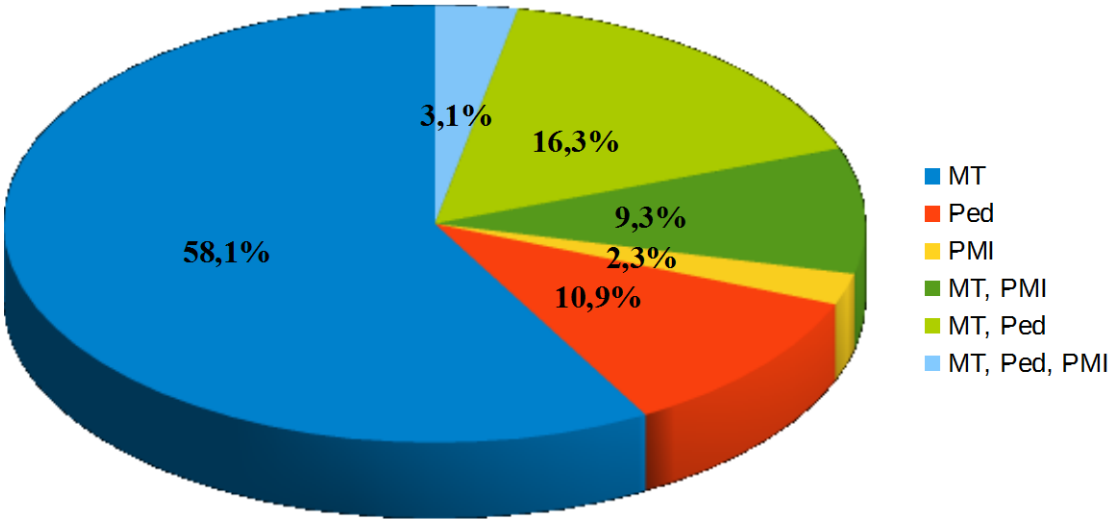


Figure 2 : Suivi médical des enfants

Légende : MT= médecin traitant/généraliste

Ped= pédiatre

PMI= protection maternelle et infantile

Au total, 85.5% (112/131) des nourrissons étaient suivis par le médecin généraliste, 29.8% (39/131) étaient suivis par un pédiatre, et 14.5% (19/131) étaient suivis à la PMI.

D. CONNAISSANCES ET COMPORTEMENTS DES PARENTS FACE A LA FIÈVRE

1. Valeur seuil de la fièvre

La fièvre était définie par les parents en moyenne à 38.2°C, avec des valeurs variant de 37 à 42°C.

55.7% (73/131) des parents connaissaient la valeur seuil définissant la fièvre (38°C).

Les réponses obtenues à la question concernant la valeur seuil de la fièvre sont résumées dans la figure 3.

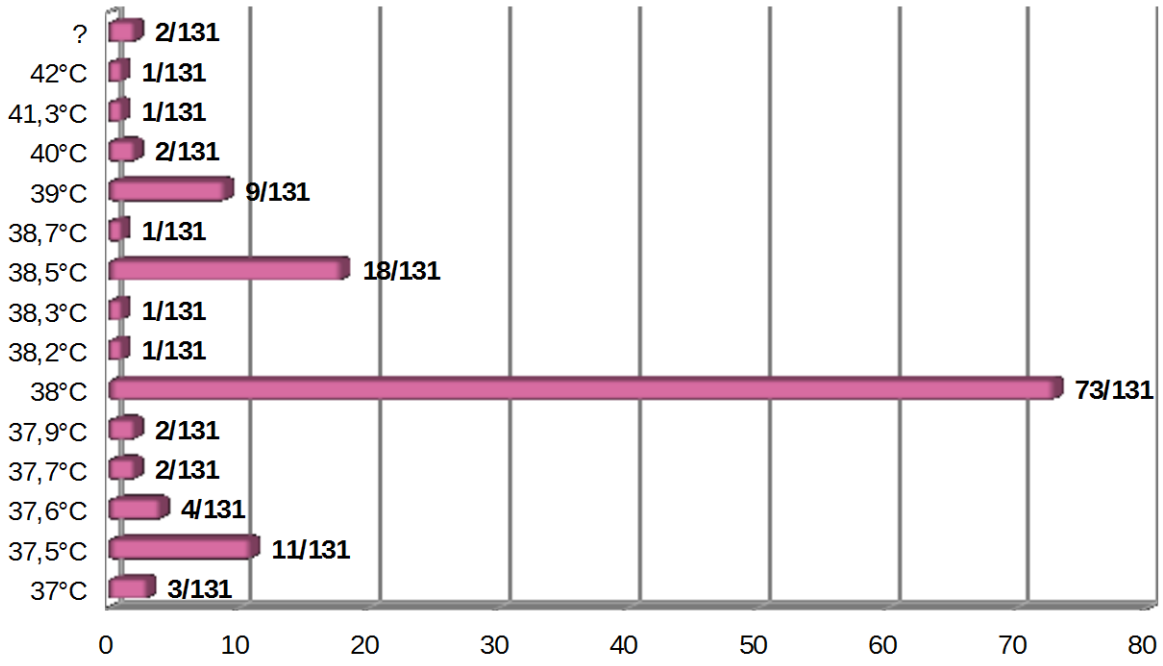


Figure 3 : Valeur seuil de la fièvre définie par les parents répondeurs

2. Méthode de mesure de la température

Dans la majorité des cas (73.3%), les parents citaient plusieurs méthodes de mesure.

La mesure de la température par voie rectale était la plus utilisée avec 84.7 % des réponses (111/131), elle était citée comme méthode de mesure unique dans 24.3% des réponses (27/111).

64.9% des parents (85/131) appliquaient leur main sur le front de l'enfant pour évaluer la fièvre. Pour 0.8% (1/131) des répondeurs, cette méthode constituait une mesure unique de prise de température.

Les autres résultats sont décrits dans le tableau 2.

MÉTHODE DE MESURE	
Main sur le front	85/131 (64,9%)
Thermomètre rectal à gallium	14/131 (10,7%)
Thermomètre rectal électronique	97/131 (74%)
Thermomètre buccal	1/131 (0,8%)
Thermomètre tympanique	19/131 (14,5%)
Thermomètre frontal	26/131 (19,8%)
Thermomètre axillaire	9/131 (6,9%)

Tableau 2 : Méthode de mesure de la température utilisée par les parents répondeurs

Concernant les conditions de prise de température, 87.8% (115/131) des parents prêtaient attention au fait que leur enfant soit trop couvert, 44.3% (58/131) au fait qu'il venait de boire un biberon, et 51.1% (67/131) prêtaient attention à la température ambiante.

