



HAL
open science

La fièvre de l'enfant : ressenti et habitudes des parents. Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés

Iris Grangeon, Laure Magron

► To cite this version:

Iris Grangeon, Laure Magron. La fièvre de l'enfant : ressenti et habitudes des parents. Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03156288

HAL Id: dumas-03156288

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03156288>

Submitted on 2 Mar 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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales

Aix-Marseille Université

**La fièvre de l'enfant : ressenti et habitudes des parents.
Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés.**

T H E S E E N B I N Ô M E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 26 Février 2021

Par Madame Iris GRANGEON

Née le 29 Novembre 1992 à Istres (13)

Et

Par Madame Laure MAGRON

Née le 13 Avril 1992 à Saint-Etienne (42)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Président

Monsieur le Docteur NUSSLI Nicolas

Assesseur

Madame le Docteur TUDOSE Irina

Directeur



**La fièvre de l'enfant : ressenti et habitudes des parents.
Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés.**

T H E S E E N B I N Ô M E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 26 Février 2021

Par Madame Iris GRANGEON

Née le 29 Novembre 1992 à Istres (13)

Et

Par Madame Laure MAGRON

Née le 13 Avril 1992 à Saint-Etienne (42)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Président

Monsieur le Docteur NUSSLI Nicolas

Assesseur

Madame le Docteur TUDOSE Irina

Directeur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVRED Philippe
	ALDIGHERI René		DJIANE Pierre
	ALESSANDRINI Pierre		DONNET Vincent
	ALLIEZ Bernard		DUCASSOU Jacques
	AQUARON Robert		DUFOUR Michel
	ARGEME Maxime		DUMON Henri
	ASSADOURIAN Robert		ENJALBERT Alain
	AUFFRAY Jean-Pierre		FAUGERE Gérard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAVRE Roger
	AZORIN Jean-Michel		FIECHI Marius
	BAILLE Yves		FARNARIER Georges
	BARDOT Jacques		FIGARELLA Jacques
	BARDOT André		FONTES Michel
	BERARD Pierre		FRANCES Yves
	BERGOIN Maurice		FRANCOIS Georges
	BERLAND Yvon		FUENTES Pierre
	BERNARD Dominique		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Louis		GALINIER Louis
	BERNARD Jean-Paul		GALLAIS Hervé
	BERNARD Pierre-Marie		GAMERRE Marc
	BERTRAND Edmond		GARCIN Michel
	BISSET Jean-Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Bernard		GAUTHIER André
	BLANC Jean-Louis		GERARD Raymond
	BOLLINI Gérard		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONGRAND Pierre		GIUDICELLI Sébastien
	BONNEAU Henri		GOUDARD Alain
	BONNOIT Jean		GOUIN François
	BORY Michel		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA Alain		GRIMAUD Jean-Charles
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRISOLI François
	BOURGEADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOUYALA Jean-Marie		HASSOUN Jacques
	BREMOND Georges		HEIM Marc
	BRICOT René		HOUEL Jean
	BRUNET Christian		HUGUET Jean-François
	BUREAU Henri		JAQUET Philippe
	CAMBOULIVES Jean		JAMMES Yves
	CANNONI Maurice		JOUVE Paulette
	CARTOUZOU Guy		JUHAN Claude
	CAU Pierre		JUIN Pierre
	CHABOT Jean-Michel		KAPHAN Gérard
	CHAMLIAN Albert		KASBARIAN Michel
	CHARPIN Denis		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHARREL Michel		LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert

LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul

MM MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021

Honoris causa

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)
1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs

M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric
ALIMI Yves	COSTELLO Régis
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine
AMBROSI Pierre	COWEN Didier
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas
ASTOUL Philippe	DA FONSECA David
ATTARIAN Shahram	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AUDOUIN Bertrand	DANIEL Laurent
AUQUIER Pascal	DARMON Patrice
AVIERINOS Jean-François	DAVID Thierry
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel
BARLOGIS Vincent	DENIS Danièle
BARTHET Marc	DISDIER Patrick
BARTOLI Christophe	DODDOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel	DRANCOURT Michel
BARTOLI Michel	DUBUS Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DUFFAUD Florence
BASTIDE Cyrille	DUFOUR Henry
BENSOUSSAN Laurent	DURAND Jean-Marc
BERBIS Philippe	DUSSOL Bertrand
BERBIS Julie	EBBO Mikael
BERDAH Stéphane	EUSEBIO Alexandre
BEROUD Christophe	FABRE Alexandre
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FELICIAN Olivier
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence
BLONDEL Benjamin	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane
BOYER Laurent	GABERT Jean
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad
BRUE Thierry	GAUDART Jean
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues
<i>PANUEL Michel Surnombre</i>	ROCH Antoine
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard
PAROLA Philippe	ROLL Patrice
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle
PHAM Thao	SCAVARDA Didier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor
POINSO François	SIMON Nicolas
RACCAH Denis	STEIN Andréas
RANQUE Stéphane	TAIEB David
<i>RAOULT Didier Surnombre</i>	THOMAS Pascal
REGIS Jean	THUNY Franck
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick
RICHERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

TURRINI Olivier

VALERO René

VAROQUAUX Arthur Damien

VELLY Lionel

VEY Norbert

VIDAL Vincent

VIENS Patrice

VILLANI Patrick

VITON Jean-Michel

VITTON Véronique

VIEHWEGER Heide Elke détachement

VIVIER Eric

XERRI Luc

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	PAULMYER/LACROIX Odile
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	PESENTI Sébastien
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	RADULESCO Thomas
BEGE Thierry	FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie
BELIARD Sophie	FROMNOT Julien	ROBERT Philippe
BENYAMINE Audrey	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique (<i>disponibilité</i>)
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	ZATTARA/CANNONI Héléne
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NINOVE Laetitia	
DUFOUR Jean-Charles	NOUGAIREDE Antoine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
 CALVET-MONTREDON Céline
 FORTE Jenny
 JANCZEWSKI Aurélie
 NUSSLI Nicolas
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

**ESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)

LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH) *Surnombre*

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) *retraite mars 2021*
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)

ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702 CANCÉROLOGIE ; RADIOTHERAPIE

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

BONELLO Laurent (PU-PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU-PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402 CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement
DARIEL Anne (MCU-PH)
FAURE Alice (MCU-PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503 CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)
 BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

ELDIN Carole (MCU-PH)

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

KERBAUL François (PU-PH) *détachement*
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/2020 (MOAL Valérie (PU-PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) DUFOUR Henry (PU-PH)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2020) FUENTES Stéphane (PU-PH)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH) surnombre

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

HERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4801

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

*A Monsieur le Professeur Gaëtan Gentile,
Merci de nous faire l'honneur de présider notre jury de thèse, veuillez recevoir
l'expression de notre profonde reconnaissance.*

*A Monsieur le Docteur Nicolas Nussli,
Merci d'avoir accepté d'être membre de notre jury et de juger ce travail, veuillez
recevoir nos sincères remerciements.*

*A Madame le Docteur Irina Tudose,
Merci d'avoir accepté de diriger et d'encadrer notre thèse.
Nous vous remercions pour votre disponibilité, votre écoute et vos conseils précieux
tout au long de cette étude.
Veuillez recevoir par ce travail l'expression de notre sincère gratitude.*

Remerciements d'Iris

A ma mère, merci pour ton amour et pour toutes ces années où tu as tellement donné pour nous trois. Merci d'avoir cru en moi plus que moi-même, de m'avoir poussée et soutenue. Sans tes efforts, je ne présenterais pas cette thèse aujourd'hui. Ces quelques lignes ne pourront jamais être à la hauteur ma reconnaissance et de mon amour. Un petit merci spécial pour la relecture et les corrections.

A mon père, merci pour ton amour et ton soutien qui m'ont permis d'être celle que je suis aujourd'hui.

A ma sœur Anastasia, merci pour ces années de collocations pendant lesquelles on a quelques fois failli s'entretuer. Tu as quand même relu une partie de cette thèse et rien que ça, ça mérite un grand merci !

A mon frère Raphaël, merci pour ces conversations téléphoniques de moins de 25 secondes dont tu as le secret. Merci pour ton humour et pour avoir supporté nos séances shopping presque sans râler.

A mes grands-parents, Mamie Gilberte et Papi Raymond, Mamie Line et Papi Pierre, merci pour votre soutien sans faille depuis toujours.

A toute ma famille, merci pour tout.

A Laure, la meilleure cothésarde. Merci de m'avoir supportée avec mes petites poussées de stress et mon obsession des fautes d'orthographe. Heureusement que tu étais là pour me canaliser, sinon j'y serais toujours je crois ! Très contente d'avoir réalisé ce travail avec toi.

A la bande des Fratés, vous avez été là depuis le début et même à distance vous êtes toujours là. Vous êtes vraiment le 100 ! Merci pour toutes ces années de soirées, de rire, de larmes, de révisions, de vacances, de faux plans et ... Parce que Carliente, Meilleur Bus !

Aux 303 qui se reconnaîtront, le soutien infaillible.

A Claire, Guillaume, Toinou et Philo, merci pour toutes ces soirées jeux qui m'ont donné du courage jusqu'au bout de cet internat.

Aux copines de la pédiatrie, Fanny, Lucille, Delphine, Smaranda, Nadège, ce semestre de Néonat' restera gravé dans ma mémoire pour de nombreuses raisons ... mais sans vous les souvenirs seraient nettement moins joyeux.

A tous les collègues de l'hôpital de la Ciotat, merci de m'avoir supportée pendant ces semestres passés avec vous. Vraiment, mon internat n'aurait pas été le même sans vous.

A Rebecca, toujours là après les années, même d'un peu plus loin. Tes appels me donneront toujours du baume au cœur.

A Delphine, merci tout spécialement pour le soutien lors de mon changement de spécialité. Tu m'as toujours aidée et portée dans ce choix pas évident même si nos chemins se séparaient. Merci encore ma Dédé !

A Lou, ma filleule, ma gâtée, merci d'être là avec ta bouille d'amour.

A Alexandre, ces quelques lignes ne suffiront pas à exprimer tout ce que je te dois et à quel point je te remercie de ta présence quotidienne. Tu es ma plus belle rencontre et tu as changé ma vie. J'ai hâte de passer ces prochains mois dans les travaux avec toi pour construire nôtre chez nous et tout aussi hâte des tous les autres projets qui suivront. Je t'aime.

Remerciements de Laure

A mes parents, merci de m'avoir soutenue et encouragée pendant toutes ces études et surtout de m'avoir supportée pendant 25 ans. Cela n'a pas dû être toujours facile, mais c'est aussi grâce à vous qu'aujourd'hui je peux écrire ces mots pour vous remercier.

A ma grande sœur, Cécile qui a également été un soutien dans ces études, tu m'as aussi permis de réussir grâce aux cours que tu m'as donnés et encore aujourd'hui tu m'aides dans mes travaux « scolaires », ne t'en fais pas c'est la dernière fois, normalement... Et bien sûr à toute ta nouvelle petite famille qui m'apporte tant de bonheur, Alexandre et Jules, le plus beau.

A mes grands-parents, mamie Renée, mamie Jeannette et papi André, qui m'ont beaucoup gardée dans l'enfance, quand mes parents ont compris que ce serait si long 25 ans avec moi.

A tous les reste de ma famille, qui a dû sûrement supporté mes sautes d'humeur pendant ces moments passés ensemble ces dernières années, à mes tantes Florence, Françoise et Elisabeth, à mon oncle Jean-Claude et à mes cousins, cousines Adeline, Clara, Lucas, Quentin et Pierre.

A Iris, ma cothésarde, et ma collègue de DU, je ne te remercierai jamais assez pour ce travail fait ensemble, sans toi j'y serais encore et pour longtemps, merci pour ton dévouement et ta patience.

A Sandra et Constance, mes deux plus vieilles amies, même si la distance nous sépare, cela n'a en rien affecté notre relation, vous êtes toujours aussi présente, et j'espère que cela ne s'arrêtera pas.

A Loris, mon meilleur ami, mon petit frère, que dire, à part que même après tout ce temps sans se voir on n'en reste pas moins très proche et à toute ta et ma famille italienne Michel, Evelyne et Mélissa d'être des personnes aussi bienveillantes.

A La Mans, La Puce et La Fannette !!! Mes 3 nouvelles sœurs de la source, presque 10 ans passé ensemble, et 2 ans à cohabiter avec vous. Même si je n'ai pas été la plus démonstrative et la plus impliquée dans la vie de cette colocation, vous n'en restez pas moins une de mes meilleures expériences et un de mes plus beaux souvenirs. Je ne reviendrais sur cette étape de ma vie pour rien au monde.

Vous êtes de vraies sœurs, toujours là, à n'importe quel moment, je pourrai toujours compter sur vous, ça j'en suis sûre. Et bien sûr à Loulou le 5^{ème} colocataire et pas des moindres, merci d'être toujours à mes côtés après toutes ces années et de toujours être un si précieux confident.

A tous les autres cops de saintééé, La petite V, Yves, Valou, Maeva, Chovet, Dridri, Vasil, Emma et Pablo bien qu'éloigné j'espère qu'on arrivera encore longtemps à profiter de moment ensemble, faire la bringue et continuer à s'organiser des vacances (je compte sur toi V).

