



HAL
open science

Consultations aux urgences pédiatriques de Dax pour une fièvre de moins de 48h chez l'enfant de 3 mois à 18 ans : raisons et inquiétudes parentales

Célia Vidal

► **To cite this version:**

Célia Vidal. Consultations aux urgences pédiatriques de Dax pour une fièvre de moins de 48h chez l'enfant de 3 mois à 18 ans : raisons et inquiétudes parentales. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03116614

HAL Id: dumas-03116614

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03116614>

Submitted on 20 Jan 2021

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

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

**Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par Célia VIDAL, née le 25 Mars 1991 à Saint-Louis (É-U),

Le 11 Juin 2020

**Consultations aux urgences pédiatriques de Dax
pour une fièvre de moins de 48h chez l'enfant de
3 mois à 18 ans : raisons et inquiétudes
parentales.**

Directrice de thèse : Mme Le Docteur CELTON Gaëlle (PH, CH DAX)

Membres du jury :

M. Le Professeur BARAT Pascal (PU-PH, CHU BORDEAUX)

Président

M. Le Docteur MONTARIOL Yves (MCU, CHU BORDEAUX)

Rapporteur

M. Le Docteur ROMERO Marco (MCU, CHU BORDEAUX)

Juge

M. Le Docteur AUGRIS Gaël (Médecin Généraliste, SAINT-PIERRE DU MONT)

Juge

Mme Le Docteur PESTEIL Clara (PH, CHU BORDEAUX)

Juge

REMERCIEMENTS

Au Docteur CELTON Gaëlle,

Je te remercie d'avoir dirigé ta première thèse avec moi. Pour tes conseils, ton calme et ta bonne humeur durant le stage puis avec ce travail.

J'espère que tu pourras assister à ma soutenance et je te souhaite tout ce qu'il y a de meilleur pour cette nouvelle rencontre qui t'attend.

Au Professeur BARAT Pascal,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury.

Veillez trouver ici l'expression de mes sentiments respectueux.

Au Docteur MONTARIOL Yves,

Je vous remercie d'avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail et vous remercie pour vos remarques et conseils concernant ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude.

Au Docteur ROMERO Marco,

Je vous remercie de siéger dans ce jury. Merci également pour l'enseignement délivré au cours de l'internat qui nous incite à remettre nos connaissances en question et penser par soi-même.

Veillez trouver ici le témoignage de mon estime la plus sincère.

Au Docteur PESTEIL Clara,

Je vous remercie d'avoir prêté attention à mon travail.

Veillez trouver ici l'expression de tout mon respect.

Au Docteur AUGRIS Gaël,

Je te remercie de faire partie de ce jury. Merci pour ce stage qui a confirmé mon envie de faire de la médecine générale, tu es pour moi un exemple de pratique pour mon futur exercice.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	1
TABLE DES MATIERES.....	2
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	4
LISTE DES ABREVIATIONS.....	5
INTRODUCTION.....	6
1 Généralités sur la fièvre.....	6
1.1 Définition.....	6
1.2 Physiopathologie.....	6
1.3 Complications.....	7
1.4 Signes de gravité, mauvaise tolérance.....	7
1.5 Prise en charge.....	9
2 Problématiques.....	10
2.1 Connaissance parentale.....	10
2.2 Fièvre de l'enfant et consultations aux urgences.....	11
2.3 Organisation de la permanence des soins.....	11
3 Objectifs.....	12
MATERIEL ET METHODE.....	13
1 Type d'étude.....	13
2 Population.....	13
2.1 Sélection des patients.....	13
2.2 Critère d'inclusion.....	13
2.3 Critère de non inclusion et d'exclusion.....	13
3 Recueil des données.....	13
3.1 Modalité de recueil.....	13
3.2 Données recueillies.....	14
4 Critères de jugement.....	14
4.1 Principaux.....	14
4.2 Secondaires.....	14
5 Analyse statistique.....	14
RESULTATS.....	15

1	Description de la population étudiée	15
1.1	Effectifs de l'étude	15
1.2	Caractéristiques des patients	15
2	Inquiétudes des parents et motifs de consultation	20
2.1	Inquiétudes face à la fièvre et à la cause de la fièvre	20
2.2	Motifs principaux de consultation pour la fièvre et niveaux d'inquiétude	22
2.3	Etat clinique de l'enfant et niveaux d'inquiétude.....	23
3	Evaluation médicale des enfants	26
3.1	Patient adressé	26
3.2	Examen complémentaire	27
3.3	Diagnostic.....	27
3.4	Prise en charge	28
3.5	CCMU	28
	DISCUSSION	29
1	Résultats principaux	29
1.1	Critères de jugements principaux.....	29
1.2	Critères de jugement secondaires	30
2	Validité interne, biais.....	31
3	Validité externe, autres études.....	31
4	A quelle population peut-on appliquer les résultats ?	33
5	Recommandations	33
	CONCLUSION	36
	BIBLIOGRAPHIE.....	37
	ANNEXES	40
	RESUME.....	51
	ABSTRACT.....	52

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Valeurs numériques de la température mesurées au domicile	16
Figure 2 : Délai de consultation depuis le début de la fièvre	17
Figure 3 : Méthodes antipyrétiques utilisées au domicile	18
Figure 4 : Circonstances de venues aux urgences	19
Figure 5 : Raisons de consultations spontanées	20
Figure 6 : Niveaux d'inquiétude face à la fièvre et à la cause de la fièvre	21
Figure 7 : Diagnostics principaux	27
Tableau 1 : Signes de gravité chez un enfant fébrile	8
Tableau 2 : Yale Observation Scale	8
Tableau 3 : Niveaux d'inquiétude en fonction des valeurs de température mesurées.....	21
Tableau 4 : Niveaux d'inquiétude en fonction des motifs de consultation	22
Tableau 5 : Niveaux d'inquiétude en fonction de l'état général de l'enfant	23
Tableau 6 : Niveaux d'inquiétude en fonction des signes cutanés présents	24
Tableau 7 : Niveaux d'inquiétude en fonction des signes présents de l'état neurologique	24
Tableau 8 : Niveaux d'inquiétude en fonction des signes respiratoires présents.....	25
Tableau 9 : Niveaux d'inquiétude en fonction des signes digestifs présents.....	26

LISTE DES ABREVIATIONS

CMIT : Collège des Universitaires de Maladie Infectieuses et Tropicales

HAS : Haute Autorité de santé

YOS : Yale Observation Scale

AINS : anti inflammatoire non stéroïdien

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

PMI : Protection Maternelle et Infantile

INTRODUCTION

1 Généralités sur la fièvre

1.1 Définition

La définition de la fièvre n'est pas consensuelle. Selon le Collège des Universitaires de Maladie Infectieuses et Tropicales (CMIT) la fièvre est la hausse de la température centrale au-dessus des variations normales circadiennes. Il existe des variations physiologiques selon l'âge, le sexe, le cycle nyctéméral et l'activité physique. La fièvre désigne classiquement une température corporelle supérieure ou égale à 38° le matin (38,3° le soir) (1).

D'après la Haute Autorité de santé (HAS), la fièvre est définie comme une température centrale supérieure à 38°C, chez un enfant normalement couvert, et dans une température ambiante tempérée (2).

Le collège national des pédiatres universitaires précise que la méthode de référence soit le thermomètre électronique par voie rectale (3) et qu'il faudra ajouter +0,4°C si prise par voie buccale et +0,5°C si prise axillaire. Il distingue la fièvre aigue du nourrisson de celle de l'adulte par : la fréquence des causes virales bénignes chez l'enfant de plus de 3 mois, les complications propres à la fièvre et l'impact thérapeutique des mesures physiques (4).

1.2 Physiopathologie

L'être humain est un organisme homéotherme : sa température centrale reste constante quelles que soient les variations du milieu extérieur.

L'homéothermie résulte d'un équilibre entre thermogénèse (apport de chaleur) et thermolyse (perte de chaleur) régulé par un centre thermorégulateur situé dans l'hypothalamus.

L'hyperthermie apparaît en réponse à des substances pyrogènes exogènes et endogènes.

Les pyrogènes exogènes (agents pathogènes infectieux, certaines hormones, vaccins) stimulent la libération de nombreuses cytokines appelées pyrogènes endogènes (interleukines, interféron, tumor necrosis factor) par l'intermédiaire des monocytes et macrophages qui parviennent via les thermorécepteurs à l'hypothalamus pour déclencher l'augmentation de la valeur de référence de centres thermorégulateurs.

L'hypothalamus émet alors des influx nerveux permettant les réactions d'adaptation de l'organisme afin de maintenir la température au point d'équilibre de 37°C. En cas de fièvre, les influx nerveux émis visent à augmenter la température centrale vers le nouveau point d'équilibre plus haut. Il en résulte une vasoconstriction (diminuant la thermolyse) et des frissons (augmentant la thermogénèse) (4)(5).

La fièvre est donc le reflet de la réponse hypothalamique à une agression tissulaire.

1.3 Complications

Les trois complications possiblement reliées au symptôme de la fièvre en lui-même chez l'enfant sont : (4)(5)

- Les crises convulsives fébriles : chez 2 à 5% des enfants, habituellement de 1 à 3ans mais leur définition les inclut entre les âges de 10 mois à 5ans. L'importance de la fièvre n'est pas un facteur de risque supplémentaire dans le déclenchement de ces crises. En effet il n'est pas démontré qu'elles surviennent à l'acmé de la fièvre, bien que ce soit souvent allégué : elles peuvent survenir avant la fièvre et à tout moment de l'évolution de la maladie. De plus, il peut exister un terrain familial prédisposant au risque de convulsions hyperthermiques simples (6).
- La déshydratation aigue : la fièvre majore la déshydratation par évaporation. Des mesures d'hydratation doivent systématiquement accompagner la prise en charge thérapeutique de la fièvre, d'autant plus en cas de perte hydro-électrolytique (diarrhées, vomissements) et/ou défaut d'hydratation orale.
- Le syndrome d'hyperthermie majeure : exceptionnel, est défini par une température supérieure à 41°C. Un tel niveau de température est susceptible de créer des lésions tissulaires irréversibles liées à la dénaturation des protéines thermolabiles dans le foie, le myocarde, le cerveau ou le rein. Cette montée en température est favorisée par un conditionnement qui augmente la température corporelle (pièce surchauffée, enfant chaudement habillé).

1.4 Signes de gravité, mauvaise tolérance

Tout d'abord il faut noter que dans le cas d'une fièvre d'origine infectieuse, aucune relation n'a été établie entre l'importance de la fièvre et la gravité de l'infection en cours (1).

Outre les trois complications reliées à la fièvre citées ci-dessus, la situation d'un enfant fébrile peut se révéler urgente selon le terrain et la cause de la fièvre (4).

➔ Urgence liée au terrain :

- L'enfant est âgé de moins de 3 mois et plus particulièrement de moins de 6 semaines du fait du risque d'infection bactérienne invasive (incidence élevée des bactériémies avant l'âge de 6 semaines) et relèvera donc d'une prise en charge particulière.
- Existence d'une pathologie connue chronique (drépanocytose, immunosuppression, affection rénale . . .)
- Contexte social compliqué, capacités de surveillance de l'entourage possiblement limitées

➔ Urgence liée à la cause :

Selon le collège national des pédiatres universitaires, des éléments cliniques permettent d'apprécier la gravité d'un tableau fébrile et des signes de mauvaise tolérance. Il a donc dressé un tableau (Tableau 1) avec des symptômes permettant d'orienter sur la gravité de la fièvre.

[Tableau 1 : Signes de gravité chez un enfant fébrile](#)

	Signes en faveur d'une infection bénigne (virale)	Signes en faveur d'une infection possiblement sévère
Faciès	Vultueux	Pâle/gris, cyanose péri-buccale
Conscience	Normale	Somnolence
Cris	Vigoureux	Plaintifs, geignards
Téguments	Erythrosiques, chauds	Marbrés, froids
Temps de recoloration cutanée	Immédiat	Allongé (> 3s)

Il existe également le score de YOS (Yale Observation Scale) ([Tableau 2](#)) qui est une échelle simple et utile pour juger de l'apparence clinique globale d'un jeune enfant fébrile (7).

Il permet d'orienter, pour les enfants de 3 à 36 mois, sur la gravité de l'infection en cours. Un score inférieur à 10 est associé à une infection bénigne dans 97 % des cas. Un score global supérieur à 16 est associé à une infection sévère dans 92 % des cas.