3. Valeur seuil d'administration d'un traitement contre la fièvre

Un traitement était administré par les parents en moyenne à partir de 38.3°C, avec des valeurs variant de 37 à 40°C.
La majorité des parents (46.6%) instaurait un traitement antipyrétique à partir de 38°C.

Les réponses obtenues à la question concernant la valeur seuil d'administration d'un traitement sont résumées dans la figure 4.

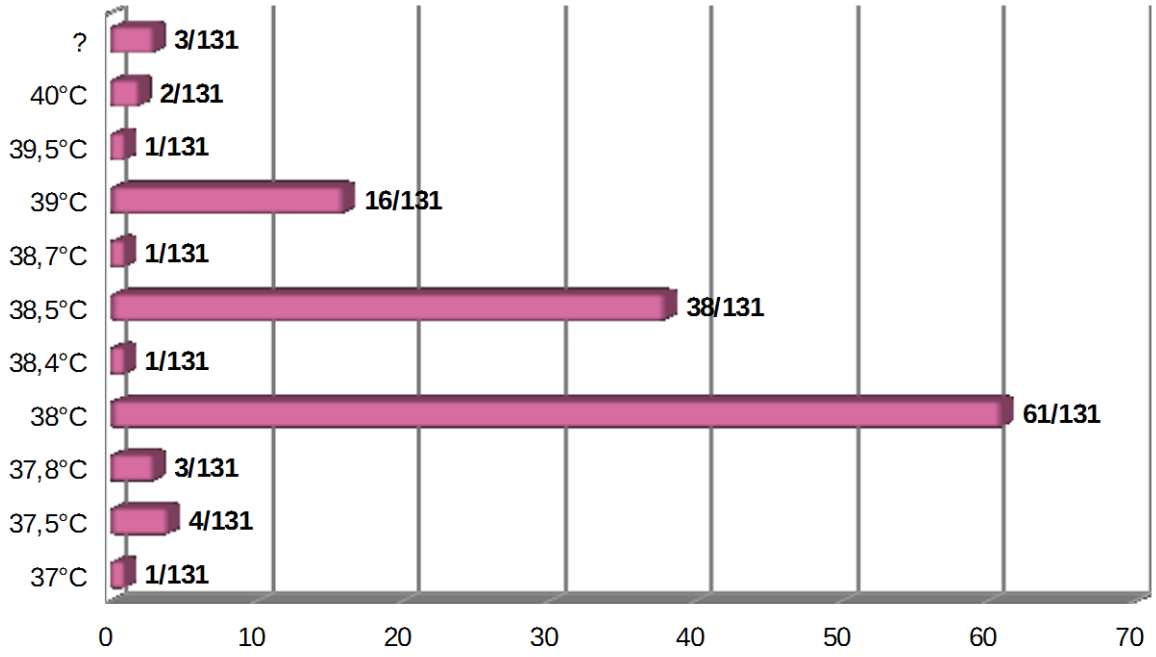


Figure 4 : Valeur seuil d'administration d'un traitement contre la fièvre définie par les parents répondeurs

Concernant les critères d'instauration du traitement antipyrétique, 2.3% (3/131) des parents instauraient un traitement uniquement selon la tolérance de la fièvre par leur enfant, sans faire attention aux chiffres du thermomètre.
Pour 35.9% (47/131) des parents, l'intolérance de leur enfant face à la fièvre n'était pas un critère pour administrer un médicament antipyrétique.

4. Moyens physiques de traitement de la fièvre

MOYENS UTILISÉS	
Déshabillage	71/131 (54,2%)
Faire boire	34/131 (26%)
Bain	59/131 (45%)
Gant humide sur le front	28/131 (21,4%)
Baisse de la température de la pièce	4/131 (3,1%)
Absence de réponse	16/131 (12,2%)

Tableau 3 : Méthodes physiques utilisées par les parents pour faire baisser la température

5. Traitements médicamenteux de la fièvre

Concernant la classe médicamenteuse employée, le paracétamol était le plus cité avec un total de 122/131, soit 93.1% des réponses.

Il était cité en monothérapie dans 86.9% des cas (106/122), et en association avec l'ibuprofène dans 13.1% des cas (16/122).

L'ibuprofène était cité seul dans 0.8% des cas, soit 1/131.

Aucune autre classe thérapeutique n'avait été citée.

6.1% des répondants ne donnaient aucune réponse.

81.7% (107/131) des parents utilisaient une dose adaptée au poids de l'enfant, 18.3% (24/131) ne se prononçaient pas.

Concernant le délai entre chaque prise, la majorité des parents (51.1%) établissaient un délai de 6h entre chaque prise.

Les résultats sont décrits dans la figure 5.

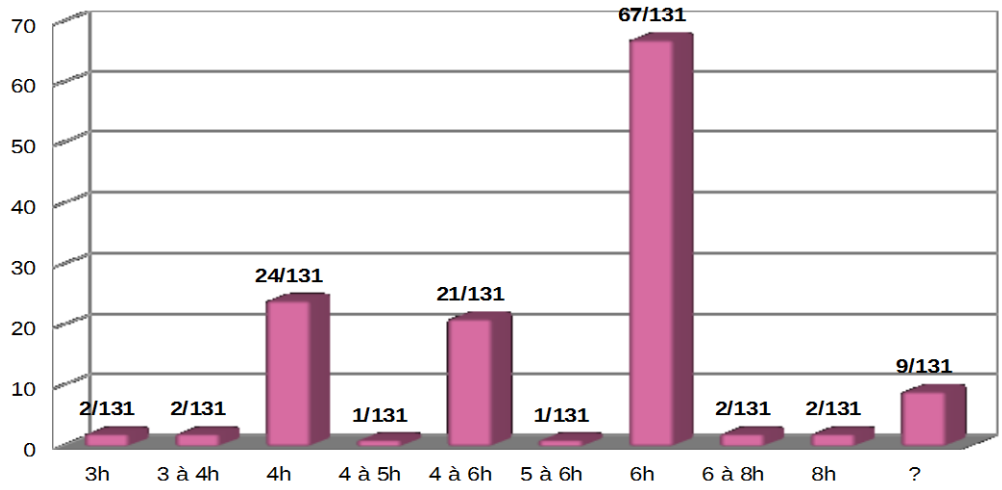


Figure 5 : Délai entre chaque prise médicamenteuse

67.9% (89/131) des parents utilisaient la forme sirop seul et 9.2% (12/131) la forme suppositoire ; l'association sirop/suppositoire était citée dans 20.6% (27/131) des cas. 2.3% (3/131) des parents n'avaient pas répondu à cette question.