A mes colocs d'Avignon, Lulu, Bagda, Mario et Laura, qui ont aidé à faire de ces 6 mois un de mes plus beaux souvenir de l'internat, malgré ce stage exécration tout comme mon humeur du matin... Au Spritz !!

Aux bordelais, Julio, Astrid, merci pour ces soirées toujours bien arrosées, et ces bons repas, en espérant refaire un weekend à Bordeaux avec vous.

Au bon Dr Quentin Cuillère, de m'avoir tant accepté dans votre penthouse, à Nassim hâte que tu nous rejoignes avec tout ton matériel « protiste » en Martinique, à Marie qui me fait toujours autant rire, j'attends juin avec impatience, à Hugo (trop chou !), à Pierre et Alizée merci encore de m'avoir accueillie en Nouvelle-Calédonie, vous avez été si chou, ce fut un de mes meilleurs voyages pour tous un tas de raisons...

A Philippe et Marion, Marie, Couvreur, Alice, Bull et Capu (en attendant de vous retrouver en Nouvelle-Calédonie), à Sophie la meilleure des cointernes, et à tous les autres Quentin, Pumba, Sophie, Agathe, Delphine, Emilie, Aurianne, Raphalle, Pauline, Clémence...

A Thibault,

Ce n'est pas facile de résumer ces remerciements à quelques lignes. Qui aurait cru que je les écrirais pour toi d'ailleurs, pas grand monde je pense, et pourtant tu as été la personne la plus attentionné, patiente, gentille et un soutien depuis le début, même si ça n'a pas toujours du être facile avec mon caractère, mais tu as tenu tout ce temps, et pour longtemps encore j'espère. J'ai hâte de réaliser tous nos projets avec toi et bien plus encore. Je ne pourrai jamais te dire assez merci d'être à mes côtés. Pour beaucoup 2020 a été comment dire, difficile... Pour moi ce fut une de mes plus belles années.

Merci encore mon amour.

Sommaire

ABREVIATIONS.....	3
INTRODUCTION	4
I. LA FIEVRE	5
A Définition.....	5
B Particularités du nourrisson	5
C Fièvre et hyperthermie	6
II. PHYSIOLOGIE ET PHYSIOPATHOLOGIE.....	6
A Thermorégulation.....	6
B Physiopathologie et rôle de la fièvre	10
III. MESURE DE TEMPERATURE	12
A Sites de mesures.....	12
B Types de thermomètres	15
C En résumé.....	16
IV. COMPLICATIONS DE LA FIEVRE	17
A Complications liées à l'étiologie	17
B Complications liées au terrain	17
C Complications liées à la fièvre elle-même	18
V. PRISE EN CHARGE	20
A Examen de l'enfant.....	20
B Prise en charge selon la Haute Autorité de santé.....	22
VI. ÉTAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES DES PARENTS	26
MATERIELS ET METHODES	27
I. TYPE D'ETUDE	27
A Choix de la méthode qualitative.....	27
B L'étude qualitative.....	27
II. LA POPULATION ETUDIEE	28
A Taille de l'échantillon.....	28
B Stratégie d'échantillonnage et recrutement	28
III. L'ENTRETIEN	29
A Type d'entretien	29
B Déroulement des entretiens	30
IV. RECUEIL ET RETRANSCRIPTION DES DONNEES	30
V. ANALYSE DES RESULTATS	30
A Le codage ouvert.....	31
B Le codage axial.....	31
C Le codage sélectif.....	31
D Le logiciel NVivo 10.1.10.....	31
RESULTATS	32
I. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE	32
II. LA FIEVRE VUE PAR LES PARENTS.....	33
A Signification pour les parents	34
B Mise en évidence de la fièvre	38
C Ressenti de gravité par les parents.....	42
III. ACTIONS MENEES PAR LES PARENTS LORS D'UN EPISODE FEBRILE.....	45
A Prise en charge au domicile par les parents	46
B Recours médical	55
IV. SENTIMENTS DES PARENTS	63
A Différents types de sentiments.....	64
B L'inquiétude parentale lors d'un épisode fébrile a plusieurs causes.....	67
V. INFORMATIONS ET CONNAISSANCES DES PARENTS A PROPOS DE LA FIEVRE	79

A	<i>Avis des parents sur les informations données par le corps médical</i>	79
B	<i>Moyens d'information des parents</i>	86
DISCUSSION	90
I.	VALIDITE DE L'ETUDE	90
A	<i>Forces</i>	90
B	<i>Faiblesses</i>	91
II.	PRINCIPAUX RESULTATS ET APPORTS DE L'ETUDE.....	93
A	<i>Le « chiffre » de la fièvre au premier plan</i>	93
B	<i>Des sentiments parentaux variés, plus complexes que la fameuse « Fever Phobia »</i>	94
C	<i>Que pensent les parents des informations données par le corps médical ?</i>	96
III.	PERSPECTIVES DE L'ETUDE.....	97
A	<i>Éducation parentale</i>	97
B	<i>Formation médicale</i>	98
C	<i>Proposition d'ouverture</i>	99
CONCLUSION	100
BIBLIOGRAPHIE	101
ANNEXES	108

Abréviations

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdien

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

COVID 19 : Coronavirus disease 2019

CCH : Crise convulsive hyperthermique

EEG : Électroencéphalogramme

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

ORL : Oto-rhino-laryngologie

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SMS : Short Message Service

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente.

TRC : Temps de recoloration cutané

Introduction

La fièvre de l'enfant est un motif de consultation très fréquent en médecine générale. Selon l'observatoire de médecine générale il s'agit du deuxième motif de consultation des enfants de 0 à 9 ans après les consultations pour examens systématiques. L'état fébrile représente en outre 30% des consultations des enfants de cette tranche d'âge. (1)

Ces nombreuses consultations s'expliquent par la fréquence de ce symptôme en pédiatrie mais également par l'inquiétude parentale face à une fièvre de leur enfant en dépit des rares complications induites. (2) Le terme de « Fever Phobia » a été introduit en 1980 par BD Schmitt pour désigner la distorsion entre la forte inquiétude parentale face à la fièvre et la fréquente bénignité de ce symptôme. (3)

Les réactions et attitudes des parents devant un enfant fébrile ont été étudiées au fil des années. Mais ni la prise en charge reposant sur des mesures simples (2) ni la rareté des infections bactériennes sévères et des complications, n'ont permis de calmer cette peur persistante face à la fièvre. (4,5)

Le but de cette étude est de recueillir le ressenti des parents face à la fièvre de leur enfant pour mieux comprendre ces habitudes et cette crainte.

Nous allons d'abord aborder quelques généralités sur la fièvre, sa physiopathologie, sa prise en charge et ses complications puis nous aborderons l'état des lieux actuel des connaissances parentales.

I. La fièvre

A Définition

La définition de la fièvre n'est pas consensuelle. Elle est définie par une hausse de la température centrale au-dessus des variations normales circadiennes. Une température centrale est considérée comme normale si elle est inférieure à 37,5°C le matin et 37,8°C le soir mais il existe de nombreuses variations physiologiques en lien avec l'âge, le sexe, le nyctémère et l'activité physique.

La fièvre désigne classiquement une température supérieure à 38°C le matin et 38°3 le soir. Le terme fébricule désigne habituellement une température entre 37,5°C et 38°C mais ce terme est imprécis.(6)

Chez l'enfant, la fièvre est définie par la Haute Autorité de Santé par une élévation de la température centrale au-dessus de 38 °C, en l'absence d'activité physique intense, chez un enfant normalement couvert, dans une température ambiante tempérée. (2)

Il s'agit d'un symptôme pouvant être causé par des étiologies très différentes et non d'une maladie à proprement parler.

La fièvre aiguë est définie par une durée inférieure à 5 jours chez le nourrisson et à une semaine chez l'enfant plus âgé. Les étiologies sont le plus souvent infectieuses. Au-delà de ces valeurs, on parle de fièvre prolongée (durée supérieure à 20 jours chez l'adulte.)

Il n'y a pas, dans le cadre d'une fièvre d'origine infectieuse, de relation établie entre l'importance de la fièvre et la gravité de l'infection causale. (6)

B Particularités du nourrisson

La fièvre du nourrisson (moins de 2 ans) possède quelques particularités par rapport à celle de l'enfant plus âgé et a fortiori de l'adulte. Après exclusion des nouveaux-nés et nourrissons de moins de 3 mois chez qui la fréquence des infections materno-foetales entraîne une définition et une prise en charge spécifique (7), on relève :

- Une fréquence élevée des causes virales bénignes ;
- Des complications liées à la fièvre elle-même : les crises convulsives hyperthermiques essentiellement ;
- Un impact thérapeutique important des mesures physiques et du maintien de l'hydratation ;
- Une durée seuil de 5 jours pour parler de fièvre aiguë (plus courte que chez l'enfant plus âgé et que l'adulte). (8)

C Fièvre et hyperthermie

La fièvre et l'hyperthermie ne désignent pas la même entité. La fièvre est une hausse du thermostat du corps, réaction physiologique à une situation pathologique permettant une meilleure défense immunitaire. L'hyperthermie résulte d'un dépassement des mécanismes de thermorégulation sans modification du thermostat. Elle est très rare chez l'enfant et peut-être due à l'exposition à une chaleur extrême ou une ingestion de substances exogènes comme certains médicaments ou drogues illicites. (9)

II. Physiologie et physiopathologie

A Thermorégulation

L'espèce humaine est une espèce homéotherme c'est-à-dire que sa température centrale reste stable malgré les changements de température extérieure, dans le but de maintenir un environnement le plus favorable aux réactions enzymatiques et autres mécanismes physiologiques. La thermorégulation regroupe un ensemble de phénomènes permettant le maintien de cette température centrale. Elle repose sur un équilibre entre les apports et les pertes de chaleurs. (10)

1) Échanges thermiques entre les milieux

Les échanges thermiques entre les milieux se font principalement par 4 phénomènes qui permettent de comprendre la physiologie de la thermorégulation (figure 1) :

- La radiation : il s'agit d'échanges thermiques entre surfaces de températures différentes, distantes les unes des autres par exemple entre la surface cutanée et les rayons du soleil ;

- La convection : il s'agit d'échanges thermiques entre deux milieux de températures différentes se déplaçant l'un par rapport à l'autre comme entre la peau et l'air ou l'eau dans lequel le sujet évolue ;
- La conduction : il s'agit d'échanges thermiques entre des milieux de températures différentes mais qui ne se déplacent pas l'un par rapport à l'autre comme par exemple entre la peau et les vêtements ;
- L'évaporation : il s'agit du passage de l'état liquide à l'état de vapeur qui consomme de l'énergie thermique. Elle se fait au niveau de la peau par le phénomène de la sudation.

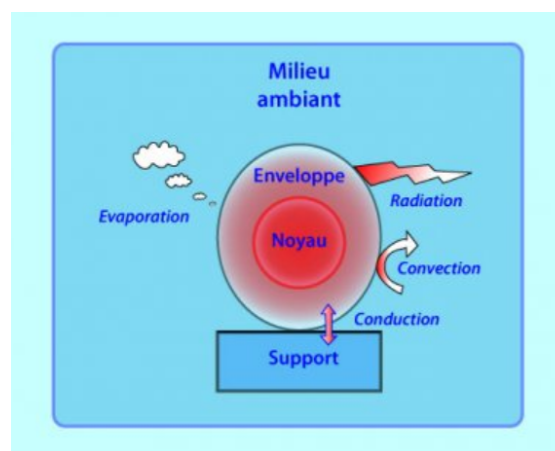


Figure 1 : Les différentes modalités d'échanges thermiques entre le milieu ambiant et l'organisme

2) Apports de chaleur

Parmi les apports de chaleur participant à la thermorégulation, on distingue la thermogénèse et les apports extérieurs.

- La thermogénèse désigne la production interne de chaleur. Elle est liée au métabolisme physiologique de l'organisme et à l'énergie libérée par la contraction musculaire. Cette production est relativement constante dans les organes ayant un métabolisme stable comme le foie ou le cœur mais la part produite par les muscles squelettiques peut varier de manière considérable selon la situation (repos ou activité physique). Lors de l'activité physique, les mécanismes compensateurs permettant l'évacuation de la chaleur créée sont indispensables pour éviter une élévation de la température centrale.