[Tableau 2 : Yale Observation Scale](#)

	Normal (1 point)	Altération modérée (3 points)	Altération sévère (5 points)
Cri	Vigoureux ou calme	Geignements, sanglots	Gémissement, cris faibles
Réactivité	Pleurs brefs ou enfant heureux ne pleurant pas	Accès de pleurs	Pleurs permanents ou absence de réponse
Eveil	Normal, réveil facile	Si stimulation prolongée	Apathique, somnolent
Couleur	Rose	Extrémités pâles ou cyanosées	Pâle ou cyanosé, gris, marbré
Hydratation	Normale	Bouche sèche, peau et yeux normaux	Pli cutané, yeux cernés, muqueuses sèches
Contact	Sourire, sens en éveil	Sourire bref, peu intéressé	Indifférent, anxieux

Puis il y a des éléments qui doivent faire évoquer une cause infectieuse sévère comme :

- La détresse respiratoire avec des signes de lutte respiratoires, polypnée, hypoxémie, atteinte pulmonaire bilatérale

- Les troubles hémodynamiques avec tachycardie, hypotension, troubles de perfusion périphériques
- Un purpura extensif fulminant
- Une hypotonie, trouble de la conscience ou syndrome méningé
- Une douleur à la mobilisation d'un membre, gonflement articulaire (ostéoarthrite)
- Des selles glairosanglantes (diarrhée bactérienne)
- Une leucocyturie ou bactériurie (pyélonéphrite)

1.5 Prise en charge

Dans le cas d'une fièvre sans signe de gravité, la Haute Autorité de Santé (HAS) a émis des recommandations de prise en charge de la fièvre chez l'enfant (2).

Elle rappelle que la fièvre n'est généralement pas dangereuse. L'enfant fébrile peut présenter un changement de comportement (apathie, anorexie, céphalées, diminution des activités, etc.) qui témoigne, au même titre que la fièvre, de sa réponse immunitaire.

Cette situation peut être inconfortable et justifie alors un traitement. Elle précise alors que l'objectif du traitement est la suppression de cet inconfort et non la normalisation de la température.

Pour cela, il existe des mesures physique et médicamenteuse :

- Mesures physiques :
 - Proposer fréquemment à boire ;
 - Ne pas trop couvrir l'enfant ;
 - Ne pas augmenter la température de la pièce.
- Médicamenteuses :
 - Paracétamol en première intention en monothérapie pendant les 24 premières heures (à 60 mg/kg/jour, à répartir en 4 ou 6 prises, soit environ 15 mg/kg toutes les 6 heures)
 - AINS en cas de contre-indication au Paracétamol : l'ibuprofène chez l'enfant de plus de 3 mois et le kétoprofène chez l'enfant de plus de 6 mois (ibuprofène : 20 à 30 mg/kg/j en 4 prises ; kétoprofène : 0,5 mg/kg/prise, sans dépasser 2 mg/kg/j, en 3 ou 4 prises).

La HAS spécifie qu'il n'est pas recommandé de donner un bain ou enveloppement frais, dont l'effet est modeste et transitoire, et peuvent majorer l'inconfort de l'enfant. Il n'est pas recommandé non plus de donner des AINS en cas de varicelle, et avec prudence en cas d'infection bactérienne.

Dans le carnet de santé de l'enfant (8) (Annexe 1) dans la partie surveillance médicale ; une conduite à tenir en cas de fièvre est expliquée pour les enfants de plus de 3 mois. Des conseils avec des « bons gestes » à adopter sont énumérés ainsi que la prise de médicament si inconfort mais non indispensable sinon. Enfin, il recommande de consulter son médecin si persistance de la fièvre au bout de 48h ou immédiatement si son comportement est inhabituel et inquiète, si l'enfant est abattu ou moins réactif, si l'aspect de sa peau a changé, s'il rougit, pâlit, a des petits boutons.

2 Problématiques

2.1 Connaissance parentale

Différentes études et thèses se sont intéressées à la connaissance qu'ont les parents sur la fièvre de leur enfant et les conduites à tenir associées (9)(10)(11)(12).

L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps, devenue l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ANSM) a publié des recommandations à destination du grand public en janvier 2005 qui ont été insérées ensuite dans les carnets de santé. Une enquête a été faite 7 ans après la sortie de ces recommandations pour comparer leur impact 1 puis 7 ans après leur parution, en décrivant et en comparant les connaissances et le comportement des parents (13).

Elle met en évidence que le bain et découvrir l'enfant restaient les méthodes physiques dominantes. Si le paracétamol restait la spécialité la plus mentionnée, seul ou en association, les AINS représentaient en 2012 une concurrence sérieuse. Les modalités d'administration des médicaments étaient bien maîtrisées en 2012 mais les causes et les motifs de consultation n'étaient pas mieux appréhendés. Les principales sources d'information étaient les médecins.

En outre, les parents pour qui la fièvre évoquait une pathologie grave ont plus souvent répondu qu'une consultation médicale en urgence était nécessaire (plus de 90 % des répondants) mais à l'inverse, 70 % des parents ayant répondu que la fièvre pouvait être bénigne ont également jugé que la consultation médicale était nécessaire. Enfin, la connaissance des signes de gravité associés à la fièvre n'avait pas progressé depuis 2006. Les plus cités étaient toujours : les convulsions, la fièvre durant depuis plusieurs jours, l'âge de moins de 3 mois, les troubles digestifs constants et le syndrome méningé. La somnolence, la dyspnée et l'éruption cutanée étaient moins inquiétantes pour les parents. En revanche, une fièvre ne diminuant pas après 24h de traitement restait toujours très anxiogène.

Ce qui nous emmène à parler du phénomène de « fever phobia » décrit pour la première fois dans les années 80 par le Dr Schmitt (14). Il se caractérise par des craintes infondées des parents devant une fièvre chez l'enfant et par conséquent une mauvaise prise en charge symptomatique initiale qu'il juge trop « agressive ». En 2006 le Dr Crocetti renouvelle l'expérience (15) et rapporte que le phénomène de « fever phobia » persiste malgré les données scientifiques rassurantes sur la fièvre chez l'enfant. Les principales craintes des parents se portaient sur une possible atteinte du système nerveux central (24%), l'épilepsie (19%) et la mort (5%).

2.2 Fièvre de l'enfant et consultations aux urgences

Une étude de 2009 au Havre (16) analysait les motivations de consultations aux urgences pédiatriques et retrouvait que 14% des motifs étaient la fièvre, après la traumatologie (34%). En 2018 les consultations pédiatriques pour « fièvre » étaient classées 3^{ème} avec 3,2% des consultations dans le Top 10 des diagnostics principaux en Nouvelle Aquitaine, après « entorse cheville » (3,9%) et « douleur abdominale, autres et non précisées » (3,6%) (17).

En 2019 la cours des comptes (18) estimait que l'activité des services d'urgence continuait à croître avec en 2016, 21,2 millions de passages annuels (contre 18,4 millions en 2012), soit une augmentation de près de 15 % en 4 ans et, en moyenne, de 3,6 % par an.

Avec le problème actuel « d'engorgement » des urgences, il est important de voir si toutes ces consultations sont justifiées ou si elles relèvent plutôt de la médecine libérale (également appelées « passages évitables »).

Le rapport de 2016 de l'Observatoire Régional des Urgences de la Nouvelle Aquitaine (19) confirme une tendance à la consultation « non urgente » en estimant à 29% de CCMU1 en pédiatrie (classement de gravité des patients en urgence pré hospitalière), soit des patients jugés stables avec abstention d'acte complémentaire ou thérapeutique. Le rapport de 2018 classe 93% des passages de pédiatrie en CCMU1 et 2. (17)

Une thèse évaluant la pertinence des consultations pour fièvre aux urgences pédiatriques de Villefranche sur Saone en 2016 (20) retrouvait que plus d'un enfant sur quatre consultant de façon spontanée, c'est-à-dire non adressé par un médecin, consultaient pour une fièvre de moins de 24heures.

D'autant plus que dans la majorité des cas il s'agit d'infection virale bénigne (4)(21).

2.3 Organisation de la permanence des soins

2.3.1 Médecine générale

La fièvre est un motif de consultation fréquent en médecine générale. En 2009 elle était classée au 3^{ème} rang des consultations pour les enfants de 0 à 1 an puis passe au 1^{er} rang pour les 2 à 9 ans (22).

La permanence des soins ambulatoires (PDSA) permet de répondre aux besoins de soins non programmés aux heures de fermeture habituelles des cabinets médicaux et des structures d'exercice coordonné. Elle est assurée par des médecins dans des cabinets médicaux, maisons de santé ou centre de santé de 20h à minuit en semaine et de midi à minuit le Samedi et 8h minuit le Dimanche et jour férié (23)(24).

Elle se fait sur la base du volontariat et s'organise par secteur avec un correspondant par secteur pour organiser le planning de garde.

Elle repose sur une régulation médicale téléphonique par le 15 ou dans les Landes via un numéro spécifique le 05.58.44.11.11 et la présence d'au moins un médecin de garde sur chaque territoire de permanence des soins. Le secteur de Dax comprend 12 communes (Annexe 2).

2.3.2 Urgences pédiatriques

A Dax, elles sont ouvertes 24h/24h 7j/7 et se composent de deux box de consultation dans le service de pédiatrie pour les urgences médicales, pédopsychiatriques ou sociales. L'accueil se fait au service des urgences pour les traumatismes et déchocages.

En 2018 l'Observatoire Régional des Urgences de la Nouvelle Aquitaine (ORUNA) faisait état d'une moyenne de passage quotidienne au CH de Dax de 126 dont 3% de moins de 1an, 25% de moins de 18ans. Il estimait en Nouvelle Aquitaine à 49% de consultation pédiatrique en horaire de permanence de soin.

L'ORUNA a dressé une cartographie de l'accessibilité au CH de Dax ainsi que son pourcentage de taux de recours. Ce dernier est supérieur à 20% dans une périmètre d'environ 10km autour du CH Dax sauf au Nord du CH de Dax où il est plutôt étendu sur 20km (17) (Annexe 3). Le CH de Mont de Marsan qui se trouve à l'Est et le CH de Bayonne au Sud drainent une partie de la population des Landes. Les patients des communes du Nord des Landes ont la possibilité de consulter au CH de Dax de Mont de Marsan avec parfois des durées de trajets importantes, ou bien au CH d'Arcachon en Sud Gironde.

Le bassin de population du « Grand Dax Agglomération » est une communauté de 20 communes avec une population de 54 874 habitants et un territoire que l'on pourrait qualifier de semi urbain (25).

3 Objectifs.

Dans ce contexte de « phobie de la fièvre », notre étude avait pour objectif principal d'évaluer les inquiétudes parentales en lien avec la fièvre lors des consultations aux urgences pédiatriques de Dax pour une fièvre de moins de 48 heures chez un enfant de plus de 3 mois.

Nous nous sommes également intéressés aux autres raisons de recours aux urgences pour ce même motif.

Cette étude descriptive a été réalisée de manière prospective au Centre Hospitalier de DAX, à l'aide de questionnaires distribués aux parents et au médecin référent lors d'une consultation pour un enfant de plus de 3mois présentant une fièvre de moins de 48h.

MATERIEL ET METHODE

1 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude épidémiologique descriptive mono centrée prospective, qui a été réalisée du 1^{er} Novembre 2019 au 29 Février 2020 aux urgences pédiatriques de l'hôpital de Dax.

2 Population

2.1 Sélection des patients

Tout patient qui consultait aux urgences pédiatriques de Dax, adressé par un médecin en ambulatoire ou médecin régulateur ou non adressé, pour une fièvre de moins de 48 heures.

2.2 Critère d'inclusion

Les patients inclus étaient âgés de 3 mois à 18ans, consultants aux urgences pédiatriques de Dax pour le motif « fièvre » évoluant depuis moins de 48 heures associée ou non à d'autres symptômes.

2.3 Critère de non inclusion et d'exclusion

Les patients consultants pour une fièvre de plus de 48 heures ou des enfants de moins de 3 mois.

La présence d'une fièvre chez un nourrisson de moins de 3 mois étant considéré comme une infection materno-foetale jusqu'à preuve du contraire. Ils doivent donc bénéficier d'une prise en charge particulière avec examen clinique et examens complémentaires en urgence.

3 Recueil des données

3.1 Modalité de recueil

L'enquête a été réalisée par questionnaire établi par les médecins du service de pédiatrie d'après leur expérience clinique et les données de la littérature. (Annexe 4)

Ces questionnaires étaient anonymes, distribués aux parents au début ou à la fin de la consultation aux urgences pédiatriques par les puéricultrices, les auxiliaires de puériculture ou les internes postés aux urgences.

Les questionnaires étaient remplis par les parents eux même le plus souvent. Ils pouvaient être aidés d'une tierce personne de l'équipe soignante en cas de difficulté de compréhension.