Dans 72.5% (95/131) des cas, les parents contrôlaient systématiquement la température de leur enfant après mise en route du traitement antipyrétique. 23.7% (31/131) des répondeurs ne la réévaluaient pas. 3.8% (5/131) des parents n'avaient pas répondu à cette question.

E. SENTIMENT D'INFORMATION DES PARENTS

81.7% (107/131) des parents jugeaient être suffisamment informés sur la manière de se comporter face à la fièvre de leur enfant.
Ils étaient 79.4% (104/131) à penser qu'il serait utile de mieux informer les parents sur la conduite à tenir en cas de fièvre chez leur enfant.

Les conseils reçus pour prendre en charge la fièvre émanaient :

- Du médecin généraliste dans 55.7% des cas (73/131)
- Du pédiatre dans 19.1% des cas (25/131)
- De la PMI dans 5.3 des cas (7/131)

Les parents considéraient dans 29% des cas (38/131) qu'ils n'avaient reçu aucun conseil.

F. ANALYSE DE SOUS-GROUPES

1. Selon le sexe

La seule différence significative qui a pu être mise en évidence concernait le choix du traitement antipyrétique, la monothérapie par paracétamol était plus souvent citée par les femmes (84.4%) par rapport aux hommes (63.6%) (p= 0.02).

Le sexe n'était pas un critère discriminant concernant le seuil de définition de la fièvre, le seuil et les conditions d'administration d'un traitement antipyrétique, la méthode de mesure utilisée, les méthodes physiques de prise en charge de la fièvre, la posologie, le délai entre chaque prise, la forme d'administration du traitement antipyrétique, le suivi des nourrissons et le sentiment d'information des parents.

2. Selon l'âge

Une différence significative a été retrouvée concernant les mesures physiques. Les moins de 25 ans citaient plus souvent le bain à 35.7%, contre 22.6% pour les 25-35 ans et 22.2% pour les plus de 35 ans (p=0.02). Les plus de 35 ans citaient plus souvent l'hydratation à 38.9%, contre 17.8% pour les 25-35 ans et 28.6% pour les moins de 25 ans (p=0.02).
En ce qui concerne le délai d'administration entre chaque dose de médicament, les plus de 35 ans surdosaient à 44.4% avec un délai réduit de 4h entre chaque prise, contre 37.6% pour les 25-35 ans et 28.6% pour les moins de 25 ans (p= 0.01).

Il n'existait pas de différence significative selon l'âge concernant le seuil de définition de la fièvre, le seuil et les conditions d'administration d'un traitement antipyrétique, la méthode de mesure utilisée, le choix du traitement ainsi que sa posologie et sa forme, le suivi des nourrissons et le sentiment d'information des parents.

3. Selon le niveau d'étude

Il existait une différence significative concernant la forme du traitement antipyrétique utilisée : les parents ayant un niveau d'étude plus élevé (baccalauréat et plus) utilisaient la forme sirop dans 69.7% des cas et la forme suppositoire dans 6.7% des cas, alors que ceux ayant un niveau d'étude plus faible utilisaient la forme sirop dans 66.7% des cas et la forme suppositoire dans 15.4% des cas (p= 0.02).
Le niveau d'étude était un facteur discriminant sur le suivi des nourrissons car les parents ayant un niveau d'étude plus faible consultaient les services de PMI à 28.2% contre 9% pour les parents ayant un niveau d'étude plus élevé (baccalauréat et plus) (p= 0.007).

Il n'existait aucune autre différence significative selon le niveau d'étude concernant le seuil de définition de la fièvre, le seuil et les conditions d'administration d'un traitement antipyrétique, la méthode de mesure utilisée, les méthodes physiques de prise en charge de la fièvre, le choix du traitement ainsi que sa posologie et le sentiment d'information des parents.

4. Selon la situation familiale

Les parents isolés utilisaient à 8.3% un thermomètre par voie axillaire contre 6.9% pour les parents en couple (p=0.02).

La situation familiale n'était pas un critère discriminant concernant le seuil de définition de la fièvre, le seuil et les conditions d'administration d'un traitement antipyrétique, les méthodes physiques et les modalités du traitement de prise en charge de la fièvre, le suivi des nourrissons et le sentiment d'information des parents.

5. Selon le sentiment d'information

Aucune différence significative n'a été mise en évidence sur le sentiment d'information en fonction des différents critères étudiés.

6. Selon le suivi

Aucune différence significative n'a été mise en évidence sur le suivi des nourrissons en fonction des différents critères étudiés.

IV. DISCUSSION

A. CONNAISSANCES DES PARENTS SUR LA FIÈVRE

1. Définition de la fièvre

Un peu plus de la moitié des parents (55.7%) connaissaient le seuil exact de la fièvre définie par l'AFSSAPS à 38°C [7].

Ils étaient 16.8% à donner un chiffre inférieur à 38°C, ce qui laisse supposer que ces derniers ont tendance à traiter un enfant apyrétique.
A l'inverse, ils étaient 26% à donner un chiffre supérieur à 38°C, dont 3.1% au-delà de 39°C, et même 1.5% au-delà de 40°C. Ce seuil élevé peut s'expliquer par la tolérance de certains enfants face à la fièvre ou tout simplement par l'ignorance des parents.

2. Température conduisant à débuter le traitement

Dans notre étude, la température qui a conduit au traitement était en moyenne de 38.3°C.
Ce qui est assez proche des recommandations de l'AFSSAPS qui propose une prise en charge symptomatique de la fièvre à partir de 38.5°C [7].
La majorité des parents (46.6%) traitaient la fièvre à partir de 38°C.
Ils n'étaient que 29% à traiter la fièvre à partir de 38.5°C, et 6.1% à traiter un enfant apyrétique.

La peur face à la fièvre de leur enfant explique bien souvent la mise en route d'un traitement antipyrétique par les parents à un seuil plus bas que les recommandations, bien que celle-ci soit inoffensive et permette de se défendre contre l'agression.

3. Critères d'instauration du traitement antipyrétique

35.9% des parents considéraient que l'intolérance de leur enfant face à la fièvre n'est pas un critère pour administrer un médicament apyrétique.
Ils n'étaient que 2.3% à instaurer ce traitement uniquement selon la tolérance de leur enfant, sans faire attention aux chiffres du thermomètre.

L'inconfort de l'enfant est donc peu pris en compte pour initier le traitement antipyrétique. Il semble que les chiffres affichés sur le thermomètre restent le critère principal à la décision d'instauration de ce traitement par les parents.