Inversement, la réponse à un environnement froid peut se faire par le frisson. Il s'agit d'une succession de contractions musculaires sous-cutanées permettant la production de chaleur ;

- Les apports extérieurs de chaleur se font par plusieurs des mécanismes cités précédemment. Ainsi la chaleur du soleil réchauffe l'organisme par radiation et dépend de la surface cutanée exposée. Elle est donc moins importante si la peau est couverte par des vêtements ou positionnée à l'ombre ;

Si la température de l'air devient supérieure à la température du corps, on observe une inversion du gradient habituel et le corps va recevoir de la chaleur par convection. Lors d'un contact avec un corps solide plus chaud, le gain de chaleur se fera par conduction. (11)

3) Thermolyse

Il s'agit d'un terme utilisé pour désigner les mécanismes mis en jeu pour la dissipation de la chaleur produite par l'organisme vers le milieu extérieur. Ce processus s'effectue selon les 4 modes d'échanges décrits précédemment (Figure 1)

- La radiation est le mode de perte de chaleur prédominant avec 60% de la perte de chaleur dans des conditions tempérées. Il s'agit d'une chaleur émise sous forme de rayonnement infrarouge vers les objets ou surfaces plus froids autour de lui ;
- La convection (15%) et la conduction (3%) participent à la perte de chaleur avec une chaleur en fonction de la différence de température entre la peau et les fluides et solides en contact. La température cutanée dépend elle-même de la circulation sanguine avec vasodilatation en milieu chaud et vasoconstriction en milieu froid ;
- Les pertes par évaporation comportent :
 - o La diffusion passive qui désigne l'élimination de vapeur d'eau à chaque expiration ;
 - o La sudation qui est un phénomène actif permettant une évaporation d'eau importante par les glandes sudoripares. Elle dépend de la chaleur extérieure et de la circulation sous-cutanée. Cette perte de chaleur s'accompagne de perte d'eau et de sel. (12)

4) Rôle de l'hypothalamus

Le maintien d'une température centrale stable grâce à un équilibre entre ces différents mécanismes est dirigé par l'hypothalamus qui agit comme le thermostat de l'organisme via le noyau préoptique. Il récupère les données des thermorécepteurs cutanés et centraux et, en fonction des températures recueillies, agit sur le centre de la thermolyse ou de la thermogénèse. Ces deux centres entraînent des mécanismes pour créer de la chaleur (frisson, vasoconstriction sous-cutanée, adrénaline, sécrétion hormones thyroïdiennes) ou en perdre (sudation, vasodilatation cutanée). Des modifications comportementales résultent également de ces différences de température. (10)

(Figure 2)

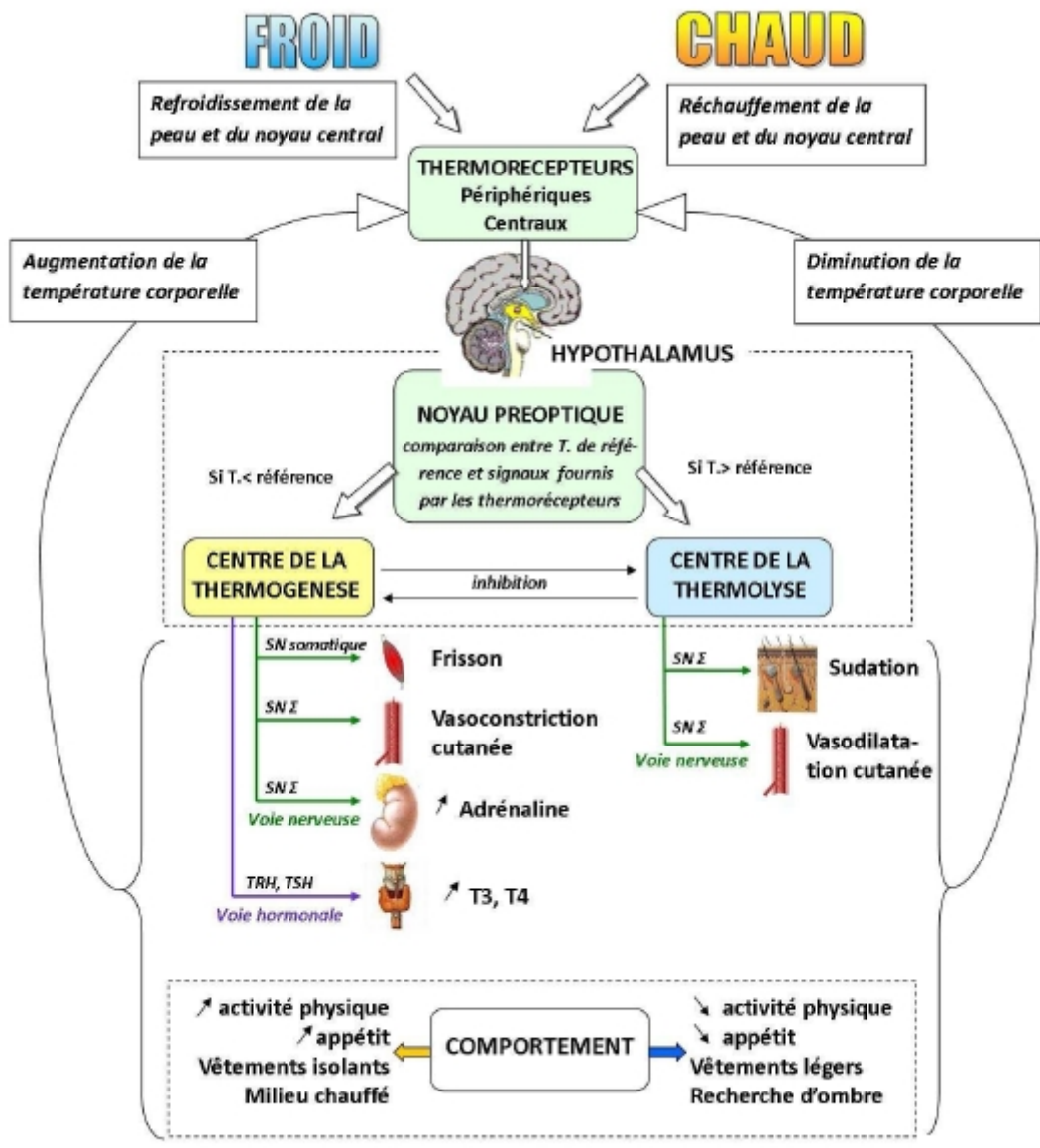


Figure 2 : Représentation de la thermorégulation et des réponses provoquées par une exposition au froid ou à la chaleur.

B Physiopathologie et rôle de la fièvre

1) Physiopathologie

La fièvre est une augmentation de température du corps résultant le plus souvent d'une étiologie infectieuse ou, plus rarement, d'autres étiologies avec destruction tissulaire. Lors d'une infection par un agent infectieux, des substances pyrogènes vont agir sur l'hypothalamus et augmenter la « température référence » du

thermostat. La thermogénèse va être activée et la thermolyse inhibée. Cette augmentation de température reste cependant physiologique et ne dépasse pas une certaine norme (environ 41°C) sauf hyperthermie majeure. (8-9)

Les pyrogènes permettant cette modification de thermostat peuvent être endogènes ou exogènes.

- Les pyrogènes exogènes sont des substances produites par les micro-organismes comme les liposacharides ou les toxines bactériennes. Elles agissent soit directement sur l'hypothalamus soit en stimulant la production de pyrogènes endogènes ;
- Les pyrogènes endogènes sont sécrétés par les leucocytes après contact avec les microorganismes infectants. Il s'agit de cytokines libérées dans la circulation sanguine qui déclenchent une augmentation de la production de prostaglandine E2 entraînant une augmentation de la valeur de référence des centres thermorégulateurs.

Cette modification du thermostat entraîne une activation de la thermogénèse par tremblement et frissons ainsi qu'une inhibition de la thermolyse avec diminution des pertes cutanées par vasoconstriction. Ces mécanismes permettent une augmentation rapide de la température centrale qui demeure en plateau lors de la phase d'état. Lors de la défervescence de la fièvre, la chute de température se fait par une importante sudation. (Figure 3) (13)

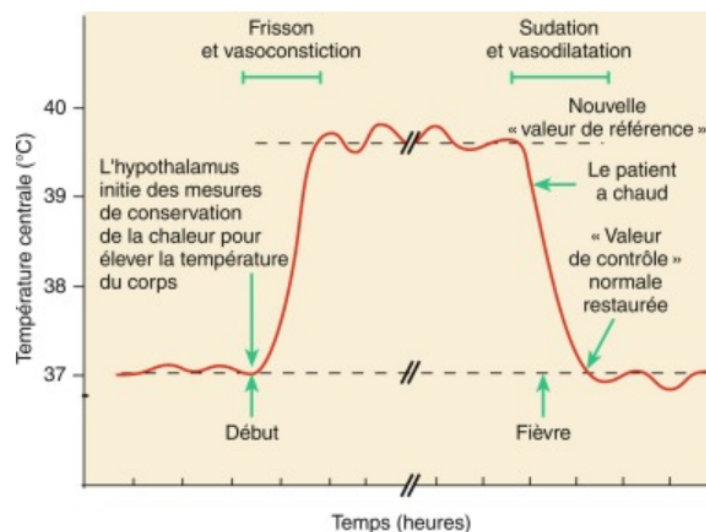


Figure 3 : Le déroulement temporel d'un épisode fébrile

2) Effets bénéfiques de la fièvre

Cette augmentation de température est physiologique et permet à l'organisme de lutter contre les agents infectieux, notamment par des changements de chimie du sang. Citons par exemple l'augmentation de la production de la protéine de choc thermique qui va améliorer la réponse du système immunitaire inné avant l'activation complète du système adaptatif et protéger la cellule des dommages thermiques. Une chute brutale du fer sérique et du zinc sérique est également entraînée par l'élévation de température. Ces deux ions sont utilisés comme cofacteurs par des enzymes bactériennes pour permettre la prolifération des germes. De manière globale, la fièvre améliore donc la bactéricidie du sérum. (13)

3) Conséquences cliniques

Une élévation de la température corporelle de 1°C entraîne une augmentation de la fréquence cardiaque d'environ 10 battements par minute. D'autre part, une augmentation de la fréquence respiratoire va également s'observer pour favoriser la déperdition de chaleur par l'air expiré. Sur le plan neurologique la fièvre peut entraîner des signes variés : somnolence, apathie, céphalées, myalgies. Par ces conséquences cliniques, la fièvre peut donc créer un inconfort global.

III. Mesure de température

La méthode de référence définie par la HAS pour mesurer la température corporelle est le thermomètre électronique par voie rectale (2) mais il existe de nombreux moyens proposés sur le marché pour mesurer la température d'un enfant.

A Sites de mesures

La température corporelle centrale peut être mesurée par des méthodes invasives précises utilisées dans des situations hospitalières. Il s'agit de la mesure œsophagienne, vésicale ou la plus précise de toutes, la mesure au niveau de l'artère pulmonaire. (14)

Cependant ces mesures sont inutilisables en pratique courante et il existe différents sites non invasifs reflète plus ou moins précis de la température centrale.

1) Voie rectale

Il s'agit de la méthode non invasive de référence définie par la HAS (2) car la plus proche de la température centrale et non influencée par la température environnante.

Elle présente cependant des inconvénients, principalement l'inconfort du patient et une faible acceptabilité chez les enfants plus âgés. Il existe également un risque faible de transmission bactérienne croisée au sein des familles. La mesure est précise si le patient est au repos depuis 20 minutes, le thermomètre inséré de 5 centimètres et la lecture réalisée au moins 60 secondes après l'insertion ce qui peut être compliqué chez l'enfant. Les contre-indications de cette méthode sont les traumatismes ou lésions anorectales, la diarrhée et un traitement anticoagulant en cours. (14,15)

2) Voie tympanique

Cette voie a été initialement recommandée car le tympan partage la même vascularisation que l'hypothalamus. De plus son acceptabilité est élevée quel que soit l'âge et la mesure n'est pas modifiée par la présence de cérumen. Cependant la précision dépend de l'orientation de la sonde par rapport à la membrane tympanique (d'autant plus fiable que l'angle est proche de 90°) ce qui rend son utilisation très peu fiable chez le nourrisson du fait d'un conduit auditif fin et tortueux. Il n'existe pas de vraies contre-indications à cette méthode notamment l'otite et la perforation tympanique qui n'empêchent pas son utilisation et ne faussent pas la mesure. (15,16)

3) Voie orale ou sublinguale

Cette voie est possible uniquement avec une coopération du patient. Elle peut être appropriée chez le grand enfant. La bouche doit être fermée pour éviter l'influence de la température extérieure. Ce site est moins précis que la température rectale mais plus précis que la voie axillaire. La mesure peut être faussée par l'ingestion de liquide chaud ou l'administration d'oxygène. Ses contre-indications sont principalement la non-coopération du patient ou les troubles de la conscience. (14)

4) Voie axillaire

Il s'agit d'un site de mesure peu fiable car la mesure est influencée par les conditions environnementales et nécessite une position optimale de la sonde qui doit être placée en regard de l'artère axillaire. Plusieurs études montrent la sous-estimation de la température par cette méthode chez l'adulte et l'enfant. (17,18)

Pour autant il s'agit de la prise de température recommandée au Royaume-Uni où la température rectale n'est pas indiquée.(19)

5) Voie cutanée

Cette voie est ancestrale car la méthode tactile (dos de la main sur le front) était la méthode utilisée par Hippocrate. Cette méthode non chiffrée est très utilisée en pratique mais même si elle permet le plus souvent de ne pas « rater » une fièvre, elle surestime le nombre de patients désignés comme fébriles par rapport à une mesure fiable de température. (20)

La thermométrie frontale ou temporale avec thermomètres à distance est pratique d'utilisation et largement répandue. Elle a été étudiée dans de nombreuses études dont les résultats sont souvent contradictoires. La température semble sous-estimée par rapport à la température rectale mais pas plus voire même moins que lors d'une prise axillaire. La température temporale semble plus fiable que la température frontale car elle est moins dépendante des facteurs environnementaux du fait de la zone de vascularisation de l'artère temporale. (21) Cependant il ressort une grande variabilité dans le temps et selon l'utilisateur. Cette technique a donc été définie comme acceptable pour un screening de masse de par sa rapidité et son acceptabilité mais semble peu fiable chez le nourrisson. (22)

6) Variabilité de la température en fonction des sites

La plage de température normale et donc la définition de la fièvre est variable selon le site de mesure. Les différentes valeurs sont résumées dans le tableau suivant. (18)

Site de mesure	Température normale
Rectale	36,6°C à 38°C
Auriculaire	35,8°C à 38°C
Buccale	35,5°C à 37,5°C
Axillaire	34,7°C à 37,3°C
Cutanée frontale ou temporale	36,3°C à 37,8°C

Tableau 1 : Température normale en fonction du site de mesure

B Types de thermomètres(15,21)

1) Thermomètre au mercure

Pendant de nombreuses années le thermomètre au mercure a été la référence pour la prise de température buccale, axillaire ou rectale en utilisant la propriété du mercure de se dilater sous l'effet de la chaleur. Sa toxicité pour l'environnement et la santé en cas de bris a entraîné son interdiction en France en 1998 puis en Europe en 2007 et les autres techniques de thermométrie se sont alors développées.