3.2 Données recueillies

Une première partie était destinée aux parents avec des questions ouvertes et des questions fermées à choix multiples afin de caractériser la population étudiée.

Ils étaient interrogés sur :

- L'âge de l'enfant, la distance de son domicile, son suivi habituel
- Le début de la fièvre, sa mesure, sa prise en charge au domicile
- Et enfin ils rapportaient ce qui les inquiétait et leur niveau d'inquiétude par rapport à cela

Une deuxième partie était destinée au médecin des urgences pour indiquer :

- si l'enfant était adressé
- si l'enfant avait des antécédents significatifs
- les examens complémentaires effectués
- le diagnostic principal
- la prise en charge
- le score de Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU) qui permet d'évaluer l'état du patient, sa gravité clinique et son pronostic médical

4 Critères de jugement

4.1 Principaux

Le critère de jugement principal était l'évaluation semi-quantitative de l'inquiétude parentale par l'échelle de type Likert, avec cinq niveaux : pas du tout inquiet, un peu inquiet, modérément inquiet, très inquiet, extrêmement inquiet.

Les autres raisons motivant la consultation aux urgences pédiatriques étaient des données qualitatives.

4.2 Secondaires

Nous avons pour objectif secondaire d'estimer la fréquence de prescription d'examen complémentaires et de traitement par antibiotique à l'issue de la consultation aux urgences pour fièvre de moins de 48 heures chez un enfant de plus de 3 mois.

5 Analyse statistique

Les données ont été traitées par codage numérique et entrées dans le Tableur Excel ® pour les analyses statistiques.

Les statistiques descriptives sont rapportées en nombres et fréquences relatives pour les données qualitatives ; en moyennes pour les variables quantitatives à distribution normale et en médianes pour les variables quantitatives à distribution non normale.

RESULTATS

1 Description de la population étudiée

1.1 Effectifs de l'étude

Nous avons inclus 61 patients dans notre étude d'octobre 2019 à fin février 2020.

1.2 Caractéristiques des patients

1.2.1 Données sociodémographiques

Les enfants étaient âgés de 3 mois à 14 ans avec une médiane à 24 mois.

La durée de trajet entre le domicile familial et le centre hospitalier était en moyenne de 19 minutes (écart type +/- 13min) avec un maximum de 60 minutes.

Concernant le suivi habituel des enfants, 38% (23/61) étaient suivis par un médecin généraliste, 34% (21/61) par un pédiatre, 18% (11/61) par un médecin généraliste et un pédiatre, 6% (4/61) par une PMI et pédiatre et/ou médecin généraliste, 2% (1/61) en PMI uniquement et 2% (1/61) sans suivi.

Les parents ont consulté majoritairement les mercredis (14/61, soit 23%), samedis (12/61) et dimanches (17/61), soit 48% de consultation le week-end.

Concernant les heures de consultations, 67% (41/61) ont consulté entre 8h et 20h, 25% (15/61) entre 20h-00h et 8% (5/61) entre 00h et 08h.

Pour les consultations de 8h à 20h pendant la semaine ; trois quart des consultations (74%) avaient lieu avant 17h.

Pour les consultations en de 00h à 8h, en nuit profonde ; 4 des 5 consultations étaient le weekend.

1.2.2 Caractéristiques de la fièvre

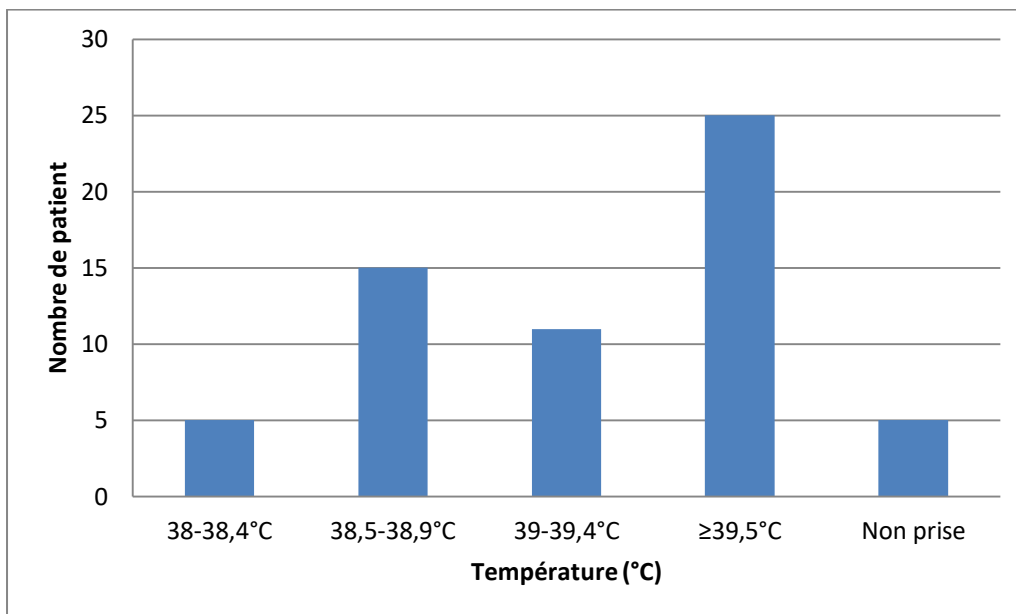
Concernant la méthode de mesure de la température, la majorité des parents ont pris la température par voie rectale (31/61 soit 51%) qui est la voie recommandée. Les autres parents ont mesuré la température par voie axillaire 21% (13/61), frontale 15% (9/61), auriculaire 5% (3/61), 5% (3/61) ne l'ont pas prise et 3% (2/61) l'ont prise en buccal.

Tous les parents de l'étude ont mis un chiffre supérieur ou égal à 38° quand la température avait été prise.

La répartition des valeurs numériques de la température mesurées au domicile est représentée dans la [figure 1](#).

La valeur de température la plus représentée était celle supérieure ou égale à 39,5° avec 25 des répondants (41%), suivi par une température mesurée entre 38,5 et 38,9 pour 15 répondants (25%).

[Figure 1 : Valeurs numériques de la température mesurées au domicile](#)

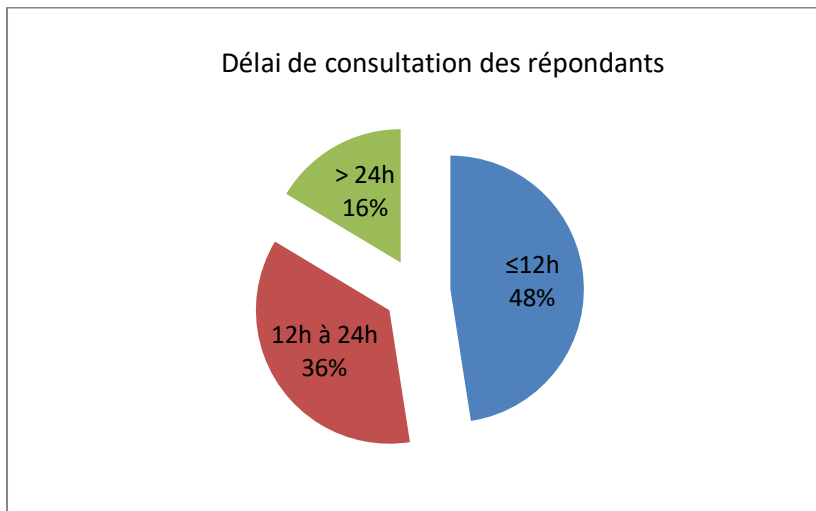


Quasiment la moitié des consultations (29 soit 48%) avaient lieu avec un délai entre le premier pic de température et la venue aux urgences de moins de 12heures.

De plus, parmi ces 29 consultations ; 19 (31%) étaient dans un délai de moins de 6h.

Les patients consultants pour une fièvre de 12heures à 24heures représentaient 36% et enfin 16% consultaient pour des fièvres de 24 à 48heures d'évolution. ([figure 2](#))

Figure 2 : Délai de consultation depuis le début de la fièvre

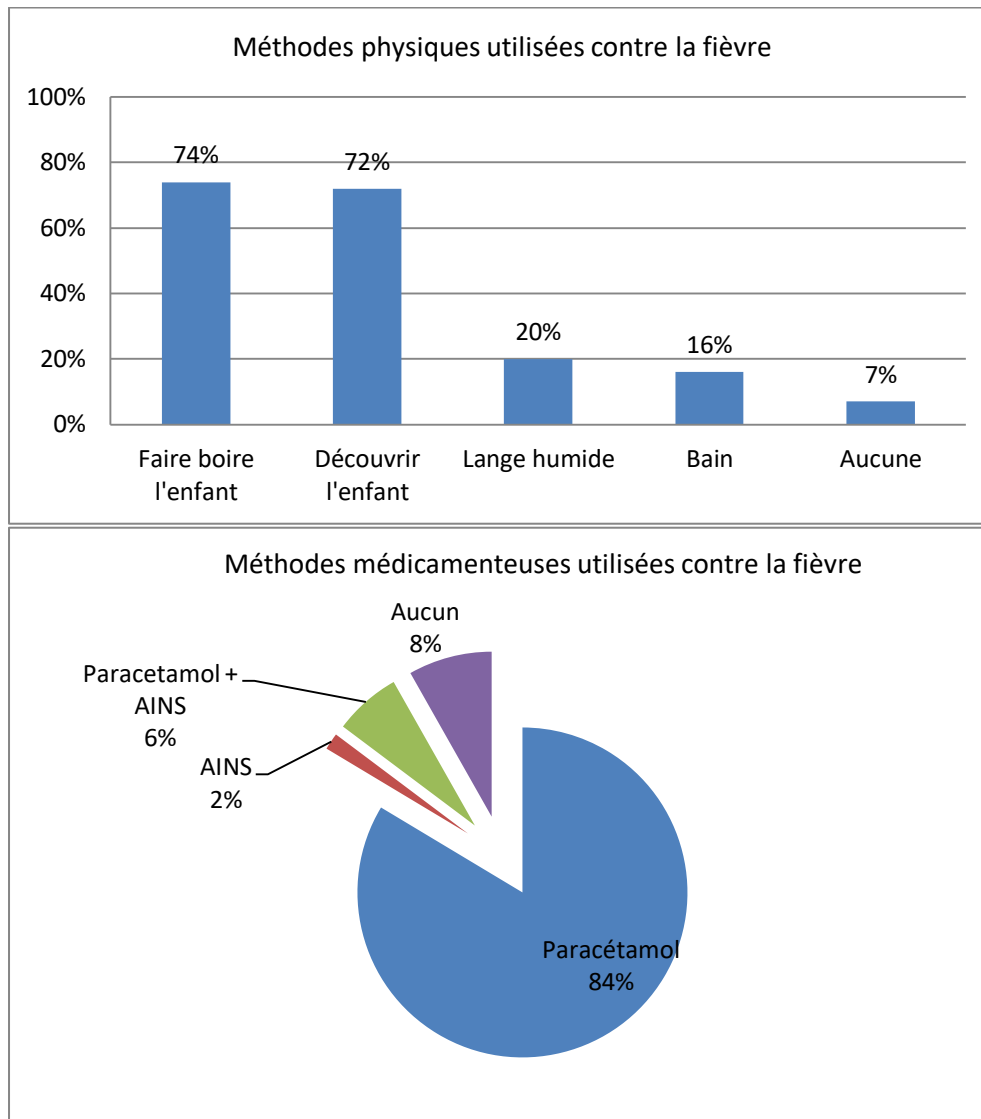


Les différentes méthodes antipyrétiques utilisées par les parents pour cette fièvre sont illustrées dans la [figure 3](#).

Dans les moyens physiques, plusieurs réponses étaient possibles. La majorité ont répondu avoir fait boire l'enfant (74%) et découvert l'enfant (72%) avant la consultation aux urgences. Viennent ensuite l'application de linge humide par 20% des répondants et les bains par 16%. Seulement 6% ont déclarés ne rien avoir fait comme mesure physiques.

Pour les méthodes médicamenteuses, la plupart (84%) avait donné du paracétamol avant de venir en consultation. La bithérapie par paracétamol et anti inflammatoire non stéroïdiens (AINS) n'avait été faite que par 6% des parents, 2% par AINS seul et 8% n'avaient donné aucun médicament.