4. Synthèse

Une éducation reste donc à faire concernant les connaissances des parents sur la fièvre.
Le traitement est bien souvent initié à une température inférieure à 38.5°C sans tenir compte de l'inconfort de l'enfant. Il est même parfois initié alors qu'il n'existe pas de fièvre chez l'enfant, d'où une surmédication pouvant être responsable d'événements indésirables.

B. COMPORTEMENTS DES PARENTS FACE À LA FIÈVRE

1. Mesure de la température corporelle

Pour 84.7% des parents, la mesure de la température par voie rectale restait, conformément aux recommandations, la méthode de référence [4]. Celle-ci était mesurée dans 74% des cas avec un thermomètre électronique, qui représente le meilleur compromis coût/acceptabilité/efficacité.
Le thermomètre frontal était également une méthode de mesure citée fréquemment (19.8%), ainsi que le thermomètre tympanique (14.5%), du fait de leur facilité d'utilisation. Contrairement à la voie axillaire utilisée par seulement 6.9% des parents et pourtant utile en deuxième intention chez le nouveau né et le nourrisson [4].
Seul 1 parent (0.8%) jugeait la température de son enfant uniquement de façon subjective, c'est-à-dire en appliquant la main sur le front.

Les conditions de prise de température étaient globalement bien respectées, car 87.8% des parents disaient être attentifs à la tenue de leur enfant lors de la prise de température.
Ils étaient moins nombreux à faire attention à la prise de biberon récente (44.3%), ou à la température ambiante (51.1%).

2. Traitement physique de la fièvre

Le déshabillage était la méthode physique la plus pratiquée avec un taux de réponse de 54.2%.
En revanche, seulement 26% des parents pensaient à augmenter les apports hydriques de leur enfant en cas de fièvre afin de prévenir le risque de déshydratation.
De plus, ils étaient seulement 3.1% à baisser la température ambiante de la pièce pour faire diminuer la fièvre de leur enfant.
Bien qu'il ne soit plus recommandé, car ne luttant pas contre l'inconfort [9], le bain était encore pratiqué par près de la moitié des parents (45%).
Par ailleurs, 12.2% des parents ne connaissaient pas ou n'appliquaient pas les mesures physiques, ce qui indique un manque d'information important des parents concernant les moyens physiques à mettre en œuvre pour faire diminuer la fièvre chez leur enfant.

3. Traitement médicamenteux de la fièvre

Le paracétamol était utilisé dans 93.1% des cas, l'ibuprofène dans 13% des cas, et l'aspirine n'a pas été citée par les parents répondeurs.
La majorité des parents utilisaient donc le paracétamol en monothérapie comme le recommande l'AFSSAPS [7] et la SFP [19].
La bithérapie paracétamol/AINS était encore employée dans 12.2% des cas.
En revanche, la non-utilisation de l'aspirine était rassurante du fait des risques potentiels auxquels cette molécule expose, notamment la survenue d'un syndrome de Reye lors de son utilisation dans un contexte d'infection virale.

Concernant la forme utilisée, 88.5% des parents utilisaient la forme sirop.
Ils étaient 29.8% à utiliser également la forme suppositoire. Parmi-eux, 9.2% ne citaient que cette forme.
Cette dernière est encore trop utilisée, et devrait être réservée au cas où l'enfant ne peut plus prendre la voie orale (vomissements). En effet, sa biodisponibilité est moindre et variable avec un délai d'action plus long et un risque traumatique non négligeable [13].

Par ailleurs, le délai de 6h entre chaque prise médicamenteuse était respecté dans 51.1% des cas.
Les parents étaient 21.4% à surdoser le traitement avec un délai inférieur ou égal à 4h, certainement dans un but de recherche systématique de l'apyrexie, augmentant le risque d'événements indésirables.
Par contre, ils étaient 1.5% à espacer le délai de plus de 6h pouvant faussement conduire à l'inefficacité du traitement.

Concernant la posologie, les parents étaient 81.7% à utiliser une dose adaptée au poids de l'enfant. Parmi les 18.3% restants, il n'y avait pas de réponse ou celle-ci était inappropriée.
Cette absence de réponse peut s'expliquer soit par l'ignorance des parents soit par l'incompréhension de la question.

La majorité des parents (72.5%) réévaluaient la température de leur enfant après l'introduction du traitement, étape essentielle pour s'assurer de l'efficacité de celui-ci.

4. Synthèse

Dans notre étude, les recommandations concernant la mesure de la température corporelle étaient globalement respectées par les parents avec une préférence pour la prise de température rectale à l'aide d'un thermomètre électronique.

En revanche, il existe un manque d'information important concernant les mesures physiques à mettre en œuvre pour permettre de diminuer la fièvre chez l'enfant.

La monothérapie par paracétamol est, quant à elle, bien appliquée, et la forme sirop reste privilégiée par la plupart des parents. La dose est adaptée au poids de l'enfant dans la majorité des cas et le délai entre chaque prise médicamenteuse est globalement correct.

C. SENTIMENT D'INFORMATION DES PARENTS

81.7% des parents jugeaient être suffisamment informés sur la manière de se comporter face à un nourrisson fébrile.
Pourtant, ils étaient 79.4% à penser qu'il serait utile de mieux informer les parents sur la conduite à tenir en cas de fièvre chez leur enfant.

Les conseils reçus pour prendre en charge la fièvre émanaient dans la majorité des cas du médecin généraliste (55.7%), mais aussi du pédiatre dans 19.1% des cas et des services de PMI dans 5.3% des cas.
Ces derniers chiffres étant probablement sous estimés du fait du recrutement de notre population auprès des cabinets de médecins généralistes.

D. FACTEURS INFLUENÇANT LA PRISE EN CHARGE

Dans notre étude, l'analyse en sous-groupes montre que le sexe était un facteur discriminant concernant le choix du traitement antipyrétique, les femmes semblaient utiliser plus volontiers la monothérapie par paracétamol que les hommes qui, eux, citaient plus fréquemment la bithérapie paracétamol/AINS.
Est-ce la représentation de la fièvre par les hommes qui les rend plus anxieux ? Cela pourrait expliquer l'utilisation plus facile d'une bithérapie dans un but de recherche systématique de l'apyrexie.

L'analyse en sous-groupe selon l'âge montre un manque d'information plus important des parents de moins de 25 ans concernant l'application des mesures physiques, notamment sur l'importance de l'hydratation.
En revanche, les parents de plus de 35 ans avaient tendance à surdoser plus facilement le traitement antipyrétique avec un délai réduit de 4h entre chaque prise.
La question de la représentation de la fièvre se pose également ici, aurait-on tendance à angoisser plus facilement face à la fièvre chez son enfant avec l'âge ?