2) Thermomètre au galinstan

Le thermomètre au galinstan a été le premier remplaçant du thermomètre au mercure. Le galinstan est un alliage de gallium, d'étain et d'indium. Grâce à la faible toxicité de ses composants, il est utilisé comme substitut au mercure avec lequel il partage la capacité à se dilater sous l'effet de la chaleur.

En verre, sans pile, écologique et entièrement stérilisable, le thermomètre à galinstan est également peu coûteux. Sa lecture est utilisateur dépendante et peut s'avérer plus compliquée qu'un thermomètre électronique.

3) Thermomètre électronique

Les thermomètres électroniques ont progressivement remplacé les thermomètres au mercure et au galinstan. Leur coût est abordable, ils sont faciles à manier, fonctionnent avec une pile et sont fiables. La prise de température électronique rectale est la référence chez l'enfant mais ces thermomètres peuvent aussi être

utilisés en axillaire et buccal. Ils ne sont pas stérilisables en totalité et nécessitent une housse de protection. La prise se fait après un temps de pose différent selon les modèles (d'environ 30 secondes à 3 minutes). (23)

4) Thermomètre frontal à cristaux liquides

Ce thermomètre est constitué d'une bandelette de plastique contenant des cristaux liquides. Cette bandelette est placée sur le front. Les cristaux deviennent apparents à la chaleur, sur une échelle graduée. Cette méthode manque de précision et il est donc déconseillé de l'utiliser.

5) Thermomètre à infrarouges

Le thermomètre à infrarouges mesure la température selon le principe qu'un corps chaud émet un flux radiant détectable par infrarouge. Il est plus coûteux que les autres thermomètres mais facile d'utilisation en population générale. Il peut s'utiliser pour mesurer une température tympanique, temporale ou frontale. Il existe une variabilité entre les mesures. Le site temporal semble être plus précis chez l'adulte ou le grand enfant car moins influencé que le site frontal par les facteurs environnementaux. Sa praticité par une mise en œuvre à distance en fait un bon outil de dépistage de la fièvre mais la mesure enregistrée n'est pas précise. Son usage n'est pas recommandé avant l'âge de 2 ans.

C En résumé

La mesure de référence chez l'enfant reste la mesure électronique par voie rectale. Cette mesure doit être la seule utilisée pour le dépistage de la fièvre jusqu'à 2 ans.

De 2 à 5 ans la voie rectale est toujours la plus fiable et la plus recommandée mais la voie tympanique ou orale peut être proposée si la voie rectale s'avère impossible.

Chez le grand enfant, la difficulté d'acceptation de la voie rectale peut faire privilégier une voie tympanique ou orale en se référant aux normes de températures applicables à ces différents sites et tout en gardant à l'esprit que les mesures sont imprécises.

IV. Complications de la fièvre

La fièvre est un symptôme qui n'entraîne que rarement des complications. Il convient cependant de les citer car leur recherche est essentielle devant tout enfant fébrile.

A Complications liées à l'étiologie

La gravité de la fièvre est le plus souvent liée à son étiologie même si la fièvre est fréquemment bénigne et d'origine virale. En effet, une étude australienne rapporte 7% d'infections bactériennes sévères parmi une population de 15 000 enfants se présentant aux urgences pédiatriques(24). Le but de la prise en charge est donc de ne pas passer à côté d'une infection bactérienne sévère, rare mais grave. (25) Les étiologies à ne pas sous diagnostiquer sont :

- Une infection neuroméningée ;
- Une pyélonéphrite ;
- Une pneumonie ;
- Une bactériémie.

Il est également recommandé d'éliminer une diarrhée bactérienne et une infection ostéoarticulaire. Ces étiologies sont moins létales que les quatre précédemment citées mais nécessitent cependant une prise en charge adaptée.

Les recommandations de prise en charge sont rédigées afin de ne pas surmédicaliser les fièvres d'origine bénigne et donc de prévenir le risque d'antibiorésistance sans pour autant sous diagnostiquer une étiologie bactérienne sévère.

B Complications liées au terrain

Le terrain sur lequel survient la fièvre peut entraîner un risque de complication plus élevé et souvent une prise en charge différente.

1) L'âge

Tout d'abord, l'âge de l'enfant est essentiel avec une attention particulière portée aux nourrissons de moins de 3 mois et particulièrement aux nouveaux-nés et nourrissons de moins de 6 semaines. En effet, le risque d'infection materno-foetale et la gravité

d'une potentielle infection bactérienne entraînent des recommandations particulières pour cette tranche d'âge (7).

2) Les pathologies chroniques

D'autre part, l'existence d'une pathologie chronique peut entraîner des complications spécifiques lors d'un épisode fébrile. Une immunosuppression quelle qu'en soit la cause modifie la prise en charge d'une fièvre tout comme les affections chroniques cardiaques, pulmonaires et rénales.

3) L'entourage familial

Le dernier point à aborder est celui de l'entourage familial et de ses compétences. En effet, la capacité de compréhension et de surveillance à domicile est un facteur important à prendre en considération dans la décision médicale, en particulier si le retour à domicile est envisagé. (8)

C Complications liées à la fièvre elle-même

Il y a peu de complications liées à la fièvre elle-même.

1) La déshydratation

Le risque de déshydratation est d'autant plus élevé que l'enfant est jeune. En effet, l'eau représente 80% du poids d'un nouveau-né et 65% d'un nourrisson d'un an alors que chez l'adulte cette part diminue à 50%. D'autre part, un nourrisson est dépendant de son entourage pour son apport hydrique.

Les circonstances de déshydratation chez un nourrisson sont souvent liées à d'autres facteurs que la fièvre seule comme des vomissements ou des diarrhées. Cependant elle peut se produire chez un nourrisson jeune trop couvert avec fièvre élevée, thermolyse entravée, et ne bénéficiant pas de suppléments hydriques adéquats. (26)

2) Les crises convulsives hyperthermiques

Les crises convulsives hyperthermiques sont des crises convulsives chez l'enfant se produisant dans un contexte infectieux fébrile. Elles touchent 3 à 5% des enfants de moins de 6 ans. Il s'agit des crises convulsives les plus fréquentes chez l'enfant. (27)

Leur physiopathologie n'est pas complètement connue mais une approche multifactorielle est envisagée. L'hypothèse longtemps admise sur la hauteur de température entraînant la convulsion semble être remise en question pour une étiologie plus complexe. En effet plusieurs facteurs semblent imbriqués dans la physiopathologie : une prédisposition génétique, la présence d'une réponse inflammatoire, le type de germe infectieux, la modification de la température corporelle et l'immaturation cérébrale semblent être associés à la survenue de ces crises. (28)

On distingue les convulsions simples et complexes. Ces critères de classement permettent d'évaluer la possibilité d'une infection neuroméningée actuelle, le risque futur de maladie épileptique ou de récurrence de CCH. Les critères permettant le classement dans ces catégories sont résumés dans le tableau 2.

	CCH Simple	CCH Complexe
Age	1-5 ans	< 1 an
Durée	Brèves (<10 minutes)	Longues (>10 minutes)
Type	Généralisées	A début localisé
Déficit post critique	Non	Oui
Antécédents	Non	Oui
Examen neurologique	Normal	Anormal

Tableau 2 : Différence entre crise convulsive hyperthermique simple et complexe

Une crise convulsive complexe doit faire envisager une étiologie neurologique ou méningée et nécessite donc la réalisation d'une imagerie cérébrale qui pourra être complétée par une ponction lombaire ou un EEG selon les situations cliniques. Les crises simples ne nécessitent ni explorations neurologiques complémentaires, ni traitement spécifique. (27)

Il n'existe pas d'intérêt retrouvé au traitement préventif des crises convulsives fébriles que ce soit par traitement antiépileptique ou par administration systématiques d'antipyrétiques. (29,30)

3) L'inconfort

Sans être une complication à proprement parler, il s'agit de la conséquence la plus fréquente d'une fièvre de l'enfant. Cet inconfort est indépendant de l'intensité de la température et n'est pas dangereux pour l'enfant. Il n'existe pas de définition officielle car il peut se traduire par différents symptômes et il va être évalué surtout par les parents. Après élimination des étiologies graves, réduire cet inconfort sera l'objectif principal de la prise en charge.

V. Prise en charge

A Examen de l'enfant

Bien que la fièvre de l'enfant soit le plus souvent due à une infection virale bénigne, un enfant consultant pour fièvre doit bénéficier d'un examen complet à la recherche de signes de gravité ou signes orientant vers une étiologie spécifique afin de proposer une prise en charge adaptée.

1) Signes de gravité immédiate

Devant un enfant fébrile il faut systématiquement rechercher les signes de gravité immédiate suivants :

- Des troubles hémodynamiques, mis en évidence par une tachycardie supérieure aux valeurs attendues pour l'âge et la température, par des troubles vasomoteurs avec des marbrures et par un allongement du TRC ;
- Des troubles de la conscience ;
- Un purpura extensif ou nécrotique.

La présence d'un de ces signes témoigne d'un état septique grave et nécessite une prise en charge en urgence. (31)

2) Signes orientant vers une étiologie particulière

Toute fièvre nécessite une recherche de l'étiologie, ce qui pourra éventuellement conduire à un traitement spécifique. De plus, cette recherche peut apporter des éléments importants pour le choix du traitement symptomatique en identifiant, par exemple, une contre-indication éventuelle à tel ou tel antipyrétique. Les points

d'appel sont différents selon l'âge et la période de l'année mais les plus fréquents sont :

- ORL avec rhinopharyngite, otite, angine, laryngite ;
- Broncho-pulmonaire avec bronchiolite surtout chez le nourrisson, plus rarement pneumonie ;
- Digestif : gastroentérite aiguë ;
- Infection urinaire avec signes fonctionnels urinaires pour un grand enfant et souvent une fièvre isolée chez le nourrisson ;
- Éruption cutanée évocatrice ;
- Autres points d'appels comme une impotence orientant vers une infection ostéoarticulaire.

3) **Evaluer la tolérance de la fièvre**

La tolérance de la fièvre est essentielle à évaluer et va permettre de guider les décisions thérapeutiques. Elle s'évalue par plusieurs critères généraux résumés dans le tableau 3 ci-dessous.

	Signes en faveur d'une infection bénigne/virale	Signes en faveur d'une infection probablement sévère
Facies	Vultueux	Pâle /gris, cyanose péribuccale
Conscience	Normale	Somnolence
Cris	Vigoureux	Plaintifs/geignard
Téguments	Erythrosiques, chauds	Marbrés, froids
TRC	Immédiat	Allongé > 3s

Tableau 3 : Evaluer la tolérance de la fièvre

B Prise en charge selon la Haute Autorité de santé(2,32)

Les recommandations de la prise en charge de la fièvre de l'enfant ont été publiées par l'AFSSAPS en 2005 ; la HAS les a actualisées dans un mémo de prise en charge en octobre 2016.

1) Objectif

Lors d'une fièvre chez un enfant, le médecin doit impérativement à chaque consultation, rechercher d'éventuels signes de gravité, traquer des symptômes pouvant orienter vers une étiologie spécifique et évaluer la tolérance de l'enfant. La Haute Autorité de Santé insiste sur la rareté des complications qu'entraîne ce symptôme. Il n'existe par ailleurs pas de traitement préventif des convulsions fébriles. Il n'y a donc pas lieu de craindre particulièrement cette fièvre. La recherche de l'apyrexie ne constitue pas un objectif et ne doit pas conduire à des traitements systématiques. Par contre, la fièvre peut s'accompagner d'un inconfort de l'enfant (activités, appétit et vigilance diminuée, céphalées, changement d'humeur) dont le soulagement est important et justifié. Pour cela différents moyens sont recommandés.

2) Mesures physiques

Ces mesures visent à diminuer la température. Elles reproduisent les échanges thermiques entre l'organisme et l'environnement :

- Le déshabillage : perte de chaleur par radiation ;
- Bain frais, poches de glace, prise de boissons fraîches : perte de chaleur par conduction ;
- Mouillage, brumisation : perte de chaleur par évaporation ;
- Utilisation d'un ventilateur qui potentialise l'effet du mouillage, de la brumisation.