Figure 3 : Méthodes antipyrétiques utilisées au domicile



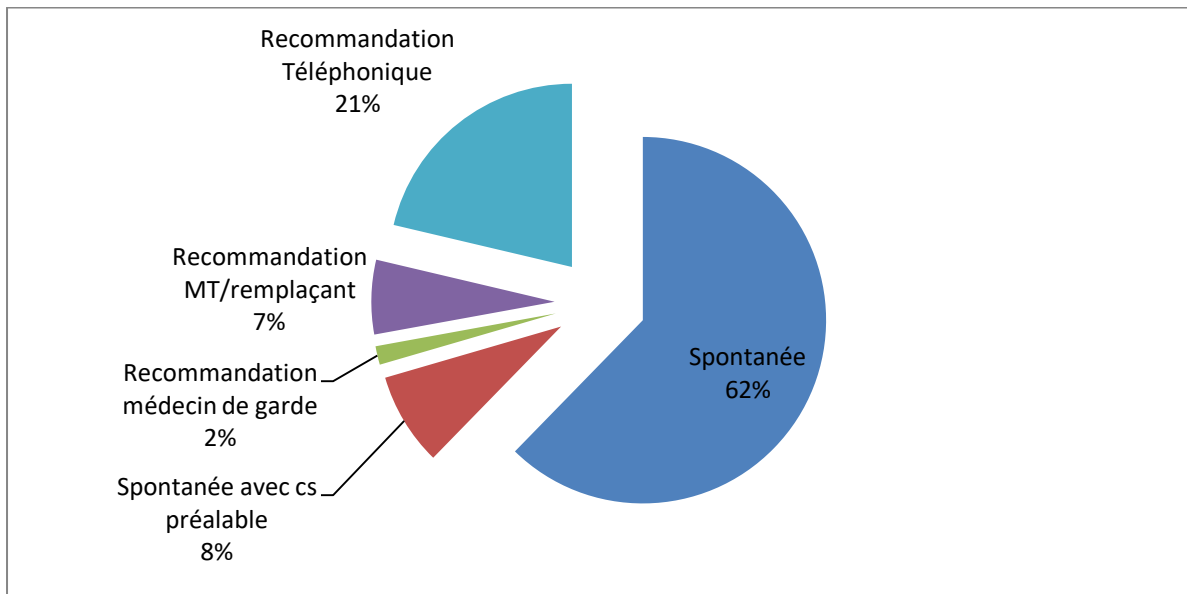
1.2.3 Modalités de consultation aux urgences

Les patients pouvaient venir aux urgences selon différentes modalités (figure 4), plus de la moitié, 38 (62%) sont venus directement aux urgences sans avis préalable.

Un peu moins d'un quart (13 soit 21%) déclaraient avoir été adressé par téléphone, soit par le SAMU/15 soit par le médecin/pédiatre ou le médecin de garde. Sur ces 13 « recommandations téléphoniques » rapportées : 9 étaient le weekend et sur les 4 consultations en semaine 3 étaient en horaire de garde ou en nuit profonde ce qui pourrait expliquer l'orientation vers les urgences en l'absence de médecin disponible.

Quatre patients disaient être adressés par un médecin traitant ou remplaçant (7%), 1 (2%) par un médecin de garde et 5 (8%) avaient déjà été vu dans les 48h par un médecin en ambulatoire et venaient aux urgences spontanément cette fois ci.

Figure 4 : Circonstances de venues aux urgences



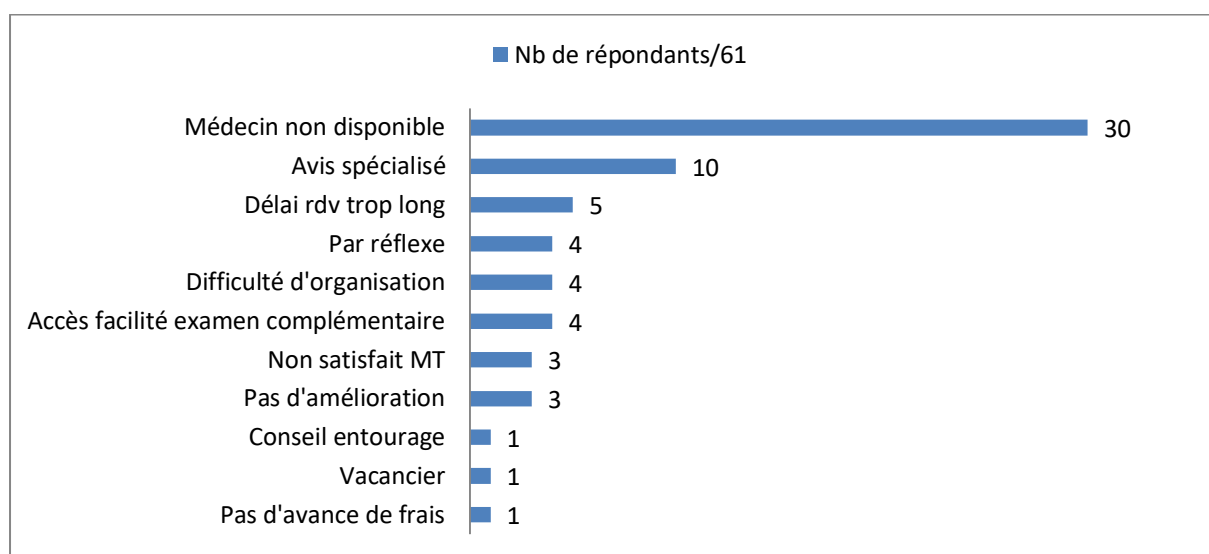
Concernant les raisons de consultation aux urgences pédiatrique de façon spontanée. Les parents pouvaient répondre plusieurs réponses possibles (figure 5).

La première raison évoquée était que leur médecin était non disponible, pour 30 des répondants. Parmi eux, 16 ont consultés le weekend et 14 en semaine. Et dans ces 14 consultations en semaine ; 5 avaient lieu avant 16h, 5 entre 19h et 20h et 4 en horaire de garde donc de 20h à minuit.

La deuxième raison était le désir d'un avis spécialisé pour 10 des répondants.

Pour 5 répondants le délai pour avoir un rendez-vous avec leur médecin était trop long. Parmi eux, 2 avaient des rendez-vous dans les 6h, 2 dans les 48h et 1 non précisé.

Figure 5 : Raisons de consultations spontanées



2 Inquiétudes des parents et motifs de consultation

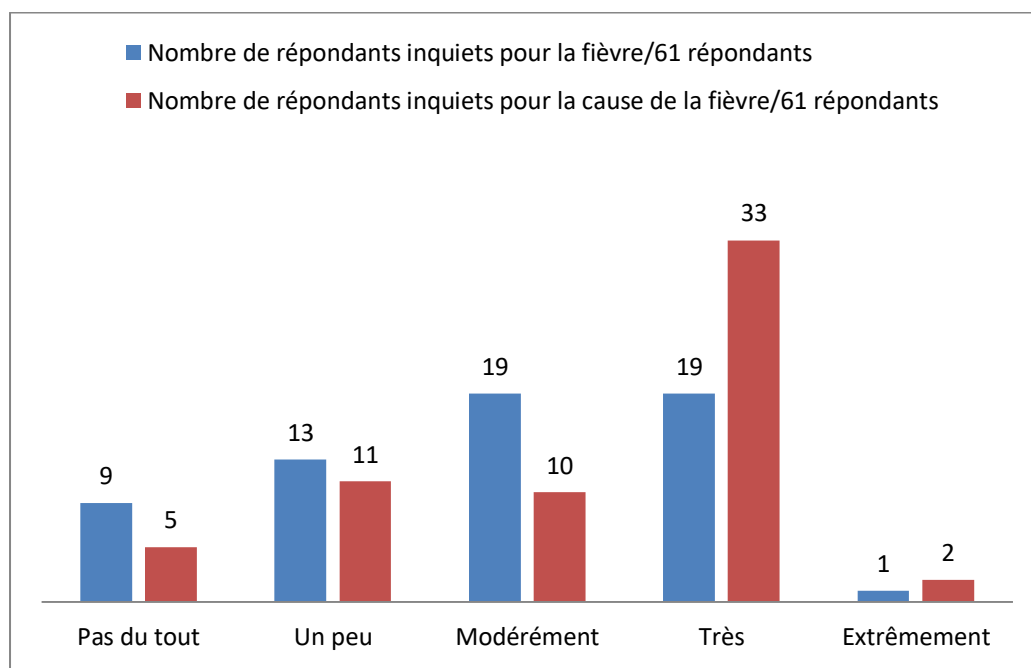
2.1 Inquiétudes face à la fièvre et à la cause de la fièvre

Les niveaux d'inquiétude face à la fièvre et à la cause de la fièvre sont représentés [figure 6](#).

On note une plus grande inquiétude par rapport à la cause de la fièvre que par rapport à la fièvre en elle-même. En effet, 33 parents (54%) sont « très inquiets » par rapport à la cause de la fièvre contre 19 (31%) pour la fièvre.

Parmi ces 19 parents « très inquiets » par rapport à la fièvre; 12 (63%) avaient mesuré une température supérieure ou égale à 39,5.

Figure 6: Niveaux d'inquiétude face à la fièvre et à la cause de la fièvre



Dans le [tableau 3](#) représentant les niveaux d'inquiétude en fonction des valeurs de température mesurées, il semble que l'inquiétude augmente si la valeur de la température est élevée.

Parmi les patients ayant une fièvre supérieure ou égale à 39,5°, soit 25 des répondants, 12 (48%) étaient très inquiet par rapport à la fièvre.

Tableau 3 : Niveaux d'inquiétude en fonction des valeurs de température mesurées

	Nombre de patients concernés	Pas du tout	Un peu	Modérément	Très	Extrêmement
38-38,4°	5/61	2/5 40%	1/5 20%	2/5 40%	0/5 0%	0/5 0%
38,5-38,9°	15/61	1/15 7%	7/15 47%	5/15 33%	2/15 13%	0/15 0%
39-39,4°	11/61	4/11 37%	2/11 18%	1/11 9%	3/11 27%	1/11 9%
≥39,5°	25/61	1/25 4%	3/25 12%	9/25 36%	12/25 48%	0/25 0%

2.2 Motifs principaux de consultation pour la fièvre et niveaux d'inquiétude

Dans les motifs de consultation ([tableau 4](#)), connaître les raisons de la fièvre et une valeur élevée de température mesurée étaient cités dans la grande majorité des cas, respectivement 87% et 85% des répondants.

Le niveau d'inquiétude pour ces motifs étaient de modérément à très inquiets.

Le motif de mauvaise défervescence de la fièvre malgré les traitements était cité dans 64% des cas et semblait inquiéter un peu moins les parents (de peu à très inquiet).

Enfin, pour le terrain de l'enfant perçu comme fragile selon les parents (âge, antécédent, prématurité...), 25 (41%) d'entre eux le citaient. Et ils étaient 44% à être très inquiets quand ils pensaient que leur enfant avait un « terrain fragile ».

[Tableau 4 : Niveaux d'inquiétude en fonction des motifs de consultation](#)

Motifs	Nombre de patients concernés	Pas du tout	Un peu	Modérément	Très	Extrêmement
Connaître les raisons de la fièvre	53/61 (87%)	0/53 0%	11/53 20%	20/53 38%	20/53 38%	2/53 4%
Valeur élevée de la T°	52/61 (85%)	0/52 0%	14/52 27%	17/52 33%	19/52 36%	2/52 4%
Fièvre ne cédant pas	39/61 (64%)	1/39 3%	13/39 33%	11/39 28%	13/39 33%	1/39 3%
Terrain de l'enfant	25/61 (41%)	1/25 4%	7/25 28%	6/25 24%	11/25 44%	0/25 0%

Les résultats des niveaux d'inquiétude sont exprimés en fréquence absolue sur le nombre de patients concernés, ainsi qu'en fréquence relative par rapport au nombre de patients concernés.

2.3 Etat clinique de l'enfant et niveaux d'inquiétude

2.3.1 Etat général

Concernant le niveau d'inquiétude sur l'état général de l'enfant ([tableau 5](#)), la fatigue est le motif le plus cité (87%) mais les parents sont peu inquiets par rapport à cela.

Pour l'inconfort et les pleurs, également très présents (respectivement 77% et 70%), les parents sont peu à modérément inquiets.

En revanche pour les frissons (52%), les niveaux d'inquiétudes vont de peu à très inquiets, donc plus inquiets quand l'enfant présente des frissons.

[Tableau 5 : Niveaux d'inquiétude en fonction de l'état général de l'enfant](#)

Motifs	Nombre de patients concernés	Pas du tout	Un peu	Modérément	Très	Extrêmement
Fatigue	53/61 (87%)	5/53 9%	18/53 34%	15/53 28%	13/53 25%	2/53 4%
Inconfort	47/61 (77%)	5/47 11%	16/47 34%	17/47 36%	9/47 19%	0/47 0%
Pleurs	43/61 (70%)	3/43 7%	14/43 33%	14/43 33%	10/43 23%	2/43 4%
Frissons	32/61 (52%)	4/32 13%	9/32 28%	9/32 28%	8/32 25%	2/32 6%

2.3.2 Etat cutané

Peu de signes cutanés ont été rapportés (tableau 6). Le motif principal était les marbrures décrites chez 16 répondants (26%) qui avaient tendance à peu inquiéter les parents quand elles étaient présentes.