L'analyse selon le niveau d'étude montre que la forme sirop était préférentiellement utilisée chez les parents ayant un niveau d'étude plus élevée (baccalauréat et plus). Peut-être sont-ils plus informés sur le risque traumatique lié à l'utilisation du suppositoire ?
Le conditionnement en sirop est pourtant une présentation facile à utiliser avec un risque moindre d'erreur de posologie selon le poids, contrairement au suppositoire.
De plus, les parents ayant un niveau d'étude plus faible avaient tendance à consulter plus souvent les services de PMI pour le suivi de leurs enfants.

Concernant la situation familiale, les parents isolés utilisaient plus souvent un thermomètre par voie axillaire que les parents en couple qui, eux, citaient plus souvent une méthode de mesure par voie rectale conformément aux recommandations.

E. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

1. Biais

a) Elaboration du questionnaire

Il existe des biais dans l'élaboration du questionnaire avec une mauvaise compréhension de la question 7 n'autorisant pas son analyse du fait de résultats erronés. Il aurait été plus judicieux de modifier cette question par : « Prenez-vous systématiquement la température de votre enfant avant d'instaurer un traitement ? »

Le motif de consultation n'a pas été précisé dans notre questionnaire. Les réponses obtenues ont pu être biaisées selon l'état d'anxiété des parents.

b) Biais de recrutement

La sélection des cabinets s'est faite à partir d'un fichier réalisé sur la base des données des pages jaunes, document mis à jour régulièrement, mais cependant non officiel. Aucun registre utilisable à jour, afin d'éviter ce biais, n'a pu être retrouvé lors des recherches préliminaires à l'étude. Un nombre de cabinets a ainsi pu être omis du fait de données mal renseignées initialement dans cette base de données.

L'enquête s'est déroulée de juillet à octobre 2015, incluant la période estivale, ce qui a pu limiter le taux de participation du fait des départs en vacances. Lors de la relance téléphonique, il n'était pas rare que les questionnaires aient été égarés.

Le recrutement de la population a été réalisé dans les cabinets de médecine générale. Les enfants suivis uniquement par un pédiatre ou par les services de PMI ont donc été exclus, ce qui a pu induire un biais de sélection avec un échantillon non représentatif de la population générale.

c) Biais de mesure

Devant nos connaissances succinctes en matière de statistiques, il existe un biais de mesure dans l'interprétation des résultats de notre étude.

2. Forces

Le taux de réponses s'élevant à 26.2% est relativement satisfaisant.

Le questionnaire court, une page recto-verso, comprenant essentiellement des questions courtes a permis de faciliter son remplissage.

Beaucoup d'études ont été réalisées sur le sujet, mais aucune dans le département de la Somme.

F. PERSPECTIVES

Le but de l'éducation parentale est d'atténuer l'angoisse face à la fièvre de leur enfant, afin d'améliorer la prise en charge de ce dernier [8].
Celle-ci doit être envisagée en dehors des périodes de fièvre et donc de stress, afin d'être optimale. Elle pourrait être entreprise lors des consultations systématiques de suivi du nourrisson ou lors de vaccinations.

Il existe déjà des supports sur lesquels les parents peuvent s'appuyer en cas de fièvre, mais dont la promotion reste à faire, tel que :

- Le carnet de santé qui depuis 2006 comporte une fiche destinée à l'information des parents sur la fièvre. Sa promotion pourrait être réalisée à la sortie de la maternité.
- Des sites internet, en particulier mpedia.fr : ce site conçu par l'AFPA, en partenariat avec l'INPES, permet un conseil aux parents par les spécialistes de l'enfant sous forme de nombreux documents ou de questions/réponses.

On peut également envisager la réalisation de dépliants consultables en salle d'attente expliquant aux parents les recommandations en cas de fièvre chez l'enfant de manière simple et imagée ou des campagnes d'informations via les médias (télévision, radio), résumant les recommandations de manière simple et succincte.

V. CONCLUSION

Le but de notre étude était d'évaluer le comportement des parents face à la fièvre chez leur nourrisson, comparativement aux recommandations de l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé et de la société française de pédiatrie.

Nos recherches montrent que, malgré un sentiment d'information des parents majoritairement positif sur la prise en charge d'un nourrisson fébrile, il persiste des lacunes, en particulier sur l'initiation du traitement, avec une recherche de l'apyrexie quasi constante sans tenir compte du confort thermique de l'enfant.
La perception de la fièvre par les parents n'a pas été évaluée, mais elle semble toujours perçue comme dangereuse alors qu'elle est un mécanisme naturel de défense de l'organisme.
De plus, les mesures physiques, qui contribuent avec le traitement antipyrétique à faire diminuer la fièvre et donc participent au confort de l'enfant, sont peu appliquées par les parents.
Ce manque d'information est à l'origine d'une prise en charge inadaptée des nourrissons fébriles.