Ces méthodes ont des facteurs limitants. Premièrement, il n'existe que très peu d'études permettant une évaluation méthodologiquement correcte de leur efficacité qui semble tout de même modeste et qui cesse rapidement à l'arrêt de la méthode de refroidissement. Surtout, l'inconfort créé par ces méthodes peut être plus

important que la fièvre elle-même car tout ce qui tend à réduire la température de l'organisme au niveau central est perçu comme désagréable.

Les recommandations retiennent donc trois mesures simples en association au traitement médicamenteux :

- Proposer à boire fréquemment en préférant une boisson bien acceptée plutôt qu'une boisson très fraîche qui n'entraînera que très peu de baisse de température. Le maintien de l'hydratation est par contre primordial ;
- Ne pas trop couvrir l'enfant ;
- Aérer la pièce.

L'utilité des autres mesures en particulier le bain frais est remis en cause du fait des inconvénients cités précédemment.

3) Traitements médicamenteux

Ces traitements agissent principalement sur les mécanismes centraux de régulation de la température. Le paracétamol, les anti-inflammatoires non stéroïdiens tels l'ibuprofène et l'aspirine (acide acétylsalicylique) sont des traitements ayant une action antipyrétique. L'aspirine est un AINS par son mécanisme mais se distingue par un effet indésirable qui lui est propre, le syndrome de Reye. Il n'est plus recommandé en France comme antipyrétique chez l'enfant.

Ces spécialités sont en vente libre en pharmacie. Le traitement antipyrétique est donc souvent initié par les familles mais la prescription médicale conserve une influence importante et doit donc être réfléchie.

Une revue de la littérature réalisée en 2020 a conclu à un profil d'efficacité et de sécurité comparable du paracétamol et de l'ibuprofène avec un faible risque accru d'effets indésirables de l'ibuprofène dans certaines situations cliniques comme l'angine ou la varicelle. L'étude souligne qu'il existe peu de données faisant état du confort de l'enfant fébrile alors qu'il constitue l'objectif principal d'un traitement antipyrétique(33).

L'efficacité des traitements sur la baisse de la température et l'amélioration du confort semble être équivalente. Leurs effets indésirables sont cependant différents et doit donc guider le choix de prescription.

(a) Le Paracétamol

Cette molécule a des effets antipyrétiques et antalgiques. Son mode d'action n'est pas entièrement connu mais semble lié à la réduction de production de prostaglandines E2. Son risque d'interactions médicamenteuses est faible. Les effets secondaires sont rares si l'administration est conforme à une posologie adaptée. Une toxicité hépatique avec cytolyse peut survenir lors de l'administration quotidienne de prises supra-thérapeutiques. Il s'agit souvent, soit d'une erreur d'administration, soit de l'administration concomitante d'autres médicaments contenant également du paracétamol. En cas de prise massive unique, la dose hépatotoxique est de plus de 150mg/kg chez l'enfant. L'allergie est exceptionnelle.

Cet antipyrétique est disponible par voie orale et rectale. La voie rectale doit être réservée pour les rares cas d'impossibilité d'administration orale à cause de variations observées dans sa biodisponibilité et d'une voie possiblement traumatisante par la répétition des administrations. (25)

En 2003, selon l'ANSM, l'utilisation du paracétamol, en France, restait largement prédominante chez l'enfant, avec près des deux tiers des prescriptions.

(b) Les Anti-inflammatoires non stéroïdiens

En France, les AINS peuvent être utilisés dans la fièvre de l'enfant, dès l'âge de 3 mois pour l'ibuprofène et 6 mois pour le kétoprofène. L'ibuprofène est l'AINS le plus utilisé dans la fièvre de l'enfant. Les AINS présentent des effets antipyrétiques, antalgiques et anti-inflammatoires liées à l'inhibition de la synthèse des prostaglandines. L'effet anti-inflammatoire reste modeste aux posologies antipyrétiques et antalgiques et n'apporte pas de gain démontré devant la fièvre de l'enfant.

Ils possèdent quelques effets indésirables qui expliquent la recommandation de prescription en deuxième intention après le paracétamol. Leur rôle favorisant dans les infections bactériennes sévères des tissus mous est discuté mais le principe de

précaution en France s'applique et ils ne sont pas recommandés devant une infection de la peau et des tissus mous. De plus, en cas de varicelle, ils ne sont pas indiqués. Les hémorragies digestives sont rares à des doses adaptées. Il existe des effets indésirables rénaux, également rares chez l'enfant mais potentiellement aggravés par la déshydratation ou un terrain particulier. Ils allongent le temps de saignement.

(c) Résumé des règles de prescription de la HAS dans le cadre de la fièvre de l'enfant

Devant l'objectif principal de réduction de l'inconfort et les effets secondaires potentiels des antipyrétiques, la HAS a publié des recommandations de prescription dans le cadre de la fièvre de l'enfant :

- Prescrire pour diminuer l'inconfort et non pour diminuer la fièvre et l'expliquer aux parents et à l'entourage ;
- Rappeler qu'il n'existe pas de diminution du risque de convulsion fébrile avec administration d'antipyrétique ;
- Prescrire en monothérapie pendant les 24 premières heures un antipyrétique : le paracétamol, ou en cas de contre-indication à ce dernier, un AINS. Les AINS ne doivent pas être utilisés en cas de varicelle, et avec prudence en cas d'infection bactérienne ;
- Il n'est pas recommandé de prescrire de l'aspirine (acide acétylsalicylique) en cas de fièvre chez l'enfant, en raison d'un risque très rare mais potentiellement mortel de syndrome de Reye ;
- Seul un inconfort persistant, malgré un traitement bien conduit pendant au moins 24 heures, nécessite une réévaluation médicale.

VI. État des lieux des connaissances des parents

Face au constat de nombreuses consultations pour fièvre de l'enfant et de l'inquiétude parentale, des articles et thèses se sont penchés sur les connaissances des parents dans la fièvre de l'enfant.

Une étude Française a permis d'interroger plus de 7000 parents par le biais de questionnaires distribués par des pédiatres, médecins généralistes et pharmaciens. Cette étude met en évidence que les connaissances et attitudes des parents devant la fièvre de l'enfant sont plutôt concordantes aux recommandations pour la prise de température mais moins pour la définition chiffrée de la fièvre et la prise en charge initiale. (34)

De nombreuses thèses de médecine se sont intéressées aux connaissances parentales sur la fièvre. Citons par exemple une étude réalisée dans la Sarthe où plus de 1800 parents consultant aux urgences pédiatriques pour fièvre de leur enfant ont répondu à un questionnaire portant sur leurs connaissances. Cette évaluation conclut à un niveau « insuffisant » de connaissances des parents avec notamment plus de la moitié des parents interrogés qui ne connaissaient pas la définition de la fièvre. Des facteurs épidémiologiques influençant ces connaissances ont été étudiés et le fait d'être parent seul, d'avoir moins de 25 ans et de consulter à la PMI étaient décrits comme facteurs défavorables à des connaissances correctes sur la fièvre de l'enfant.(35)

D'autres études descriptives quantitatives par questionnaires relatent des connaissances des parents peu adaptées aux recommandations avec des lacunes concernant notamment les critères de gravité, l'usage répandu du bain tiède et un délai avant consultation souvent trop court. Plusieurs de ces études soulignent l'évolution des connaissances des parents qui s'améliorent au fur à mesure des années. Néanmoins, lorsque la question du ressenti personnel était posée, la plupart des parents répondaient à la fois se sentir formés sur ce sujet mais avoir besoin d'informations supplémentaires. Cette discordance fait écho au décalage déjà évoqué entre la bénignité fréquente de la fièvre et l'inquiétude importante des parents (36–40).

Matériels et méthodes

I. Type d'étude

A Choix de la méthode qualitative

Si la fièvre de l'enfant est un sujet déjà abondamment traité au cours d'études quantitatives dont certaines ont été précédemment citées, nous avons voulu poser un regard nouveau en interrogeant les parents sous l'angle de leurs émotions, leurs habitudes et leurs comportements face à cette problématique. Notre étude a pour objectif, non pas d'évaluer la pertinence des réponses fournies mais de recueillir largement les réactions et le ressenti des parents devant la fièvre de leurs enfants, et ainsi permettre :

- De comprendre leurs attentes ;
- D'identifier leurs inquiétudes et leurs questionnements ;
- De réfléchir à l'information attendue et à ses potentiels axes de diffusion.

B L'étude qualitative

La méthode qualitative est une méthode issue des sciences humaines et sociales, qui a fait son apparition à la fin du XIXème siècle (41,42). Il s'agit d'une recherche dite inductive, appréciant la signification de phénomènes psychosociaux, d'aide à la compréhension de leurs manifestations, représentations, perceptions et vécus en vue de construire une hypothèse. En opposition, la recherche quantitative est une méthode déductive qui permet de tester une hypothèse, de quantifier, comparer ou déduire des corrélations statistiques à travers des questionnaires. La recherche qualitative permettra d'engendrer une théorie pouvant ensuite être évaluée par des méthodes quantitatives.

II. La population étudiée

A Taille de l'échantillon

Dans le cadre de la recherche qualitative, la taille de l'échantillon n'est pas définie à priori mais sera fonction du phénomène de « saturation des données »(43) c'est à dire quand tout nouvel entretien n'apporte pas de concept supplémentaire à ceux recueillis précédemment. Dans notre étude, la saturation des données a été obtenue au bout du treizième entretien. Trois entretiens supplémentaires ont été réalisés.

B Stratégie d'échantillonnage et recrutement

1) Échantillonnage

Le but était d'obtenir un échantillonnage dit «en variation maximale »(44) car l'hétérogénéité des perceptions, des opinions et des comportements était recherchée. Les participants à l'étude ont été recrutés dans l'ensemble du département des Bouches-du-Rhône. Ce territoire propose une diversité géographique de lieux de vie (urbain, semi urbain et rural), ce qui nous a permis d'inclure des participants avec des profils socio-démographiques variés.

2) Critères d'inclusion

Pour être inclus les patients devaient être :

- Volontaires ;
- Parents d'enfants âgés de 3 mois à 6 ans. Cette tranche d'âge a été choisie pour plusieurs raisons :
 - o La borne inférieure a été fixée à 3 mois, du fait de la prise en charge spécifique des nouveau-nés fébriles devant la suspicion d'infection materno-fœtale ;
 - o La borne supérieure a été fixée à 6 ans, pour d'une part interroger des parents confrontés actuellement à la situation de fièvre et d'autre part cet âge est un âge clef dans la croissance de l'enfant avec l'entrée en primaire.

3) Critères d'exclusion

Le seul critère d'exclusion de notre étude était de ne pas parler français.

4) Recrutement

Le recrutement a été réalisé par le biais de fiches de recrutement, distribuées dans plusieurs cabinets de médecine générale, PMI et services d'urgences. Sur ces fiches de recrutement, nous expliquions le sujet de notre étude, les modalités de participation, notamment le volontariat et l'anonymat. (Annexe 1)

Une fois ces fiches complétées et récupérées, les volontaires étaient contactés par SMS ou email selon leur préférence, afin de leur envoyer la notice d'information (Annexe 2) et de fixer un rendez-vous, toujours selon la modalité de leur choix. En effet, au vu de la situation sanitaire au début de l'été 2020 en rapport avec l'épidémie de COVID 19, le déroulement de notre étude qualitative a dû être modifié. Même si les déplacements étaient libres à cette période, la crainte des parents vis-à-vis de l'épidémie, les directives recommandant d'éviter de multiplier les contacts et l'évolution incertaine de la situation ne permettaient pas d'envisager des entretiens exclusivement en présentiel. Nous avons donc fait le choix de proposer aux participants des entretiens soit téléphoniques, soit en visioconférence ou enfin en présentiel, tout en préconisant les deux premières possibilités. Il s'avère que la plupart des entretiens ont finalement été réalisés à distance par choix des participants.

Nous proposons également à chaque participant de parler de notre étude à des membres de son entourage susceptibles d'être intéressés par le sujet afin d'effectuer un recrutement parallèle par méthode « boule de neige ».

III. L'entretien

A Type d'entretien

Nous avons choisi une méthode par entretiens semi-dirigés (45), qui permettait des échanges libres tout en étant encadrés par un guide d'entretien afin de répondre au mieux à la problématique étudiée. Au total, seize entretiens ont été réalisés entre juillet et décembre 2020.

B Déroutement des entretiens

Nous contactons les volontaires selon le mode convenu (rendez-vous en présentiel sur le lieu de recrutement initial, par téléphone ou en visioconférence). Nous rappelions dans un premier temps l'objectif de l'étude, c'est à dire recueillir largement leur ressenti et vécu face à la fièvre de leurs enfants. Il nous semblait également important de préciser que les questions posées l'étaient dans un but de recueil de sensations, habitudes, émotions, et non pas d'évaluer des pratiques ou connaissances et encore moins de les juger. Nous insistions sur la nécessité de nous faire répéter si la question était mal ou non comprise. Enfin, nous assurons l'anonymisation des entretiens. L'accord oral des volontaires pour leur participation, notamment pour l'enregistrement a été recueilli.

Nous relevions certaines données socio-démographiques des participants, puis l'entretien pouvait commencer. Le guide d'entretien comportait 10 questions ouvertes, l'ordre était flexible en fonction des réponses des participants. Ce guide a évolué au cours des entretiens en prenant sa forme définitive au bout du troisième (46,47). (Annexe 3) Cette évolution a permis une adaptation aux premières réponses des parents pour être plus large sur certains thèmes et mieux aborder certains sujets.