Tableau 6 : Niveaux d'inquiétude en fonction des signes cutanés présents

Motifs	Nombre de patients concernés	Pas du tout	Un peu	Modérément	Très	Extrêmement
Marbrures	16/61 (26%)	2/16 12%	6/16 38%	5/16 31%	2/16 13%	1/16 6%
Extrémités bleues	2/61 (3%)	0/2	0/2	1/2 50%	0/2	1/2 50%
Purpura	2/61 (3%)	0/2	1/2 50%	1/2 50%	0/2	0/2
Bouton	4/61 (7%)	1/4 25%	0/4	1/4 25%	2/4 50%	

2.3.3 Etat neurologique

Pour « l'état neurologique », aucune convulsion n'a été rapportée.

Les céphalées chez 26% des répondants inquiétaient peu les parents. Alors que la somnolence présente chez seulement 8% mais qui, elle, inquiétait peu à modérément.

Tableau 7 : Niveaux d'inquiétude en fonction des signes présents de l'état neurologique

Motifs	Nombre de patients concernés	Pas du tout	Un peu	Modérément	Très	Extrêmement
Somnolence	5/61 (8%)	1/5 20%	2/5 40%	2/5 40%	0/5 0%	0/5 0%
Céphalée	16/61 (26%)	0/16 0%	8/16 50%	4/16 25%	4/16 25%	0/16 0%

2.3.4 Etat respiratoire

Au niveau respiratoire ([tableau 8](#)), la moitié des répondants (54%) présentaient une toux mais étaient majoritairement peu inquiets par rapport à cela.

Pour la dyspnée, moins représentée (20%), les parents étaient plus inquiets quand ce symptôme était présent.

[Tableau 8 : Niveaux d'inquiétude en fonction des signes respiratoires présents](#)

Motifs	Nombre de patients concernés	Pas du tout	Un peu	Modérément	Très	Extrêmement
Toux	33/61 (54%)	7/33 <u>21%</u>	11/33 34%	7/33 <u>21%</u>	7/33 <u>21%</u>	1/33 3%
Dyspnée	12/61 (20%)	1/12 8%	4/12 34%	3/12 <u>25%</u>	3/12 <u>25%</u>	1/12 8%

2.3.5 Etat digestif

Pour ce qui est du digestif ([tableau 9](#)), la perte d'appétit était le motif le plus décrit avec 57% des patients. Cela inquiétait peu à modérément les parents contrairement à la mauvaise hydratation moins représentée (20%) mais qui inquiétait beaucoup si elle était présente.

Les vomissements, douleur abdominale et diarrhée chez respectivement 38% 32% et 23% des répondants, inquiétaient modérément.

Tableau 9 : Niveaux d'inquiétude en fonction des signes digestifs présents

Motifs	Nombre de patients concernés	Pas du tout	Un peu	Modérément	Très	Extrêmement
Vomissement	23/61 (38%)	1/23 4%	4/23 17%	11/23 48%	7/23 31%	0/23 0%
Douleur abdominale	20/61 (32%)	1/20 5%	5/20 25%	10/20 50%	3/20 15%	1/20 5%
Diarrhée	14/61 (23%)	2/14 14%	3/14 21%	5/14 35%	3/14 21%	1/14 7%
Perte d'appétit	35/61 (57%)	5/35 14%	12/35 34%	12/35 34%	3/35 9%	3/35 9%
Mauvaise hydratation	12/61 (20%)	2/12 17%	3/12 25%	3/12 25%	4/12 33%	0/12 0%

2.3.6 Autres signes d'inquiétudes

Un était « Un peu » inquiet pour une conjonctivite.

Deux étaient « Modérément » inquiets pour une otalgie.

Deux étaient « Très inquiets » pour une fièvre en retour de voyage et pour la présence d'une constipation.

3 Evaluation médicale des enfants

3.1 Patient adressé

Dans les questionnaires remplis par les médecins, 4 patients étaient notés comme adressés. C'est-à-dire avec un contact téléphonique ou lettre de médecin à médecin.

A noter que dans les questionnaires des patients : 4 patients disaient être adressés par un médecin traitant et 1 par un médecin de garde.

3.2 Examen complémentaire

Des examens complémentaires ont été faits chez 9 enfants.

Parmi les 4 patients adressés, 3 ont eu des examens complémentaires avec :

- > 1 Bandelette urinaire (BU), bilan biologique et échographie abdominale
- > 1 bilan biologique
- > 1 BU et micro CRP

Dans les 6 patients « non adressés » qui ont eu des examens paracliniques, il y a eu :

- > 4 Streptatest ®
- > 1 BU et micro CRP
- > 1 bilan biologique

3.3 Diagnostic

Finalement, 31 patients sont ressortis avec un diagnostic « ORL », dont 23 qualifiées de « viroses ORL » ou rhinopharyngites, 5 angines, 2 otites moyennes aiguës et 1 laryngite.

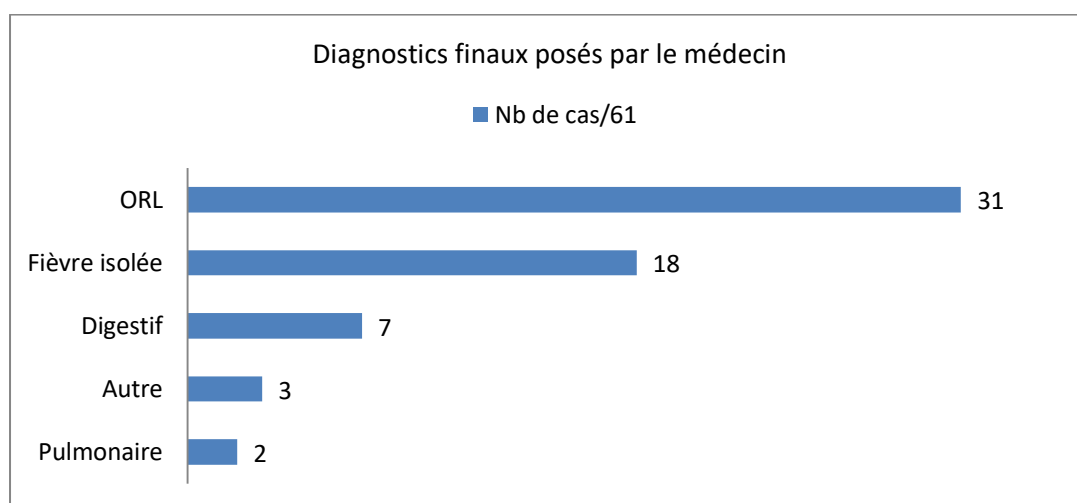
Des fièvres isolées sans point d'appel ont été retrouvées chez 18 répondants.

Au niveau digestif, 6 patients avaient des gastro entérites aiguës et 1 syndrome appendiculaire a été mis en évidence.

Au niveau pulmonaire, 2 bronchiolites ont été diagnostiquées.

Et d'autres diagnostics comme une poussée dentaire et 2 syndromes grippaux

Figure 7 : Diagnostics principaux



3.4 **Prise en charge**

- Médicamenteuse :

Il y a eu deux mises sous antibiotiques pour OMA, les deux un Samedi avec une fièvre qui durait depuis respectivement 1h et 20h.

Pour le reste des patients, un traitement symptomatique seul a été prescrit.

- Suite :

Au final, 59 enfants sont rentrés au domicile et 2 ont été hospitalisés.

3.5 **CCMU**

Pour les Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU) faite par les médecins référents à la fin des consultations afin de les coter :

Cinquante-trois (86%) ont été classés CCMU1, c'est-à-dire ayant un état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stable avec abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le service d'urgences.

Sept (11%) CCMU2, c'est-à-dire ayant un état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables avec une décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le service d'urgences.

Ici, les enfants ayant eu des examens complémentaires puis étant rentrés à domicile.

Deux (3%) CCMU3, c'est-à-dire ayant un état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.

Ici, les deux patients hospitalisés qui étaient adressés par un médecin (syndrome appendiculaire et bronchiolite).

DISCUSSION

1 Résultats principaux

1.1 Critères de jugements principaux

Dans les motifs pour lesquels les parents étaient « très inquiets » venait en premier lieu la cause de la fièvre avec 33 parents soit 54%.

Ensuite, 19 (31%) étaient très inquiets pour la fièvre en elle-même. Donc les parents s'avéraient plus inquiets par rapport à la cause de la fièvre qu'au symptôme de la fièvre.

Au sein de ces 19 parents « très inquiets » par rapport à la fièvre; 12 (63%) avaient mesuré une température supérieure ou égale à 39,5. Il semble que l'inquiétude augmentait si la valeur de la température était élevée.

Puis, lorsque les parents considéraient que leur enfant présentait un terrain fragile de par son âge ou ses antécédents (25 soit 41% d'entre eux) ils étaient 44% à être très inquiets.

Enfin une mauvaise hydratation, moins représentée (12 soit 20%) mais qui inquiétait également beaucoup (33%) si elle était présente.

Ensuite dans les motifs de consultation, connaître les raisons de la fièvre et une valeur élevée de température mesurée au domicile étaient très cités avec respectivement 87% et 85% des répondants. Le niveau d'inquiétude pour ces motifs étaient de modérément à très inquiets.

Pour le niveau d'inquiétude « modérée », la mauvaise défervescence de la fièvre malgré les traitements était citée dans 64% des cas et semblait inquiéter un peu moins les parents (de peu à très inquiet).

Il en était de même pour les frissons présents pour 52% des enfants, les niveaux d'inquiétudes allaient de peu à très inquiets.

Les vomissements, douleur abdominale et diarrhée chez respectivement 38%, 32% et 23% des répondants, inquiétaient modérément également.

Succédait après cela les inquiétudes « peu à modéré » avec d'abord l'inconfort et les pleurs, très présents (respectivement 77% et 70%).

La perte d'appétit décrit chez 57% des patients inquiétait peu (34%) à modérément (34%) les parents.

Puis, la dyspnée présente pour 12 (20%) des répondants. Ils étaient inquiets quand ce symptôme était présent avec 34% (4/12) de peu, 25% (3/12) de modérément et 25% (3/12) de très inquiets.

Enfin la somnolence présente chez seulement 5 enfants (8%) inquiétait également peu (40%) à modérément (40%).

Finalement, les parents étaient « peu inquiets » (18/53 soit 34%) pour une fatigue chez leur enfant, le motif le plus cité (53 soit 87%).

La moitié des répondants (33 soit 54%) présentaient une toux mais étaient majoritairement (11/33 soit 34%) peu inquiets par rapport à cela, contrairement à la dyspnée où nous avons observé une inquiétude plus grande. Donc une inquiétude adaptée aux signes de gravités.

L'état cutané n'était pas une raison importante de consultation dans le cadre de la fièvre, excepté les marbrures pour un quart des répondants (16 soit 26%) mais qui n'inquiétaient que « peu » les parents (6/16 soit 38%). Or, cela fait partie des critères de gravité, de mauvaise tolérance d'une fièvre.

Pour finir, les céphalées chez 16 (26%) des répondants inquiétaient également peu les parents (8 soit 50%) à la différence de la somnolence comme nous l'avons dit précédemment, ce qui est en concordance avec le Yale Observation Scale.

1.2 Critères de jugement secondaires

Des examens complémentaires ont été réalisés chez 9 enfants soit 15% des consultations.

Parmi eux, 4 ont bénéficié uniquement d'un Streptatest ®. Donc finalement 5 ont eu des analyses biologiques (bilan, micro CRP, BU/ECBU) difficilement réalisables en cabinet libéral.

Trois avaient été adressés par un médecin avec un contact entre le médecin en ambulatoire et le médecin des urgences par téléphone ou par courrier.

Finalement 2 patients ont été mis sous antibiotiques pour des otites et 2 ont été hospitalisés. Ces deux hospitalisations avaient été adressées par un médecin.

Tous les autres (57 soit 93%) sont rentrés au domicile avec un traitement symptomatique.

2 Validité interne, biais

L'étude est une étude épidémiologique descriptive qui a été menée sur 4 mois avec 61 questionnaires récoltés.

Le principal biais est un biais de sélection avec des défauts d'inclusion de patient par oubli (début de semestre pour les internes, personnel dépendant, manque de temps lors des périodes d'affluences...) ou pour un autre motif principal retenu plutôt que la fièvre (ex : toux, vomissement...).