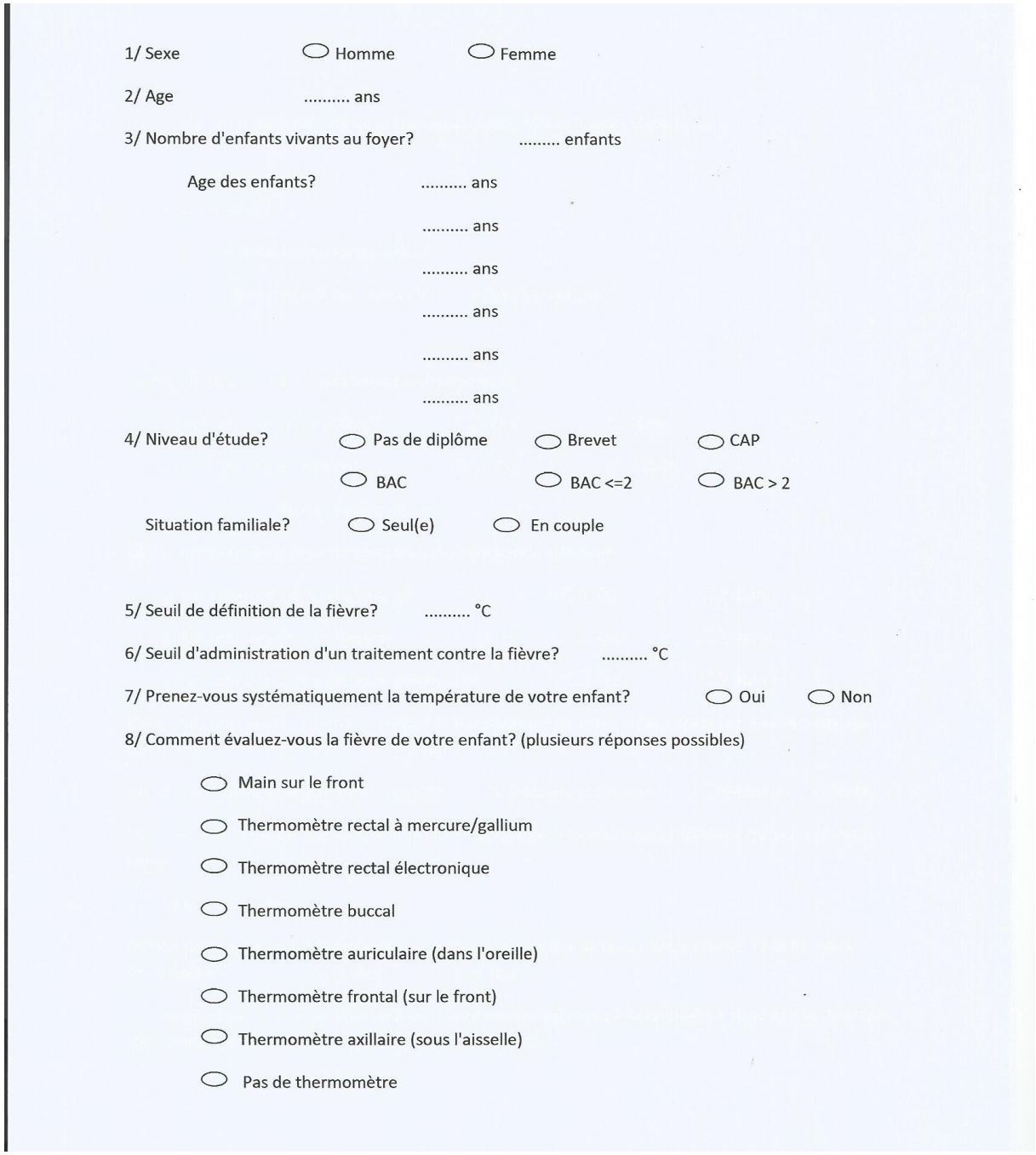
Toutefois, quelques notions sont plutôt bien connues, telles que la prise de mesure de la température corporelle à l'aide d'un thermomètre électronique par voie rectale et une bonne utilisation de la monothérapie par paracétamol à dose adaptée.

Bien qu'ils se sentent suffisamment informés, les parents pensent en grande majorité qu'il serait utile de mieux informer sur la conduite à tenir face à la fièvre chez un enfant fébrile.
Cette éducation pourrait prendre la forme de dépliants simples et illustrés, consultables au cabinet médical, ou d'une campagne d'informations via les médias.
Par ailleurs, il serait utile de mieux renseigner les parents sur les moyens déjà disponibles tels que l'information sur la fièvre dans le carnet de santé ou certains sites internet…

Le but de l'éducation du patient est d'améliorer les connaissances, afin de modifier les comportements. Des efforts doivent donc être entrepris de la part des médecins et des pouvoirs publics afin d'optimiser la prise en charge de la fièvre chez le nourrisson, conformément aux recommandations.

VI. ANNEXES

A. ANNEXE 1 : Questionnaire adressé aux cabinets de médecine générale de la Somme



1/ Sexe ⬭ Homme ⬭ Femme

2/ Age ..... ans

3/ Nombre d'enfants vivants au foyer? ..... enfants

Age des enfants? ..... ans

..... ans

..... ans

..... ans

..... ans

..... ans

4/ Niveau d'étude? ⬭ Pas de diplôme ⬭ Brevet ⬭ CAP

⬭ BAC ⬭ BAC <=2 ⬭ BAC > 2

Situation familiale? ⬭ Seul(e) ⬭ En couple

5/ Seuil de définition de la fièvre? ..... °C

6/ Seuil d'administration d'un traitement contre la fièvre? ..... °C

7/ Prenez-vous systématiquement la température de votre enfant? ⬭ Oui ⬭ Non

8/ Comment évaluez-vous la fièvre de votre enfant? (plusieurs réponses possibles)

⬭ Main sur le front

⬭ Thermomètre rectal à mercure/gallium

⬭ Thermomètre rectal électronique

⬭ Thermomètre buccal

⬭ Thermomètre auriculaire (dans l'oreille)

⬭ Thermomètre frontal (sur le front)

⬭ Thermomètre axillaire (sous l'aisselle)

⬭ Pas de thermomètre

9/ Quelle(s) méthode(s) physique(s) (autre que les médicaments) instaurez-vous pour diminuer la fièvre de votre enfant? (Plusieurs réponses possibles)

10/ Quel(s) médicament(s) instaurez-vous pour diminuer la température?

A quelle dose?

Avec quel délai entre chaque prise?

Sous quelle forme? (sirop, suppositoire, sachet, comprimé...)

11/ Sur quels critères instaurez-vous ce traitement?

Intolérance de votre enfant? ⬭ Oui ⬭ Non

Chiffres du thermomètre? ⬭ Oui ⬭ Non

Si oui, quels chiffres? ..... °C

12/ Au moment de la prise de température, faites-vous attention:

Si votre enfant est trop couvert? ⬭ Oui ⬭ Non

Si il vient de boire un biberon? ⬭ Oui ⬭ Non

A combien est la température extérieure? ⬭ Oui ⬭ Non

13/ Recontrôlez-vous systématiquement la température de votre enfant après la mise en route du traitement? ⬭ Oui ⬭ Non

14/ Qui suit habituellement votre enfant? ⬭ Médecin traitant ⬭ Pédiatre ⬭ PMI

15/ Avez-vous reçu des conseils pour prendre en charge la fièvre par les médecins qui suivent votre enfant? ⬭ Oui ⬭ Non

Si oui, par qui? .....

16/ Pensez vous être suffisamment informés sur la manière de vous comporter face à la fièvre de votre enfant? ⬭ Oui ⬭ Non

17/ Pensez-vous qu'il serez utile de mieux informer les parents sur la conduite à tenir en cas de fièvre chez leur enfant? ⬭ Oui ⬭ Non

B. ANNEXE 2 : Lettre accompagnant le questionnaire adressé aux cabinets

VRON, le 19 juin 2015

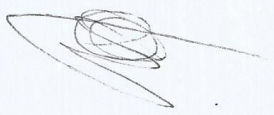
SOUBRY-TAILLET Chloé
Rue des Petites Communes
80120 VRON
06 26 98 20 60
chloechezely1@hotmail.com

Bonjour,

Je suis interne en Médecine Générale et je réalise ma thèse sur le comportement des parents face à la fièvre chez le nourrisson de 0 à 2 ans. Pour cela, j'ai besoin d'interroger des parents d'enfants de moins de 2 ans consultant en médecine générale.