IV. Recueil et retranscription des données

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un logiciel d'enregistrement vocal sur nos smartphones, puis retranscrits dans leur intégralité manuellement, mot à mot sur un programme de traitement de texte. Le fichier ainsi recueilli a permis de constituer un verbatim, qui a servi de base de données pour notre étude. Le ton, les émotions, les onomatopées ont été inclus dans la retranscription. L'enregistrement audio a été supprimé une fois la retranscription terminée.

V. Analyse des résultats

Il s'agit d'une opération intellectuelle qui consiste à transformer des données brutes (faits observés, paroles recueillies, etc.), en une première formulation signifiante (code), dont le sens reste cependant banal et proche du sens commun.
(48)

A Le codage ouvert

Une fois les entretiens retranscrits, nous avons dans un premier temps réalisé un codage descriptif dit « ouvert ». Le but de cette étape est, de relever chaque élément pertinent lors de la lecture du verbatim. Chaque information dans le discours a été analysée pour aboutir à un code correspondant à une unité de sens. (49) Au fur et à mesure des entretiens, de moins en moins de nouveaux codes ont vu le jour et ce, jusqu'à ne plus en avoir de nouveaux, moment d'obtention de la saturation des données.

Ce travail d'analyse a été réalisé par codage parallèle des deux chercheuses afin d'obtenir la triangulation des données. Les codages individuels étaient comparés et lorsque les analyses des deux chercheuses étaient discordantes, le sens était systématiquement discuté pour rester au plus proche du verbatim. (50) Cette double lecture des données permet une fiabilité du codage.

B Le codage axial

La deuxième étape de notre travail a été de comparer et de combiner entre eux des codes correspondants, en codes plus généraux, pour permettre d'en dégager un thème. Il s'agit du codage axial ou thématique. (49)

C Le codage sélectif

La troisième et dernière étape de la retranscription des données avait pour but de donner une signification à ces différentes thématiques définies et de les organiser entre elles. Elle permet de répondre à la problématique initiale définie lors de la création de l'étude (49).

D Le logiciel NVivo 10.1.10

Pour réaliser ce travail de codage, nous avons utilisé un logiciel de traitement de données qualitatives : NVivo 10.1.10.

Résultats

I. Caractéristiques de la population étudiée

Nous avons réalisé 16 entretiens semi-dirigés entre juillet et décembre 2020. Les particularités socio-démographiques des participants interrogés sont résumées dans le tableau suivant.

Entretien			Parents					Enfants			
N°	Type	Recrute-ment	H/F	Age	Situation familiale	Lieu de vie	Profession	Nombre	Age(s)	Mode de garde	Suivi
1	Téléphonique	Cabinet Med Générale	F	28	Mariée	Semi rural	Conseillère en prévention	1	15m	Assistante maternelle	Pédiatre
2	Visioconférence	Boule de neige	F	40	Union libre	Urbain	Vendeuse	3	16 ans 13 ans 11 mois	Domicile	Médecin généraliste
3	Téléphonique	Boule de neige	F	37	Pacsée	Urbain	Auditrice	2	7 ans 5 ans	Ecole	Médecin généraliste
4	Téléphonique	Urgences	F	34	Mariée	Semi urbain	Technicienne de surface	1	2 ans	Assistante maternelle	Pédiatre
5	Téléphonique	Boule de neige	F	29	Pacsée	Semi urbain	Assistante de direction	1	18 mois	Crèche	Médecin généraliste
6	Présentiel	Cabinet Med Générale	F	28	Célibataire	Urbain	Infirmière	1	12 mois	Crèche	Pédiatre
7	Présentiel	PMI	F	24	Mariée	Urbain	Mère au foyer	3	4ans 2 ans 2 mois	Domicile	PMI
8	Téléphonique	Cabinet Med Générale	F	38	Union libre	Semi rural	Spécialiste en soins soins	2	6 ans 10 mois	Ecole	Médecin généraliste
9	Téléphonique	Cabinet Med Générale	F	34	Pacsée	Semi rural	Cheffe de projet Web	2	4 ans 18 mois	Ecole/assistante maternelle	Médecin généraliste
10	Visioconférence	Boule de neige	F	37	Mariée	Semi rural	Mère au foyer	3	12 ans 6 ans 2 ans	Domicile	Médecin généraliste
11	Téléphonique	Cabinet Med Générale	F	36	Mariée	Semi rural	Assistante de puériculture	2	6 ans 2 ans	Ecole/ Assistante maternelle	Pédiatre et médecin généraliste
12	Téléphonique	Cabinet Med Générale	F	28	Pacsée	Semi rural	Personnel de caisse	1	10 mois	Assistante maternelle	Médecin généraliste
13	Visioconférence	Cabinet Med Générale	F	35	Pacsée	Rural	Secrétaire	1	8 mois	Crèche	Pédiatre et médecin généraliste
14	Téléphonique	Urgences	H	36	Marié	Urbain	Ingénieur	2	3 ans 3 semaines	Crèche	Médecin généraliste
15	Présentiel	Cabinet Med Générale	H	30	Pacsée	Urbain	Ingénieur	1	5 mois	Crèche	Médecin généraliste
16	Présentiel	Boule de neige	F	31	Marié	Rural	Assistante sociale	2	3 ans 7 mois	École/Crèche	Pédiatre

Tableau 4 : Caractéristiques des participants

II. La fièvre vue par les parents

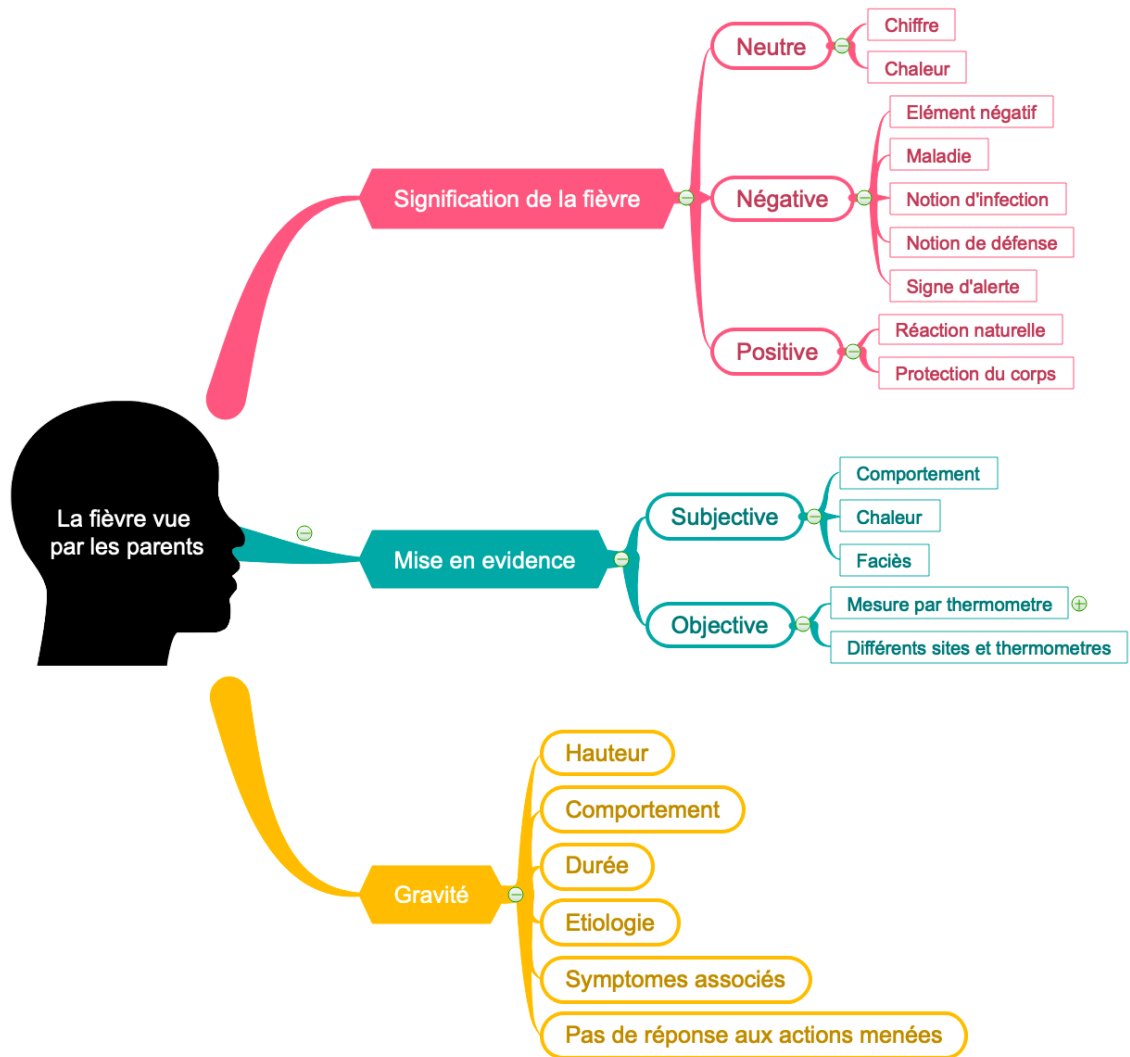


Figure 4 : La fièvre vue par les parents

A Signification pour les parents

Dans cette étude, comprendre la signification de la fièvre pour les parents était une base essentielle. En effet, la fièvre est une notion connue de tous, même des parents d'enfants n'ayant pas encore présenté d'épisode fébrile. Cependant, d'une part sa définition médicale n'est pas consensuelle et d'autre part, ses représentations sont diverses. Recueillir les significations personnelles était donc primordial et explique le début de notre guide d'entretien par la question : « Qu'est-ce que la fièvre pour vous ? quelle définition donneriez-vous de la fièvre ? »

Lors de l'analyse des données, nous avons remarqué que les réponses des parents à cette question pouvaient être classées en trois types : Neutre, négative et positive.

1. Signification neutre

Des significations sans sous-entendus ni positifs ni négatifs ont été relevées au cours des entretiens. Il s'agit de la représentation de la fièvre par un chiffre ou par une notion de chaleur.

(a) La fièvre est représentée par un chiffre

La fièvre est définie pour certains par une température chiffrée. Cette notion quantitative se traduit cependant par des valeurs différentes selon les parents. La fièvre est donc imaginée par la notion de dépassement d'un seuil chiffré. On peut également noter dans certains entretiens, une plage de température considérée comme trop basse pour être qualifiée de fièvre mais trop haute pour être considérée comme une température normale et nécessitant donc une surveillance rapprochée.

E11. « *Moi je la situe à partir de 38°C voilà euh... euh bon après à partir de 37,5°C je commence à surveiller voilà mais bon à partir de 38°C je considère que c'est de la fièvre. »*

E13. « *Pour moi la température c'est au-delà de 38°C pour un bébé. »*

E3. « *Ben pour moi c'est la température corporelle de mon enfant du coup qui doit être autour de 37°C du coup si c'est au-dessus c'est de la fièvre et en dessous de l'hypothermie, et voilà. »*

E5. « Selon moi la fièvre, je considère qu'il y en a à partir de 38,2°C, 38,3°C à peu près dès qu'on commence à dépasser entre 38,3°C, 38,5°C pour moi il a de la fièvre. »

E8. « Moi à partir de 38,8°C facile et légèrement avant je commence à me dire que malgré tout ce n'est pas une situation normale. »

E16. « C'est une température qui est supérieure à 38,5 °C. »

(b) La fièvre est représentée par une notion de chaleur

La notion de chaleur corporelle est un aspect de la fièvre largement évoqué dans les entretiens. Pour beaucoup de parents, il s'agit d'un des premiers signes qui montre que leur enfant est fébrile.

E1 : « Baah c'est quand le corps il chauffe. »

E10. « Pour moi c'est quand mes enfants, ils sont chauds. Quand je les sens chauds pour moi c'est sûr ils ont de la fièvre. »

2) Signification négative

D'autres significations de la fièvre se rapportent à une sensation déplaisante exprimée par les parents.

(a) La fièvre est un élément négatif

La fièvre peut être décrite comme un élément néfaste en elle-même. Pour autant, il n'y a pas d'explications particulières motivant ce ressenti et il semble que celui-ci soit issu d'une croyance ancrée dans les esprits.

E7. « La fièvre euuh je ne sais pas c'est quelque chose qui est dur. Ça fait peur. »

E9. « Euuuh ben en fait on m'a toujours dit qu'il ne fallait pas que la fièvre elle dure trop longtemps chez les enfants parce que... je sais plus pour quelle raison d'ailleurs. On m'a quand même dit que c'était pas bien que la fièvre euuh dure et on m'a toujours dit dès l'instant qu'un enfant est pas bien ou qu'il a des symptômes quelque chose en premier lieu c'est la fièvre qu'il faut régler quoi. Peu importe ce qu'il a d'abord c'est la fièvre et ensuite on règle ce qu'il se passe. »

(b) La fièvre est une maladie

La notion de fièvre définie par une maladie à proprement parlé a pu être relevée dans un entretien.