Un biais de mesure peut aussi être imputé à l'étude par le mode d'évaluation du critère de jugement principal lié au choix d'évaluation par échelle de Likert avec 5 modalités.

3 Validité externe, autres études

Inquiétudes parentales

Dans la thèse de C. Fleuret (26), 59,7% des parents notaient la fatigue comme critère de gravité, puis l'inefficacité du traitement antipyrétique (45.8%), la toux (40.3%) et la perte d'appétit (36.1%).

Dans notre étude, 87% des enfants présentaient une fatigue en rapport avec cette fièvre mais les répondants étaient majoritairement « peu inquiets » par rapport à cela. Le niveau d'inquiétude était plus élevé par rapport à la non défervescence de la fièvre malgré les traitements ou à une valeur de température élevée. Ce qui va dans le sens de cette étude de 2017 où il retrouvait que les parents les plus inquiets avaient significativement plus nommé le degré de la fièvre supérieure ou égale à 39.5°C que les parents les moins inquiets.

Il en était de même pour la toux, très représentée dans notre étude, finalement elle inquiétait « peu » les parents. La perte d'appétit quant à elle inquiétait peu à modérément, contrairement à la mauvaise hydratation qui rendait les parents « très inquiets » quand présente.

Dans notre étude les parents étaient très inquiets vis-à-vis d'une mauvaise hydratation ou du terrain de l'enfant qui peuvent être des critères de gravité mais également sur la cause de la fièvre et la valeur de la température mesurée qui eux n'en sont pas. On peut donc se demander si les critères de gravité sont bien connus et si ce sont eux qui vont conduire à l'inquiétude parentale ou si gravité et inquiétude parentale sont indépendants.

Dans la thèse de C. Almeras (27), le motif d'inquiétude principal le plus fréquemment cité conduisant les parents à consulter aux urgences était l'inefficacité du traitement antipyrétique sur la fièvre (18 %) puis la durée de la fièvre (17%) et l'incertitude sur son origine (16%).

Elle modérait la « phobie de la fièvre » car la peur des dangers de la fièvre n'arrivait qu'en sixième position sur neuf en tant que motif principal d'inquiétude (9 % des parents) et en troisième position comme motif secondaire.

Cela confirme l'hypothèse que de ne pas connaître la cause de la fièvre n'est peut-être pas identifié comme étant un « critère de gravité » selon les parents mais que c'est un élément qui les inquiète particulièrement au-delà de la peur de la fièvre en elle-même.

Consultations « non urgentes »

S. Jouannetaud avait fait en 2011 (28) une étude sur les inquiétudes et motivations de consultation aux urgences pédiatriques de Limoges plutôt qu'en médecine de ville pour fièvre chez l'enfant de 3 mois à 2 ans, sans limitation de durée d'évolution de la fièvre. Les diagnostics finaux étaient 26% de rhinopharyngites, 24% infections virales, 17% OMA et 5% d'angine soit 72% de symptômes ORL.

Dans nos diagnostics finaux, 51% étaient « ORL » en sachant que nous avons 30% de consultation étiquetées « fièvre isolée » du fait de la précocité de la consultation.

La différence que l'on peut également retrouver est dans le traitement de sortie avec pour S. Jouannetaud 32% de prescription d'antibiotiques contre dans notre étude 3%. Ce qui confirme le fait qu'une consultation trop précoce n'est pas profitable au début des symptômes mais peut s'avérer utile par la suite.

De plus, dans cette étude de 2011, 56% des parents n'avaient pas consulté de médecin avant de consulter aux urgences pédiatriques pour la fièvre de leur enfant. Dans notre étude nous avons retrouvé 61% mais l'intervalle d'évolution de la fièvre étant plus restreint cela peut expliquer que ce pourcentage soit plus élevé.

Dans ces 56%; 26% venaient pour « raisons pratiques » (nuit, weekend, proximité du domicile etc.), 14% par « manque de rendez-vous rapide » et 12% par « réflexe de venir aux urgences ».

Dans notre étude les parents étaient interrogés sur les raisons de consultation spontanées aux urgences. Donc parmi les 38 « consultations spontanées », 5 ont estimé que le délai pour avoir un rendez-vous avec leur médecin était trop long (soit 13% des répondants). Deux avaient un rendez-vous dans un délai de 6h, 2 dans les 48h et 1 non précisé.

Quatre ont répondu « par réflexe » et 4 pour « difficulté organisationnelle », soit 11% chacun.

Ce qui est similaire aux pourcentages de l'étude de Jouannetaud, les raisons organisationnelles étant légèrement moindre.

Les deux raisons principales de notre recueil étaient « médecin non disponible » avec 30 réponses (80%) et « avis spécialisé » avec 10 réponses (26%). Or, comme nous l'avons vu auparavant dans la majorité des cas une consultation en ambulatoire était suffisante et possible grâce à la permanence des soins ambulatoires.

4 A quelle population peut-on appliquer les résultats ?

L'étude a donc porté sur des enfants de plus de 3 mois consultant pour une fièvre précoce en milieu semi urbain.

L'accès aux soins ambulatoires non programmés aux horaires de fermeture des cabinets médicaux, autrement dit la permanence des soins ambulatoires (PDSA) se faisant dans le secteur par les médecins libéraux de garde participants au planning de garde (pas de maison médicale de garde ou SOS médecin).

Dans l'étude, 21% des consultations rapportent avoir été « adressées » aux urgences par téléphone (15, médecin traitant, pédiatre ou médecin de garde). Ces consultations avaient majoritairement lieu le weekend ou la nuit en horaire de garde ou nuit profonde soit lors de la PDSA.

La moitié des répondants ont déclaré leur médecin « indisponible » et seulement 5 ont déclaré avoir un délai de rendez-vous trop long (dont deux avait un rendez-vous le jour même).

Mais surtout la majorité des patients sont venus spontanément (62%) aux urgences.

Avec comme nous l'avons vu auparavant, des motifs de consultation d'urgences relatives pouvant être traités en médecine ambulatoire.

5 Recommandations

Education à la fièvre

Il ressort de ces résultats que les parents sont inquiets par rapport à la fièvre mais majoritairement par rapport à la cause de la fièvre.

Ils sont globalement bien informés par rapport à la mesure de la fièvre, la prise en charge par les mesures physiques et médicamenteuses où ils suivent majoritairement les recommandations contrairement à l'étude de Sellier Joliot qui retrouvait que le seuil de la fièvre n'était pas connu ou que le traitement reposait sur la pratique de l'alternance thérapeutique et l'usage des AINS (13).

Cependant, il semblerait qu'il y ait des lacunes au niveau de la connaissance du délai avant de consulter un médecin et sur certain critère de gravité devant motiver la consultation.

En effet, une grande partie des patients (48%) ont consulté à moins de 12h du début de la fièvre. Cela peut entraîner un examen clinique trop « précoce » pour rechercher et trouver un diagnostic étiologique. De plus, chez la grande majorité des enfants de moins de 2ans le diagnostic étant une virose simple le traitement symptomatique reste l'unique traitement.

L'intérêt serait, lors de l'éducation sur la prise en charge de la fièvre en consultations de ville, d'expliquer qu'en l'absence de signe de gravité, il est utile d'attendre environ 48h d'évolution la fièvre pouvant avoir cédé également entre temps. Et en conséquence de faire une éducation sur les critères de gravité également car dans certains cas ils ne sont pas reconnus.

Par ailleurs, la majorité des enfants n'ont pas bénéficiés d'examen complémentaires au cours de la consultation aux urgences, en y ajoutant les 4 ayant eu un Straptatest[®], cela fait 56 patients qui auraient pu relever d'une consultation en cabinet de ville.

L'inquiétude parentale étant partie intégrante de la pédiatrie, si une consultation est souhaitée même en l'absence de signe de gravité ou de moins de 48h d'évolution, la demande est légitime afin d'avoir une consultation médicale mais les patients doivent se référer d'abord à leur médecin traitant. Dans notre étude 62% des consultations étaient spontanées aux urgences.

Parcours de soins

La problématique de l'organisation des soins se pose également avec les résultats de l'étude.

Effectivement, 48% des consultations ont eu lieu le weekend.

Nous avons à la fin du questionnaire patient une question ouverte « Qu'est-ce que vous proposeriez pour faciliter la consultation en ville ? ». Deux thèmes sont revenus le plus souvent parmi les 13 réponses recueillis (Annexe 4) ; mettre en place des gardes de nuit et le weekend et augmenter le nombre de médecin en ville.

Nous pouvons donc nous interroger sur le fait de savoir si les patients ne connaissent pas l'existence de médecin de garde le weekend et les soirs de semaine est-ce par manque d'information ?

C'était également le cas dans l'étude de C. Almeras (27), à Agen, plus de 80% des consultations ont été faites pendant les heures ouvrables des cabinets de médecine générale ou de la maison de santé de garde. Elle se questionnait sur le fait de savoir si les patients connaissaient le concept de permanence de soins et l'existence d'une maison de santé sur Agen avec la présence d'un médecin généraliste de garde jusqu'à minuit.

Dans ce cas est ce qu'une plus grande communication dans les salles d'attente, sur les répondants des médecins traitants lors de leur absence ou par une campagne publicitaire (ex : « les antibiotiques c'est pas automatique ») ne serait-elle pas importante et efficace ?

De plus, dans les 13 consultations (21%) venues sur « recommandations téléphoniques » (SAMU-15, médecin traitant ou médecin de garde) 9 étaient le weekend et sur les 4 consultations en semaine 3 étaient en horaire de garde ou en nuit profonde.

Si le patient a véritablement été adressé par téléphone, se pose la question de savoir pourquoi n'a-t-il pas été adressé au médecin de garde ? Ou bien est-ce qu'une réassurance téléphonique ne suffisait pas à retarder le recours au soin ?

Dans le travail de M. Canu (29) mettre à la disposition des parents un service joignable par téléphone 24h/24 et 7j/7 (autre que le 15) pour améliorer l'organisation du système de santé dans la prise en charge des enfants fébriles semblait être une solution efficace pour réduire la consommation de soins pour fièvre de l'enfant.

Dans notre étude on peut également se demander si la permanence des soins était connue des patients. S'ils étaient orientés vers un médecin de garde ou une maison de santé de garde accepteraient-ils de s'y présenter plutôt qu'aux urgences pédiatriques ?

Une étude faite à Marseille (30) évaluait la disposition des patients « non urgents » à être réorientés vers des maisons médicales de garde dès leur entrée aux urgences adultes. Elle retrouvait que plus de deux tiers des patients accepteraient d'être réorientés vers ce type de structure.

Dans notre cas, s'agissant de la prise en charge d'enfants, il est possible que dans certain cas adresser directement aux urgences permettait de calmer rapidement l'anxiété parentale voire même peut être de la « phobie de la fièvre » de certains soignants (31).

CONCLUSION

La « fever phobia » est à nuancer dans notre étude car les patients s'avèrent être plus inquiets vis-à-vis de la cause de la fièvre.

Il serait donc opportun en reprenant l'éducation parentale sur la prise en charge de la fièvre, qui semble globalement acquise avec les méthodes physiques et médicamenteuses recommandées, d'expliquer la part prépondérante des infections virales bénignes. Puis, d'insister sur les critères de gravité et les modalités de consultation si persistance à 48h après applications des méthodes physiques et médicamenteuses préconisées.

Cependant, il existe tout de même une peur de la fièvre et surtout une inquiétude pour un chiffre « élevé » de la température avec de ce fait une tendance à traiter un chiffre et non le confort de l'enfant. Ce qui est confirmé avec la présence d'une inquiétude s'il existe une mauvaise défervescence malgré le traitement donné.

Enfin, le patient ne semble pas familiarisé avec l'organisation du soin notamment avec la permanence des soins ambulatoires.