Le questionnaire est donc à destination de ces parents, et peut très bien être complété à l'occasion de l'attente en salle d'attente.

Je vous prie de recevoir mes remerciements les plus sincères pour l'aide apportée à ce travail.



C. ANNEXE 3 : Mise au point de l'AFSSAPS sur la prise en charge de la fièvre chez l'enfant

En pratique

La fièvre de l'enfant ne représente pas, par elle-même et sauf cas très particuliers, un danger. Après recherche de la cause, la prise en charge éventuelle d'une fièvre persistante, supérieure à 38,5°C, dans un contexte aigu, conduit à un traitement à visée symptomatique qui repose sur les principes suivants :

- **conseiller à l'entourage :**
  - d'éviter de couvrir l'enfant,
  - d'aérer la pièce,
  - de faire boire l'enfant le plus souvent possible.

Ces mesures simples contribuent à limiter l'ascension de la température, à augmenter l'efficacité du traitement médicamenteux et à maintenir une hydratation correcte de l'enfant. Les autres méthodes physiques, comme le bain à 2°C en dessous de la température corporelle, ne sont utiles que si elles ne vont pas à l'encontre de l'objectif principal du traitement, qui est la lutte contre l'inconfort.

- **ne prescrire qu'un seul médicament antipyrétique,** aucune étude n'ayant démontré l'intérêt d'une alternance ou d'une association systématique ; seule, une fièvre mal tolérée, malgré un traitement bien conduit pendant au moins 24 heures, nécessite une réévaluation médicale, qui seule peut juger du bien-fondé de la substitution éventuelle du médicament, voire de l'adjonction d'un second antipyrétique. De plus, il est déconseillé d'associer l'aspirine à un AINS ou d'associer deux AINS.

- **choisir le médicament de première intention en fonction des contre-indications (cf. tableau), mises en garde et précautions d'emploi et en les respectant strictement :**

	Paracétamol	AINS	Aspirine
Contre-indications	Hypersensibilité au paracétamol Insuffisance hépato-cellulaire	Hypersensibilité à l'AINS concerné Antécédent d'éruption cutanée, d'asthme ou de choc anaphylactique, déclenché par la prise d'AINS ou de substance d'activité proche (aspirine) Insuffisance rénale sévère Ulcère gastro-duodénal en évolution Insuffisance hépatique sévère Insuffisance cardiaque sévère non contrôlée Lupus érythémateux disséminé (pour l'ibuprofène)	Hypersensibilité à l'aspirine Antécédent d'éruption cutanée, d'asthme ou de choc anaphylactique déclenché, par la prise d'aspirine ou de substance d'activité proche (AINS) Insuffisance rénale sévère Ulcère gastro-duodénal en évolution Insuffisance hépatique sévère Insuffisance cardiaque sévère non contrôlée Toute maladie ou risque hémorragique constitutionnel ou acquis Méthotrexate
Précautions particulières		*A éviter en cas de varicelle* *Une insuffisance rénale fonctionnelle peut survenir chez les sujets présentant des facteurs de risque tels qu'une situation d'hypovolémie (notamment par diarrhée, vomissements) ou une maladie rénale préexistante*	*A éviter en cas de viroses, en particulier, varicelle et épisodes d'allure grippale* *Une insuffisance rénale fonctionnelle peut survenir chez les sujets présentant des facteurs de risque tels qu'une situation d'hypovolémie (notamment par diarrhée, vomissements) ou une maladie rénale préexistante*

- **vérifier que l'enfant n'a pas déjà absorbé le même antipyrétique** sous une forme ou sous une autre ;

- **prescrire le médicament antipyrétique à dose efficace**, en respectant les schémas posologiques suivants :
  - pour le paracétamol : 60 mg/kg/jour en 4 ou 6 prises, sans dépasser 80 mg/kg/jour,
  - pour l'ibuprofène : 20 à 30 mg/kg/jour en 3 ou 4 prises, sans dépasser 30 mg/kg/jour,
  - pour l'aspirine : 60 mg/kg/jour en 4 ou 6 prises.

Lors de la prescription, il est indispensable de bien expliquer ces recommandations à l'entourage, y compris aux personnes en charge de la garde de l'enfant.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Larousse Médical. Edition 2006. Paris:Larousse; 2006. Nourrisson, Nouveau-né.
2. Mari I, Pouchot J, Vinceneux P. Mesure de la température corporelle en pratique quotidienne. Rev Med Interne. 1997;18(1):30-6.
3. Lenoir G. La mesure de la température et la fièvre chez l'enfant. J Pediatr Puericulture. 1997;10(3):167-72.
4. L'Assurance Maladie. Comment bien prendre la température. [mis à jour le 27 mai 2014; consulté le 15 juillet 2014]. Disponible sur www.ameli-sante.fr/comment-bien-prendre-la-temperature.html.
5. Gabay D. Evaluation des connaissances et de la prise en charge des parents. Thèse de doctorat en médecine. Créteil : Université Paris Val-de-Marne; 2008. 58p.
6. Sermet-Gaudelus I, Chadelat I, Lenoir G. La mesure de la température en pratique pédiatrique quotidienne. Arch Pediatr. 2005;12(8):1292-300.
7. AFSSAPS. Mise au point sur la prise en charge de la fièvre chez l'enfant. [communiqué du 4 juin 2008; consulté le 7 juillet 2014]. Disponible sur www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/8a3e72e8fec9c0f68797a73832372321.pdf.
8. Chapelle N. Fièvre aiguë de l'enfant de moins de 6 ans: Evaluation des connaissances et des comportements des parents. Thèse de doctorat en médecine. Nancy : Université de Lorraine; 2012. 146p.
9. Corrard F. Moyens de lutte contre la fièvre : les bains tièdes restent-ils indiqués? Arch Pediatr. 2002;9(3):311-5.
10. Corrard F. Confort thermique et fièvre où la recherche du mieux être. Arch Pediatr. 1999;6:93-6.
11. Autret-Léca E, Jonville Béra AP. Fièvre de l'enfant: Quel traitement médicamenteux? Rev Prat Med Ge. 2001;556(15):2087-8.
12. Monographie du Doliprane 2.4% susp buv. Disponible à partir de http://www.vidal.fr.
13. Monographie du Doliprane 100 mg suppositoire. Disponible à partir de http://www.vidal.fr.
14. Autret E, Jonville-Béra AP. Place de l'ibuprofène dans le traitement de la fièvre en pédiatrie. J Pediatr Puericulture. 1997;10(6):150-2.
15. Monographie de l'Advilmed 20 mg/1 ml susp buv. Disponible à partir de http://www.vidal.fr.
16. Guillonneau M, Jacqz-Aigrain E. Traitement de la fièvre par l'acide acétylsalicylique. J Pediatr Puericulture. 1997;10(6):136-43.