E7. « *Euh la fièvre euh. Ben c'est une maladie quoi.* »

(c) La fièvre traduit une infection

La notion d'infection a été associée à la fièvre dans de nombreux entretiens. Il s'agit d'une conception au sein de laquelle la fièvre est le symptôme d'un phénomène infectieux.

E4. « *Il y a une infection, il y a une infection qui se défend et enfin qui provoque la température.* »

E12. « *C'est que, c'est que le corps de l'enfant qui est en train de se battre contre l'infection.* »

E2. « *La fièvre c'est ce qui euhh, c'est ce qui me fait savoir qu'il y a un microbe et que euhhh mon enfant combat contre ce microbe.* »

E8. « *Alors avoir de la fièvre c'est pour moi quand le corps réagit à une infection.* »

E15. « *Pour moi, c'est monter en température, qu'il y a une infection.* »

(d) La fièvre représente une notion de défense

La notion d'infection a été complétée par une idée de combat du corps humain contre un élément intrusif. C'est ce combat qui se traduit par un épisode de fièvre.

E10. « *Cela signifie que il y a quelque chose dans le corps qui se défend.* »

E5. « *Le corps qui se défend contre quelque chose.* »

E6. « *Ben la température je dirais que c'est une défense du corps contre euuuh un virus ou une bactérie.* »

E9. « *Ma définition de la fièvre alors c'est une très bonne question j'aurais dit au premier abord comme quoi c'est le corps qui est en train de ...qui essaie de combattre une infection quelque chose, pas forcément une infection même quelque chose du coup ce qui crée une.... ce qui fait monter la température du corps.* »

(e) La fièvre est un signe d'alerte

La notion de signe d'alerte est la dernière signification négative de la fièvre mise en évidence. Il s'agit ici d'un sentiment que la fièvre va être suivie de quelque chose de négatif, qu'il faut surveiller et être attentif.

E1. « *C'est annonciateur qu'il y a quelque chose.* »

E2. « *C'est la fièvre qui me fait savoir qu'il y a quelque chose qu'il va falloir chercher* »

3) Signification positive

La fièvre peut aussi avoir une signification positive pour certains parents. Elle peut être considérée comme une réaction naturelle du corps humain ou permettre d'assurer sa protection.

(a) La fièvre est une réaction naturelle du corps

Dans cette conception où la fièvre est physiologique et que son occurrence est normale, nous remarquons que ses causes sont considérées comme variées et surtout non infectieuses. La fièvre pourrait survenir dans de nombreuses situations comme les poussées dentaires ou simplement la fatigue.

E5. « *Je sais par exemple que les dents ça peut provoquer des poussées de fièvre assez importante je sais que des fois que ça peut être lié à la fatigue. Je sais que ça peut venir de tout et n'importe quoi au final la fièvre.* »

E7. « *Et aussi quand elle fait les dents la grande elle a de la fièvre mais pas beaucoup 38°C c'était normal quoi ...* »

(b) La fièvre permet la protection du corps

Cette vision de la fièvre reprend la représentation précédemment citée du combat mais comporte une dimension positive de protection qui donne à la fièvre un rôle de bouclier.

E1. « *C'est quand y a une infection c'est le corps qui combat une infection voilà et surtout ça le protège en fait.* »

B Mise en évidence de la fièvre

Après avoir interrogé les volontaires au sujet de la signification de la fièvre, nous avons abordé sa mise en évidence chez les enfants qui peut être subjective ou objective.

1) Mise en évidence subjective

A la question « comment savez-vous que votre enfant a de la fièvre ? », certains parents ont décrit des éléments subjectifs comme la modification du comportement, la sensation de chaleur corporelle ou le faciès de l'enfant.

(a) Changement de comportement

La découverte de fièvre par un changement de comportement est en effet une situation très courante au sein des foyers.

E12. « Si je vois qu'il est ronchon, grognon ça va me faire dire que y a de la fièvre »

E2. « Si je euh, ben pour le bébé si je vois qu'il est ronchon, qu'il a un comportement différent de euuuh d'habitude. »

E8. « Oui plutôt le comportement qui change et oui après oui je vais vérifier par ça mais c'est vrai que ce qui est flagrant ça va être vraiment le comportement. »

E9. « Oui oui déjà avec son comportement je le vois de suite généralement quand elles ont de la fièvre elles sont totalement flagada elles ont 2 de tension et quand la température baisse ça repart aussitôt hop des piles électriques. Donc vraiment je le vois de suite. »

E15. « Ah oui oui c'est ça, Quand il est râleur euh, ou un moment de la journée où il devrait être au calme et que c'est pas le cas. »

D'autre part, parmi ces changements de comportement lié à la fièvre les parents soulignent que le comportement est différent selon la hauteur de la température. L'altération du comportement n'apparaît chez certains enfants qu'à partir d'un certain seuil d'intensité de la fièvre.

E4. « -Donc effectivement quand je lui prends au-dessus de 38°5 c'est flagrant son comportement et puis arriver à 39°C il bouge plus, il supporte vraiment pas la

température.

-donc vous avez l'impression qu'il y a une différence de son comportement en fonction du chiffre de la température ?

-Oui vraiment c'est flagrant. »

E5. « Il a été abattu quand il a... il a passé les 40°C. Tant qu'il passait pas les 40°C, il était fatigué il dormait beaucoup mais à partir du moment où il a passé les 40°C en fait il a passé la journée sur moi à dormir alors qu'en dessous il est pas comme ça quoi. »

E16. « On prend la température parce qu'ils sont grognons, ou parce qu'ils pleurent. »

(b) Chaleur corporelle

L'augmentation de chaleur corporelle est un autre moyen de découverte d'une fièvre par les parents. Découvrir son enfant « chaud » a été décrit comme élément d'alerte et de diagnostic de fièvre.

E13. « La première des choses c'est eux, la chaleur de son corps de son front. »

E5. « Je le prends avec moi qui pose les pieds sur mes cuisses, je sens la chaleur à travers le, à travers mon pantalon en fait là je commence à me dire il y a quelque chose qui va pas, je n'arrive pas à le prendre sur le front parce que souvent ça j'ai du mal à le sentir au front. »

E9. « Euh par automatisme euh déjà c'est vrai que j'arrive à sentir de suite si elles ont de la fièvre ou pas sinon j'ai le réflexe de grand-mère je mets ma bouche contre leur front (rire). »

(c) Découverte par faciès

Un changement de faciès de l'enfant permet aussi de diagnostiquer un état fébrile.

E6. « En général, euh il a les yeux rouges très cernés, assez tirés, les joues rouges aussi parfois c'est là que je sais qu'il a de la fièvre.»

2) Mise en évidence objective

La mise en évidence de la fièvre pouvait également être objective avec utilisation d'un thermomètre. Cette utilisation diffère selon les familles en fonction de plusieurs facteurs comme le type de thermomètre, le moment de prise et l'avis des parents sur cette mesure.

(a) Mesure de température

La prise objective de température lorsque des signes évocateurs de fièvre sont remarqués est très répandue. Un des parents nous explique avoir le réflexe, dès l'apparition d'un changement de comportement même minime de prendre la température.

E10. « *Dès que je vois un truc assez bizarre ou sinon voilà l'après-midi qui dort c'est pas très normal, hop température j'ai le, j'ai le thermomètre frontal.* »

La notion de prise de température immédiate, dès la suspicion est également apparue dans les entretiens ou nous avons pu ressentir cette pression de connaître rapidement le chiffre de la température.

E10. « *Je cours prendre le thermomètre et tout quand je sens leur visage chaud ou rouge et les oreilles... les oreilles rouges pour moi c'est comme ça.* »

E2. « *Je vais tout de suite prendre la température pour voir s'il y a quelque chose qui l'embête.* »

(b) Sites de mesures et types de thermomètres

Comme développé dans notre introduction, les techniques de mesure de température sont variées par leur site et le type de thermomètre utilisé. Les parents interrogés ont abordé cette modalité de mesure.

Le choix du site de mesure selon la fiabilité du résultat a été tout d'abord mis en avant. Des parents ont déclaré préférer recourir au thermomètre rectal. Ils l'expliquent, par sa précision, en mettant en opposition d'autres outils avec des sites différents, peut-être plus simples d'utilisation mais moins précis, comme le thermomètre frontal.

E13. « *La prise de température avec un thermomètre euh donc j'ai un thermomètre rectal qui est le plus précis. »*

E11. « *Je la vérifie souvent en rectal parce que finalement j'ai pas trouvé de thermomètre frontal bien performant, j'en ai un mais c'est vraiment pour me donner une idée voilà. »*

D'autres parents mettent en avant l'accessibilité du site de mesure pour choisir l'outil adéquat. L'un d'eux, nous dit choisir en fonction de l'état d'éveil de son enfant, il décidera d'utiliser un thermomètre frontal quand il dort pour ne pas le réveiller. Un autre déclare trouver les thermomètres rectaux difficiles d'utilisation.

E13. « *En pleine nuit bah c'est le thermomètre frontal qu'on passe au niveau de la tête quoi. »*

E6. « *Moi j'utilise plus trop le rectal c'est la galère, il a 2 ans déjà, avant c'était une galère alors maintenant j'ai celui pour les oreilles donc j'utilise celui pour les oreilles. »*

Le dernier argument dégagé des entretiens, motivant le choix de l'outils, est l'habitude d'emploi des parents.

E12. « *Je prends la température souvent rectale parce que ben j'ai l'habitude ça se passe bien »*

Nous avons pu également relever un questionnement des parents sur les différents types de thermomètres

Un des participant s'interroge sur la pertinence des différents types d'outils. En donnant en exemple l'écart noté entre deux prises de température au même moment mais avec deux thermomètres différents, un frontal et un rectal.

E5. « *J'ai vu en le menant chez le pédiatre admettons que chez moi il avait euh je ne sais pas 38,7°C arrivé chez le pédiatre il n'y avait plus que 38°C alors que je suis à 5 minutes qu'il n'avait pas eu de traitement donc du coup il y a un très gros écart entre eux, parce que moi j'ai le thermomètre classique rectal d'accord et chez le pédiatre il est frontal donc euh il y a quand même une grosse différence entre le, les différents modes de prise de température. »*

Un autre participant souligne la nécessité d'obtenir une prise de température extrêmement précise et exprime un manque de précision des thermomètres par rapport à ses attentes.

E5. *« C'est pas très fiable mais euh j'ai plusieurs fois été obligé de reprendre la température 2 fois et il était pas beaucoup différent on va dire euh par exemple ça c'était j'sais pas 39,2°C et puis après c'était 39,3°C ou 39,1°C mais j'ai l'impression que c'est pas assez précis au final. »*

Nous notons l'importance du chiffre de la fièvre dans cette approche où la différence d'un dixième de degré de température, pourtant dérisoire, perturbe et agace.

C Ressenti de gravité par les parents

Nous avons ensuite abordé avec les volontaires, leurs interprétations de la gravité sur la fièvre, avec la question « Pour vous, quand est-ce que la fièvre est grave ? Qu'est-ce qui vous fait peur lorsque votre enfant a de la fièvre ? ». En analysant leurs réponses nous avons pu en dégager plusieurs critères.

1) Gravité définie par la hauteur de la fièvre

Pour un large nombre de parents, la « hauteur » du chiffre de la fièvre est synonyme de gravité. Ce seuil chiffré, comme celui décrit dans la partie précédente pour décrire la fièvre, est différent selon les parents interrogés.

E10. *« Pour moi, ce n'est jamais arrivé mais je dirai par exemple 39,5°C, 40°C, oula ça me ferait flipper hein la je partirai aux urgences 40°C de fièvre. »*

E11. *« euh quand elle commence à arriver aux 39,5°C. je surveille plus plus déjà à partir de 39°. Mais quand ça arrive à 39 et demi voilà. »*

E4. *« s'il dépasse 39,5 ben tu tuu Appelle le SAMU tant pis quitte à paraitre pour des fous tant pis c'est pas grave. »*

E7. *« Si c'est haut ça fait peur. En fait ça dépend si la fièvre elle est à 37°C ça va si plus de 37°C Ca m'inquiète et chaque une heure je surveille »*

E8. *« Quand elle commence à basculer au-delà des 38°C je commence à être très vigilante et encore quand elle passe les 38,5°C oui je suis qui-vive. »*

2) Gravité définie par le comportement de l'enfant

D'autres, déclarent s'appuyer sur le comportement de l'enfant pour juger de la gravité de l'épisode fébrile.

E1. « *Parce que des fois même à 39,5°C il pète encore la forme il rigole et tout donc là je ne m'inquiète pas trop mais quand je vois que vraiment il fait que pleurer qu'il réclame beaucoup de câlins c'est qu'il va pas bien donc là je m'inquiète. »*

E6. « *La somnolence, ça ça m'est pas vraiment arrivé mais ça je sais que s'il est dans un état somnolent ou je sais pas trop s'il répond ou pas, ça ça m'angoisse énormément. »*

3) Gravité définie par la durée de la fièvre

La durée de l'épisode fébrile a également été citée comme critère de gravité retenu par les parents.