BIBLIOGRAPHIE

1. Collège des Universitaires de Maladie Infectieuses et Tropicales. Fièvre aiguë chez l'enfant et l'adulte. 5ème éd. Paris: MED-LINE EDITIONS - EDUC; 2017.
2. Haute Autorité de Santé. Prise en charge de la fièvre chez l'enfant. Saint Denis La Plaine; 2016.
3. Sermet-Gaudelus I, Chadelat I, Lenoir G. La mesure de la température en pratique pédiatrique quotidienne. Arch Pédiatrie. Vol. 12-N° 8-p. 1292-1300.
4. Bourillon A, Benoist G, Delacourt C. La fièvre aiguë de l'enfant. In: Pédiatrie. 6ème éd. Elsevier Masson; 2014. p. 210.
5. Bréhin C, Honorat R, Cortey C, Debuisson C, Micheau P, Audouin-Pajot C, et al. Fièvre de l'enfant. EMC - PédiatrieMaladies Infect. 2018;(13(2):1-14[Article 4-210-C-10]).
6. Sadleir Lynette G, Scheffer Ingrid E. Febrile seizures BMJ 2007; 334 :307.
7. Bang A, Chaturvedi P. Yale Observation Scale for prediction of bacteremia in febrile children. Indian J Pediatr. juin 2009;76(6):599-604.
8. carnet_de_sante-num-.pdf [Internet]. [cité 22 déc 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet_de_sante-num-.pdf
9. Boivin J-M, Weber F, Fay R, Monin P. [Management of paediatric fever: is parents' skill appropriate?]. Arch Pediatr Organe Off Soc Francaise Pediatr. avr 2007;14(4):322-9.
10. Stagnara J, Vermont J, Dürr F, Ferradji K, Mege L, Duquesne A, et al. L'attitude des parents face à la fièvre de leurs enfants: Une enquête transversale des résidents de l'agglomération lyonnaise (202 cas). Presse Médicale. 1 sept 2005;34(16, Part 1):1129-36.
11. Bertille N, Fournier-Charrière E, Pons G, Chalumeau M. Managing Fever in Children: A National Survey of Parents' Knowledge and Practices in France. PLoS ONE. 31 déc 2013;8(12).
12. Elkon-Tamir E, Rimon A, Scolnik D, Glatstein M. Fever Phobia as a Reason for Pediatric Emergency Department Visits: Does the Primary Care Physician Make a Difference? Rambam Maimonides Med J. 30 janv 2017;8(1).
13. Sellier-Joliot C, Di Patrizio P, Minary L, Boivin J-M. Les recommandations Afssaps de 2005 n'ont pas modifié la prise en charge parentale de la fièvre de l'enfant. Arch Pédiatrie. 1 avr 2015;22(4):352-9.
14. Schmitt BD. Fever phobia: misconceptions of parents about fevers. Am J Dis Child 1960. févr 1980;134(2):176-81.
15. Crocetti M, Moghbeli N, Serwint J. Fever phobia revisited: have parental misconceptions about fever changed in 20 years? Pediatrics. juin 2001;107(6):1241-6.

16. Poitou P, Loge I, Hastier-Gouin N, Guyet S, Belgaid A, Dufour D, et al. P508 - Motivation des consultations aux urgences pédiatriques. 21 juill 2010;Archives de pédiatrie-Vol. 17-N° 6S1-p. 177.
17. Observatoire régional des urgences Nouvelle Aquitaine. Activités des structures d'urgences 2018. Panorama de la région Nouvelle Aquitaine [Internet]. Google Docs. 2018 [cité 16 janv 2020]. Disponible sur: https://drive.google.com/file/d/1H_WfV3lHoLbLnLbuppA9wK5pJr3raG5Q/view?usp=drive_open&usp=embed_facebook
18. Cours des comptes. Rapport public annuel 2019 : les urgences hospitalières des services toujours trop sollicités [Internet]. 2019 [cité 2 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf>
19. Observatoire régional des urgences Nouvelle Aquitaine. Activité des services d'urgences [Internet]. Panorama urgences 2016. 2016 [cité 21 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.oruna.fr/system/files/public/panorama2016-web.pdf>
20. Wirth C. Evaluation de la pertinence d'une consultation pour fièvre aux urgences pédiatriques: étude rétrospective sur l'année 2016 aux urgences pédiatriques de l'hôpital de Villefranche sur Saône = Evaluation of the relevance of a consultation for fever at the pediatric emergency services : retrospective study of the year 2016 at the pediatric emergency service of Villefranche sur Saône [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2018.
21. Colvin JM, Muenzer JT, Jaffe DM, Smason A, Deych E, Shannon WD, et al. Detection of Viruses in Young Children With Fever Without an Apparent Source. *Pediatrics*. déc 2012;130(6):e1455-62.
22. Observatoire de la Médecine Générale. Les diagnostics les plus fréquents [Internet]. Informations épidémiologiques sur les pathologies et leur prise en charge en ville. 2009 [cité 28 nov 2019]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php>
23. Permanence des soins ambulatoires [Internet]. [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/permanence-des-soins-ambulatoires-0>
24. Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine. Cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoire. Aout 2010 [cité 1 avr 2020]; Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019-05/PDSA_CDC_Maj_06_05_2019.pdf
25. Grand Dax Agglomération. In: Wikipédia [Internet]. 2020 [cité 29 avr 2020]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Grand_Dax_Agglom%C3%A9ration&oldid=166232251
26. Fleuret C. Evaluation des critères de gravité d'une fièvre chez l'enfant par les parents en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2017.

27. Almeras C. Inquiétudes et connaissances des parents face à la fièvre de l'enfant de plus de trois mois [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux. Faculté de médecine; 2017.
28. Jouannetaud Garnier S. Fièvre de l'enfant âgé de trois mois à deux ans: inquiétudes des parents et motivations pour une consultation aux urgences pédiatriques de l'Hôpital Mère-Enfant de Limoges plutôt qu'en médecine de ville [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2011.
29. Canu M. Inquiétudes, motivations et attentes des patients lorsqu'ils consultent en médecine générale pour fièvre de l'enfant de 3 mois à 5 ans. Université de Médecine et de Pharmacie de Rouen; 2015.
30. Gentile S, Durand A-C, Vignally P, Sambuc R, Gerbeaux P. Les patients « non urgents » se présentant dans les services d'urgence sont-ils favorables à une réorientation vers une structure de soins alternative ? Rev Epidémiologie Santé Publique. 9 févr 2009;Vol. 57- N° 1-p. 3-9.
31. Bertille N, Pons G, Khoshnood B, Fournier-Charrière E, Chalumeau M. Symptomatic Management of Fever in Children: A National Survey of Healthcare Professionals' Practices in France. PLoS ONE. 23 nov 2015;10(11).

ANNEXES

Annexe 1 : Extrait de carnet de santé

À PARTIR DE 3 MOIS, QUE FAIRE ?


Avant trois mois, **consultez rapidement un médecin en cas de fièvre, de diarrhée, de vomissements ou de difficultés à respirer.**

Si votre enfant a de la fièvre

La fièvre, qu'est-ce que c'est ? Une température supérieure à 38 °C.

Adoptez les bons gestes :

- habillez-le très légèrement (pas de turbulette ou de surpyjama pour dormir);
- faites-le boire plus souvent que d'habitude;
- ne chauffez pas trop sa chambre (si possible entre 18 °C et 20 °C).



Observez votre enfant et surveillez son comportement

- Si son comportement est inhabituel et vous inquiète, que votre enfant est abattu ou moins réactif, si l'aspect de sa peau a changé, s'il rougit, pâlit, a des petits boutons : **consultez immédiatement votre médecin.**
- S'il sourit, bouge, joue et mange comme d'habitude, c'est qu'il supporte bien sa fièvre. Il n'est pas indispensable de lui donner un médicament pour faire baisser sa température. Cependant, si la fièvre s'accompagne d'inconfort, vous pouvez lui donner un médicament conseillé par votre médecin ou votre pharmacien.

Plusieurs sortes de médicaments peuvent faire baisser la fièvre. Pour les enfants, le paracétamol est à privilégier, sauf avis contraire du médecin. Avant d'en donner, vérifiez bien que votre enfant n'en a pas déjà reçu sous un autre nom ou sous une autre forme.

Il est déconseillé de donner des médicaments différents en alternance.

Respectez strictement les recommandations indiquées dans la notice, la dose adaptée au poids de votre enfant et le délai entre les prises.

Consultez votre médecin si votre enfant a toujours de la fièvre au bout de 48 heures.

Les fièvres de l'enfant sont très souvent dues à une maladie virale. Par conséquent, les antibiotiques sont souvent inutiles, parfois nocifs.

Surveillance médicale

Si votre enfant a une diarrhée

La diarrhée, qu'est-ce que c'est ? Une modification brutale du nombre et de la consistance des selles (plus nombreuses et plus liquides).

Que faire ?

Dans tous les cas, donnez-lui à boire une solution de réhydratation orale* (SRO) tous les quarts d'heure au début, et prenez sa température régulièrement.

Si votre enfant se comporte comme d'habitude : il joue, bouge, mange, il ne vomit pas, surveillez-le pendant 48 heures.

Si votre enfant est toujours malade au bout de 48 heures, il faut consulter votre médecin.

Si votre enfant :

- a des vomissements persistants ;
- refuse toute alimentation ;
- a une température supérieure à 38,5 °C ;
- est très fatigué ;
- n'est pas comme d'habitude ;
- a du sang dans les selles ;

consultez immédiatement votre médecin.

Si votre enfant vomit

et si :

- il n'a pas un comportement habituel ;
- il a plus de 38,5 °C ;
- il a plusieurs selles liquides ;
- il refuse de têter ou de boire ses biberons ;
- les vomissements sont répétés ;
- le vomissement est sanglant ou vert.

Consultez immédiatement votre médecin.

Si votre enfant a du mal à respirer

Si le début de la gêne est brutal et/ou que votre enfant a avalé quelque chose de travers, appelez le 15 (SAMU).

Si votre enfant se comporte comme d'habitude : il joue, bouge, mange :

- débouchez son nez souvent : lavez le nez avec du sérum physiologique (dosette ou pulvérisateur) et mouchez-le ;
- mettez-le en position semi-assise même la nuit ;
- faites-le boire souvent.

Si votre enfant :

- tousse sans arrêt ;
- siffle en respirant ;
- est gêné pour manger ou boire ;
- est très essoufflé ;
- n'est pas comme d'habitude ;
- a une température supérieure à 38,5 °C ;
- a une voix différente ;

consultez immédiatement votre médecin.

* SRO, disponible sans ordonnance en pharmacie : un sachet à diluer dans 200 ml d'eau fraîche non stérile.

Sectorisation de l'effection

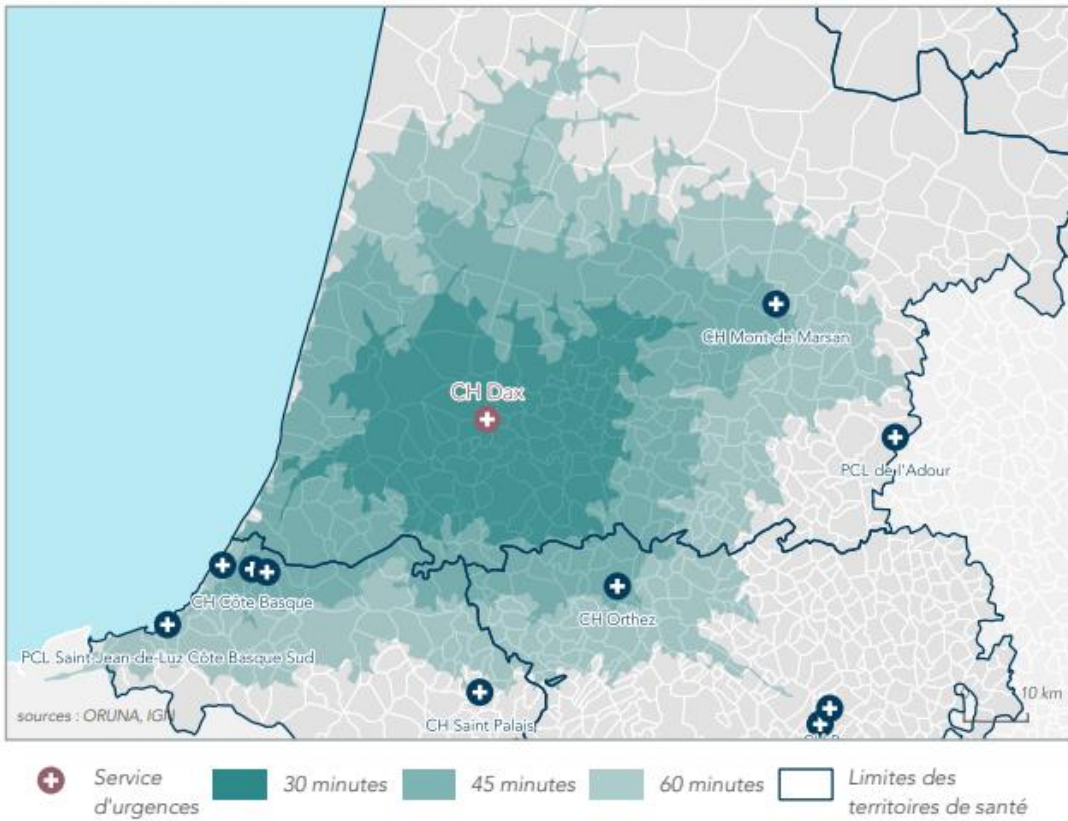
Permanence des soins ambulatoires
Médecine générale - LANDES
Secteurs de garde