17. Monographie de l'Aspegic 100 mg pdre p sol buv. Disponible à partir de http://www.vidal.fr.
18. Mourdi N, Fournier Charrière E, Pons G, Chalumeau M. Fièvre du nourrisson et de l'enfant: Enquête transversale nationale sur les connaissances et les pratiques. Journées Parisiennes de Pédiatrie. 2009;255-61.
19. Les recommandations du groupe de pédiatrie générale. Prise en charge symptomatique de la fièvre du jeune enfant. [mis à jour en octobre 2004; consulté le 17 juillet 2014]. Disponible sur www.sf-pediatrie.com/recommandation/prise-en-charge-symptomatique-de-la-fièvre-du-jeune-enfant.
20. Corrard F. Respecter la fièvre aiguë des nourrissons? Rev Prat Med Ge. Fev 2013;27(895):120-1.
21. Inserm. La fièvre de l'enfant peut être mieux gérée. [mis à jour le 21 janvier 2014; consulté le 17 juillet 2014]. Disponible sur www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-recherche/la-fievre-de-l-enfant-peut-etre-mieux-geree.
22. Malmonte A, Perez Castro-Zapart A. L'éducation des parents à la fièvre du nourrisson de plus de trois mois en médecine générale. Thèse de doctorat en médecine. Lille : Université Lille 2; 2014. 79p.
23. Boivin J-M, Weber F, Fay R, Monin P. Prise en charge de la fièvre de l'enfant: les connaissances et pratiques des parents sont-elles satisfaisantes? Arch Pediatr. Avr 2007;14(4):322-9.
24. Grass L, Claudet I, Oustric S, Bros B. Connaissances et attitudes des parents face à la fièvre de l'enfant de moins de 6 ans. Rev Prat Med Ge. 2005;686/687(19):381-4.
25. Veron A. L'éducation des parents contre les idées fausses! Rev Prat Med Ge. 2006;748/749(20):1239-41.
26. Veron A, Depinoy D. Fièvre de l'enfant en médecine générale: les parents sont-ils compétents? Rev Prat Med Ge. 2006;748/749(20):1231-6.
27. Pons G. Traitement de la fièvre par le paracétamol (aspect pharmacologique). J Pediatr Puericulture. 1997;10(3):144-9.
28. Le Mauff P, Bourgueil C, Peloteau D, Senand R, Chambonet JY. Enfants fébriles: Que font les parents ? Le Concours Medical. 2001;09:581-5.
29. Copin C. Les bains des le traitement de la fièvre: traitement antique, traitement en toc? Arch Pediatr. 1999;6(1):110-2.
30. Jacqz-Aigrain E. Le paracétamol doit rester l'antipyrétique de première intention chez l'enfant. Arch Pediatr. 2000;7(3):231-3.

31. Charkaluk ML, Kalach N, El Kohen R, Kremp O. Utilisation familiale de l'ibuprofène chez l'enfant febrile: une étude prospective aux urgences d'un hôpital lillois. Arch Pediatr. 2005;12:1209-14.
32. Pipet A, Colas H, Wessel F, Magnan A. Réactions d'hypersensibilité aux anti-inflammatoires non stéroïdiens chez l'enfant. J Pediatr Puericulture. 2012;25:249-54.

Prise en charge par les parents de l'hyperthermie chez le nourrisson dans le département de la Somme

Introduction : Les recommandations de l'AFSSAPS concernant la prise en charge de la fièvre chez l'enfant préconisent un traitement centré sur l'amélioration du confort et non une recherche systématique de l'apyrexie. L'objectif de cette étude était d'évaluer de manière prospective le comportement des parents face à la fièvre chez le nourrisson.

Matériel et Méthodes : Cette étude quantitative observationnelle a été élaborée à partir d'un questionnaire destiné aux parents de nourrissons vus en consultation dans des cabinets de médecine générale de la Somme.

Résultats : 131 questionnaires exploitables ont été recueillis entre juillet et octobre 2015. Les parents étaient 84.7% à utiliser un thermomètre par voie rectale. Le traitement antipyrétique était instauré à partir de 38°C dans 46.6% des cas et seulement 2.3% des parents initiaient ce traitement uniquement selon la tolérance de la fièvre par leur enfant. Concernant les mesures physiques, 54.2% des parents dévêtaient leur enfant, 26% l'hydrataient, et 3.1% diminuaient la température ambiante. Le paracétamol était cité dans la majorité des cas en monothérapie (93.1%), à dose adaptée au poids (81.7%), avec un délai de 6 heures entre chaque prise (51.1%) et la forme sirop était privilégiée dans 67.9% des réponses.

Conclusion : L'initiation du traitement repose toujours sur une recherche de l'apyrexie sans tenir compte du confort thermique de l'enfant. Des efforts doivent être entrepris de la part des médecins et des pouvoirs publics afin d'optimiser la prise en charge de la fièvre chez le nourrisson.

Mots-Clés : Médecine générale – Fièvre – Nourrisson – Parents – Education pour la santé

Taken care by the relatives of the hypertherm at the infant in the department of the Somme

Introduction: The recommendations of the AFSSAPS, concerning the management of fever in infants, have advocated treatment centered on improving comfort, and not a systematic search of the apyrexia. The objective of this study was to prospectively evaluate the behavior of parents facing the fever in infants.

Material and methods: This quantitative observational study was developed from a questionnaire for parents of infants seen in consultation in general practice from department of the Somme.

Results: 131 usable questionnaires were collected between July and October 2015. The parents were 84.7% using a rectal thermometer. The antipyretic treatment was initiated at 100.4°F in 46.6% of cases and only 2.3% of parents used this treatment only in the safety of their child fever. On physical, 54.2% of parents undress their child, 26% hydrate, and 3.1% decrease the room temperature. Paracetamol was quoted in most cases monotherapy (93.1%), with a delay of 6 hours between each dose (51.1%) and the syrup form was preferred in 67.96% of responses.

Conclusion: The initiation of treatment is always based on a research of apyrexia, regardless of the thermal comfort of the child. Efforts should be made by doctors and public authorities in order to optimize the management of fever in infants.

Keywords: General medicine – Fever – Infant – Parents – Education for health