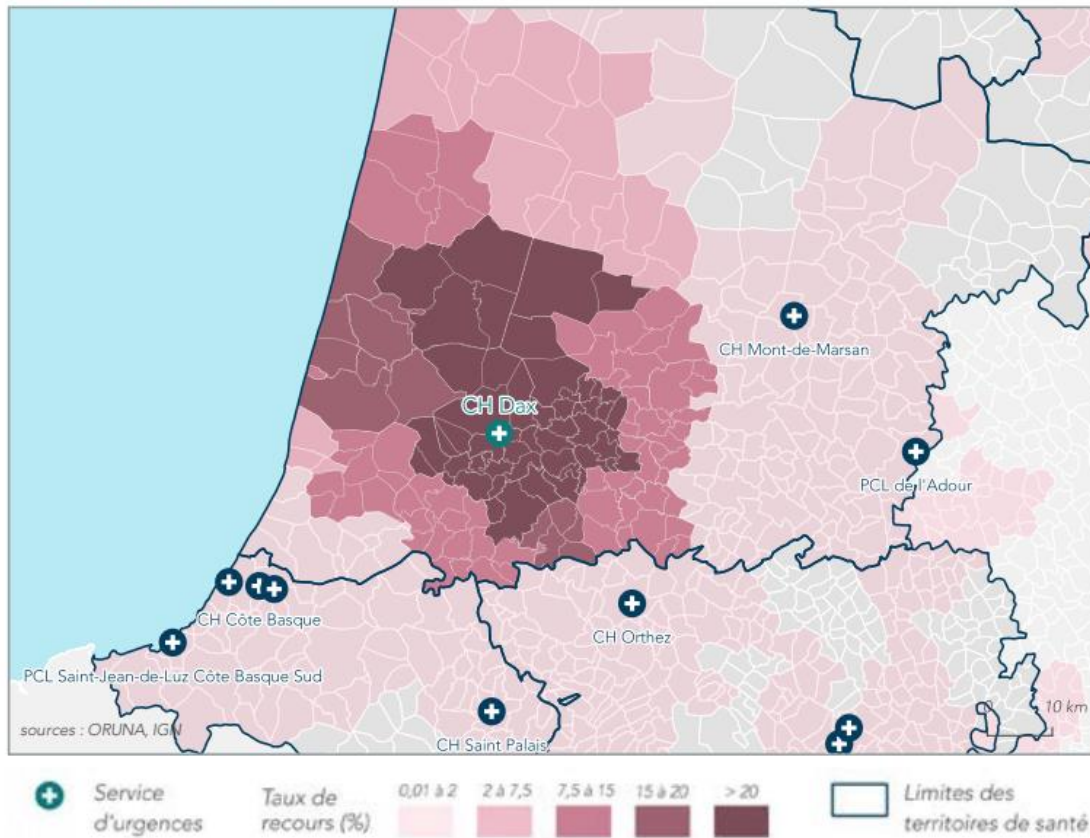
Source : (2014) et (2017 - juillet 2018)
Plan de l'ARS de Nouvelle-Aquitaine au 03/01/2017
Exploitation et actualisation : ARS Nouvelle-Aquitaine/DPSA/Plan de l'ARS, statistiques et évaluation - 04/07/2018

Annexe 3 : Accessibilité CH Dax et taux de recours

ACCESSIBILITÉ DU SERVICE



TAUX DE RECOURS 2018



Consultation aux urgences pédiatriques de DAX pour une fièvre de moins de 48h chez l'enfant de plus de 3 mois : motifs et inquiétudes

- 1) **Age de l'enfant** : ans mois

- 2) **Jour de consultation** : Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi Dimanche

- 3) **Heure de consultation** :

- 4) **Distance domicile/hôpital (en minutes)** :

- 5) **Votre enfant est suivi régulièrement par** : (plusieurs réponses possibles)
 - Un médecin généraliste
 - Un pédiatre
 - Un médecin de PMI
 - Pas de suivi médical

- 6) **Vous avez mesuré la température de votre enfant** :
 - En axillaire (sous le bras)
 - En rectal
 - En buccal
 - En frontal
 - Non prise avec un thermomètre

- 7) **Degré de la température le plus élevé mesuré au domicile** :

- 8) **Le premier pic de température était il y a** : heures

- 9) **A la maison vous avez** : (plusieurs réponses possibles) :
Fait des mesures contre la fièvre :
 - Découvert l'enfant
 - Bain
 - Lange humide
 - Fait boire l'enfant
 - Aucune de ces mesures

- Autre :
- **Donné un médicament :**
 - Paracétamol, Doliprane, Dafalgan, Efferalgan
 - Anti inflammatoire, Advil, Ibuprofène
 - Aucun

10) Vous consultez car vous avez peur :

- De la fièvre en elle-même, si oui, notez votre niveau d'inquiétude :**

Pas du tout inquiet	Un peu inquiet	Modérément inquiet	Très inquiet	Extrêmement inquiet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- De ce qui peut causer la fièvre, si oui, notez votre niveau d'inquiétude :**

Pas du tout inquiet	Un peu inquiet	Modérément inquiet	Très inquiet	Extrêmement inquiet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11) Vous êtes venu aux urgences :

- Sur recommandation du médecin que vous avez consulté avant de venir aux urgences
 - ➔ Si oui, était- ce :
 - Un médecin de garde
 - Votre médecin traitant/pédiatre ou son remplaçant
- Sur recommandation téléphonique du SAMU-15 ou téléphonique par médecin traitant ou médecin de garde
- Spontanément mais vous avez déjà consulté pour ce motif dans les 48h
- Spontanément sans avis préalable

12) Quelles sont les raisons qui vous font consulter pour cette fièvre et évaluer votre inquiétude par rapport à cela : (plusieurs réponses possibles)

- **Le contexte :**

Si votre enfant **n'est pas concerné**, cochez **non présent**.

Si un des éléments est **présent**, évaluez votre **inquiétude**.

	Non présent chez mon enfant	Pas du tout inquiet	Un peu inquiet	Modérément inquiet	Très inquiet	Extrêmement inquiet
Terrain fragile (âge, antécédents)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Température qui ne cède pas avec médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le chiffre de la température qui est haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour connaître les raisons de la fièvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13) Si vous venez spontanément sans avoir été adressé par un médecin. Pourquoi avoir consulté aux urgences ? (plusieurs réponses possibles)

- Pour l'accès facilité à un bilan biologique ou radiographie/échographie
- Pour avoir un avis spécialisé plutôt que médecin habituel/généraliste
- Pour des difficultés d'organisation (travail, organiser la garde de l'enfant, avoir un certificat...)
- Par réflexe, habitude
- Pas d'avance de frais médicaux
- Absence d'amélioration après consultation en ville
- Non satisfait de la prise en charge du médecin traitant une fois précédente
- Médecin non disponible en ville
- Vous êtes vacancier et ne savez pas où consulter
- Vous avez été conseillé par votre famille, la crèche, l'école
- Le délai pour avoir un rendez-vous avec un médecin en ville est trop long
 - ➔ Si oui : Quel délai vous a-t-on proposé ? (en heure ou en jours) :

14) Qu'est-ce que vous proposeriez pour faciliter la consultation en ville :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

A REMPLIR PAR LE MEDECIN

- 1) Enfant adressé par médecin : Oui / Non
Si oui pour quels motifs :
 - Mauvaise tolérance de la fièvre
 - Signe neurologique
 - Suspicion pyélonéphrite
 - Suspicion syndrome appendiculaire
 - Suspicion pneumopathie
 - Infection ORL compliquée
 - Purpura

- 2) Antécédents de l'enfant :

- 3) Examen(s) complémentaire(s) effectué(s) :
 - BU/EBU
 - MicroCRP
 - Bilan biologique
 - Hemoc
 - Imagerie (préciser) :
 - Autre :

- 4) Diagnostic final :
 - Fièvre isolée sans point d'appel
 - Infection ORL (préciser) :
 - Infection pulmonaire (préciser) :
 - Infection digestive (préciser) :
 - Infection urinaire (préciser) :
 - Infection neurologique (préciser) :
 - Infection articulaire (préciser) :
 - Autre :

- 5) Prise en charge :
 - Médicamenteuse :
 - Traitement symptomatique
 - Antibiothérapie
 - Suite :
 - Retour à domicile
 - Reconvoation
 - Hospitalisation

- 6) Score CCMU :

Annexe 4 : Réponses à la question « Qu'est-ce que vous proposeriez pour faciliter la consultation en ville ? »

Garde nuit / WE :

- « médecin de garde jusqu'à minuit »
- « gardes/astreintes effectives pour pouvoir être vu physiquement le WE »
- « remettre MG astreinte les WE et jour férié »
- « des gardes centralisées sectorisés »
- « réseau médical organisé / difficulté pour savoir médecin de garde. Doit appeler SAMU »
- « consultation hors heure de travail »
- « filtrer en amont les raisons de la venue aux urgences »

Difficulté pour voir médecin en ville :

- « plus de pédiatre et prendre des nouveaux patients »
- « les médecins ne prennent plus de nouveaux patients »
- « plus de généraliste »
- « plus de médecin/pédiatre »

Autre :

- « séjour en Afrique, seul l'hôpital peut traiter si paludisme »
- « plus de temps pendant les consultations »

RESUME

INTRODUCTION : La fièvre chez l'enfant est un motif de consultation fréquent en médecine générale mais c'est aussi l'un des principaux motifs de consultation aux urgences pédiatriques. Notre étude avait pour objectif principal d'évaluer les inquiétudes parentales en lien avec la fièvre lors des consultations aux urgences pédiatriques de Dax pour une fièvre de moins de 48 heures chez un enfant de plus de 3 mois.

MATERIEL ET METHODE : Nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive mono centrique prospective de Novembre à Février 2020 aux urgences pédiatrique de Dax. Des questionnaires étaient distribués aux parents consultants pour une fièvre de moins de 48h chez un enfant de plus de 3 mois.

RESULTATS : 61 questionnaires ont été analysés. Les motifs pour lesquels les parents étaient les plus inquiets étaient la cause de la fièvre (54%), la fièvre en elle-même (31%) avec une inquiétude qui semblait augmenter si la valeur de la température était élevée, un terrain fragile de l'enfant (âge ou antécédents) et une mauvaise hydratation. Les motifs de consultation les plus cités avec 87% et 85% des répondants étaient respectivement connaître les raisons de la fièvre et une valeur élevée de température mesurée au domicile.

Des examens complémentaires ont été faits chez 6 enfants, dont 4 Streptatest® parmi les enfants consultants de façon spontanée. Parmi les 4 enfants adressés par des médecins libéraux, 3 ont bénéficié d'examens complémentaires.

CONCLUSION : Les parents s'avéraient être plus inquiets vis-à-vis de la cause de la fièvre que sur la fièvre en elle-même. La fièvre reste un motif important d'inquiétude, notamment si la valeur de la température est élevée mais la « phobie de la fièvre » est à nuancer dans notre étude. Il serait intéressant de préciser aux parents le mode de recours au soin recommandé, avec en premier lieu une consultation en ville car la majorité de ces fièvres sont des infections virales bénignes.

Mots clés : Fièvre – Enfant – Motif de consultation - Urgences – Inquiétudes parentales

ABSTRACT

INTRODUCTION: Fever in children is a reason for frequent consultation in general medicine but it is also one of the main reasons for consultation in pediatric emergencies. The main objective of our study was to assess the parental concerns related to fever during consultations at the Dax paediatric emergency room for a fever of less than 48 hours in a child over 3 months of age.

MATERIAL AND METHOD: We carried out a prospective mono-centric descriptive epidemiological study from November to February 2020 at the Dax paediatric emergencies. Questionnaires were distributed to consulting parents for a fever of less than 48 hours in a child over 3 months of age.

RESULTS: 61 questionnaires were analysed. The reasons why parents were most concerned were the cause of the fever (54%), the fever itself (31%) with a concern that seemed to increase if the temperature value was high, a fragile area of the child (age or medical background) and poor hydration. The most mentioned reasons for consultation with 87% and 85% of respondents were, respectively, to know the reasons for the fever and a high measured temperature value at home.

Additional tests were performed in 6 children, including 4 Streptatest® among the spontaneous child consultants. From the 4 children sent by liberal doctors, 3 benefited from additional examinations.

CONCLUSION: The parents were more concerned about the cause of the fever than about the fever itself. Fever remains an important cause for concern, especially if the temperature value is high but the “fever phobia” is to be qualified in our study. It would be interesting to clarify to parents the method of recourse to the recommended care, with in the first place a consultation in the city because the majority of these fevers are benign viral infections.

Keywords: Fever – Child – Reason for Consultation - Emergencies – Parental Concerns