E11. « *Ce qui m'inquiète aussi c'est quand la fièvre baisse pas au bout de quelques jours. »*

E12. « *si ça dure 2-3 jours à plus 39°C 38°C, 39°C ça commence à m'inquiéter. »*

E3. « *Euuuh si ça dure au-delà de 3 jours je commence à m'interroger. »*

E16. « *Et ben si elle dure pendant longtemps, plus de plusieurs jours, enfin longtemps ça veut rien dire, donc au moins 3- 4 jours. »*

4) Gravité définie par l'étiologie

Certains parents s'interrogent sur les causes de la fièvre, et craignent certaines étiologies pouvant être sévères.

E3. « *-S'il avaient très mal à la tête ou s'ils se mettaient à vomir tout le temps.
- Pourquoi ces symptômes là?
-ben je me dis ça peut être quelque chose de grave, une méningite ou quoi, ça fait plus peur qu'un mal de gorge. »*

E4. « *La fois dernière c'était la roséole ce n'était rien de méchant mais quand il y a que la fièvre et qu'on trouve rien d'autre... ben ça fait peur on sait pas ce qu'il a, ça pourrait être un truc grave. Donc je balise un peu pour ça. »*

5) Gravité définie par les symptômes associés

Certains symptômes associés à la fièvre vont faire craindre une gravité particulière à l'épisode fébrile. Il peut s'agir comme dans le paragraphe précédent d'une angoisse que certains symptômes soient révélateurs d'une pathologie sévère, ou simplement une crainte du symptôme en lui-même comme le vomissement.

E4. « *Peur qu'il vomisse dans son sommeil et qu'il inhale.* »

E6. « *Lui par exemple il a un terrain allergique donc des éruptions cutanées ça me fait peur. Tout ce qui va être allergique par ce que j'ai peur que ça devienne respiratoire. Pour la toux il ne m'a pas encore fait de grosse toux mais ça me fait peur parce qu'il pourrait s'étouffer quoi.* »

6) Gravité définie par l'absence de réponse aux actions menées

Les démarches réalisées devant un épisode fébrile sont diverses, nous les évoqueront ultérieurement. L'absence d'amélioration comme attendu après réalisation de ces actions définit chez certains parents la gravité de l'épisode.

L'absence de réponse à une méthode physique visant à diminuer la température et donc la persistance de la fièvre entraîne une inquiétude et une sensation de gravité.

E2. « *J'ai essayé de prendre un bain bien sûr pas à 37°C un peu plus chaud parce qu'il était très très chaud où j'ai vu que la température ne baissait pas et là je me suis dit ben c'est grave quoi.* »

De même, la persistance d'une température haute, malgré des traitements médicamenteux, peut aussi entraîner une crainte chez certains.

E12. « *C'est ça et surtout si ça ne répond pas au Paracétamol aussi je me dis si ça continue malgré tout je m'inquiète aussi plus.* »

E9. « *Ben euh je sais que pour les enfants la fièvre elle peut monter plus vite plus haut mais elle peut redescendre aussi aussi vite qu'elle est arrivée donc je m'inquiète pas de suite quand elle est très haute je vais m'inquiéter si euuuh après le doliprane si ça perdure.* »

III. Actions menées par les parents lors d'un épisode fébrile

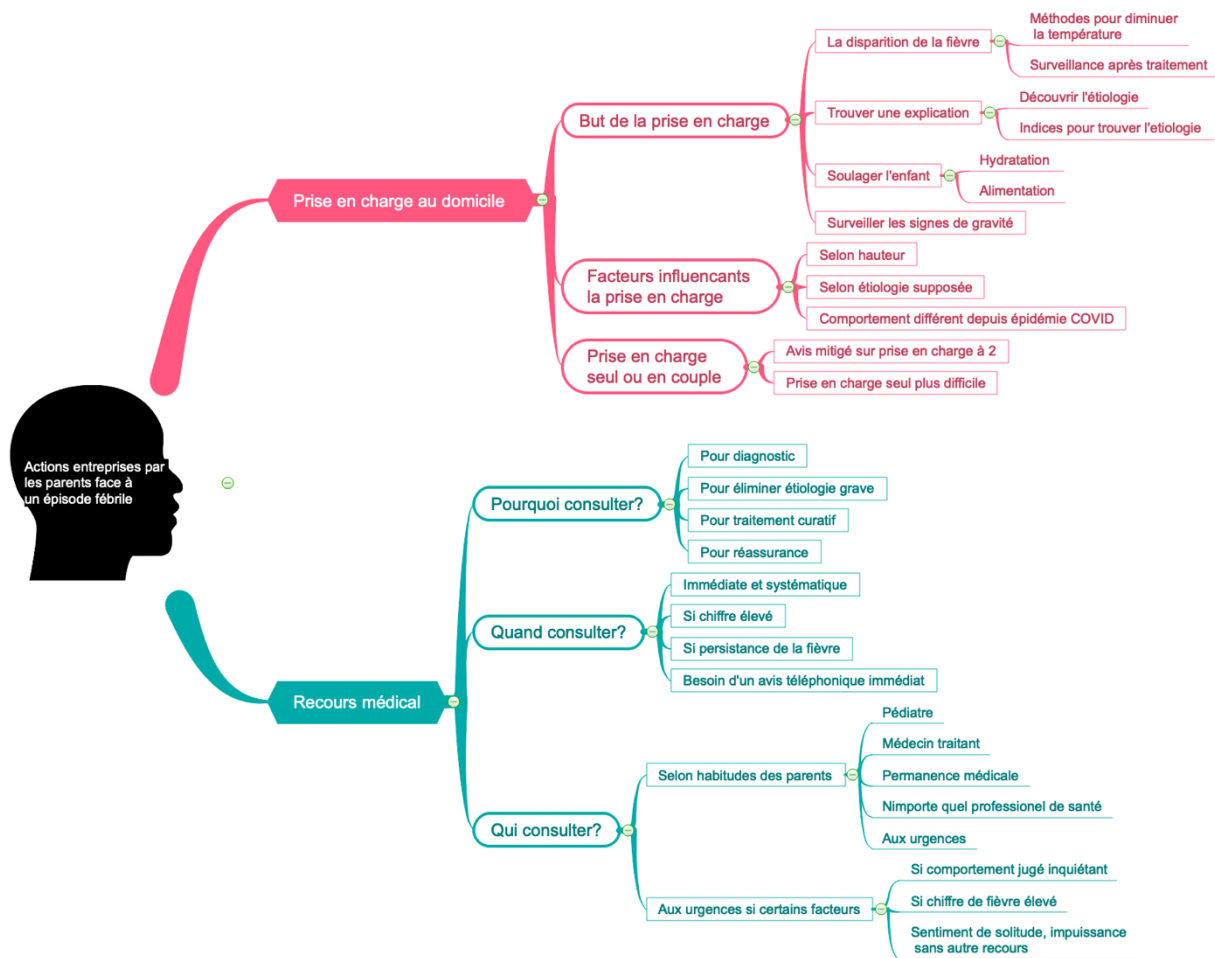


Figure 5 : Actions entreprises par les parents lors d'un épisode fébrile

Les parents sont en première ligne lors d'un épisode fébrile de leur enfant et les actions qu'ils ont l'habitude de mener ont été détaillées lors des entretiens. L'étude de ces habitudes peut se faire dans cette étude qualitative sous un jour nouveau. En effet, les parents vont spontanément se confier, sans répondre à un questionnaire pré établi qui peut les orienter, ce qui permet des réponses au plus proche de leur quotidien.

Nous avons choisi de distinguer au sein de cette partie la prise en charge réalisée par les parents au domicile avant toute intervention du corps médical et le recours médical sollicité par la suite.

A Prise en charge au domicile par les parents

1) But de la prise en charge

La prise en charge autonome des parents lors d'un épisode fébrile va être différente selon le but attendu. Nous avons pu distinguer 4 objectifs différents exprimés par les participants : faire diminuer la fièvre, trouver une étiologie à la fièvre, soulager l'enfant et surveiller les signes de gravité.

(a) La disparition de la fièvre

Pour un grand nombre d'entre eux, la diminution de la fièvre et sa disparition sont l'objectif à atteindre. Il s'agit de la « faire tomber » et leurs habitudes sont dictées par ce but.

E4. *« C'est vrai que s'il a de la température moi personnellement je cherche absolument à la faire descendre, à la faire tomber. Autant quand c'est moi qui suis malade c'est pas le cas autant chez mon fils c'est mon but. »*

E7. *« -Ben je lui donne tout de suite le Doliprane® et voilà et honnêtement c'est automatique pour moi je l'amène tout de suite dedans la douche, pas froide froide mais un peu tiède et ça marche, ça fonctionne. -C'est-à-dire ?*

-Ben ça fonctionne tout de suite comment dirais-je la température elle baisse tout de suite »

(i) Méthodes pour diminuer la température

Les participants nous ont donc spontanément parlé des méthodes qu'ils utilisaient pour faire diminuer la température de leur enfant. Elles peuvent être médicamenteuses, physiques ou plus traditionnelles et diffèrent en fonction des parents mais aussi de certains autres facteurs comme la hauteur de la fièvre ou l'étiologie.

Tout d'abord, les méthodes médicamenteuses sont utilisées de différentes manières lors des épisodes fébriles.

Leur utilisation peut être modulée selon la hauteur de la fièvre de l'enfant :

E11. « Alors généralement, sauf quand je les vois vraiment fatigués ou ma fille par exemple elle a tendance à se plaindre de maux de tête quand elle a de la fièvre, généralement j'essaie d'attendre 38,5°C pour donner du Doliprane® »

E13. « ça dépend vraiment de combien il a mais euh généralement il est haut, donc je lui administre du Doliprane® donc soit en suppositoire soit du Doliprane® en sirop »

D'autres parents administrent de manière systematique et immédiate un traitement médicamenteux lorsque la fièvre est mise en évidence

E9. « L'automatisme c'est du Doliprane® pour faire baisser la fièvre rapidement c'est Doliprane® immédiat. »

E12. « Je donne direct un suppositoire de Paracétamol et j'attends que ça baisse »

E15 « Et ben euh Doliprane® , quand ça été le cas, oui Doliprane®, par pipette il avait pas trop aimé, donc par suppo, oui suppo, avec recontrôle régulier, et reDoliprane® si jamais ça remonte. »

A l'inverse, certains parents ont exprimé une réticence face au traitement médicamenteux :

E5. « Ben nous on n'aime pas, enfin c'est moi surtout que euh euh j'essaye de repousser le plus possible la prise de médicaments »

Ensuite, les méthodes physiques sont également utilisées. Elles sont de plusieurs types (bain frais, applications de linge humide, déshabillage...).

E7. « Je pense qu'il faut qu'ils prennent une douche un peu d'eau froide. Parce que ça j'ai essayé avec ma grande fille. »

E5. « On met aussi généralement les gants. On nous avait expliqué aussi les gants mouillés sur le front, enfin sur les zones chaudes il me semble, les aisselles, les chevilles et l'aine, mais souvent c'est plus sur le front. »

E1. « *Quand on voit que ça descend pas trop euuuuuuuh ben je vais lui donner un petit bain à 37°C* »

L'utilisation de méthodes physiques en fonction de la température, c'est-à-dire surtout pour des températures ressenties comme basses par les parents a pu être mise en évidence dans certains entretiens.

E11. « *Jusqu'à à 38 ,5 °C, on essaye de faire un bain un degré en dessous de sa température on essaye de pas l'habiller avec des habits trop chauds. Au-dessus je passe à plus fort* »

Enfin, certains parents utilisent des méthodes traditionnelles visant à diminuer la température. Ils semblent conscients du caractère inhabituel de ces méthodes mais nous en parlent spontanément comme d'une action efficace.

E7. « *Des fois je lui ai mis (rire) bon c'est une recette de grand-mère, je lui mets du vinaigre dans les chaussettes et franchement ça baisse.* »

(ii) Mise en place d'une surveillance systématique après traitement

L'importance accordée par les parents à la diminution de la fièvre les pousse à surveiller de manière systématique la température après mise en place des premières mesures antipyrétiques.

E11. « *Ben comme je la prends en rectal je ne la prends pas non plus hyper souvent. J'essaie de voir une heure après la prise de Doliprane® je revérifie si ça a baissé ou pas, si le doliprane commence à agir et après je reprends qu'après 3 heures au moins et toutes les 4 heures pendant un jour* »

E4. « *Une fois que j'ai donné le doliprane je contrôle la fièvre 1h et demi à 2h après et après à intervalle réguliers.* »

La surveillance de la température peut être modifiée par les moments de la journée, le chiffre initial retrouvé ou le comportement de l'enfant.

E6. « *Ouais après je vais pas lui prendre toutes les heures, si c'est un 38°C et que 2 heures après il a toujours un 38°C je vais attendre par exemple le goûter ou le soir avant de le coucher, avant de lui donner à manger comme ça je peux lui donner un Doliprane® avant de manger. Ouai donc ça dépend mais en gros toutes les 4 heures. Ça dépend de son état. »*

Nous remarquons qu'un sentiment d'inquiétude apparaît chez certains parents devant une récidive de température après traitement symptomatique. Il s'agit pour eux d'un échec de leur prise en charge.

E9. « *... mais au moment où c'est arrivé elle a vraiment enchainé la fièvre, pendant une semaine ça montait ça descendait, ça montait, ça descendait, y avait peut-être un jour de calme et hop ça repartait donc c'est vrai que ça nous a beaucoup beaucoup stressé que ça marche pas »*

Nous avons également noté une discordance dans le discours de certains parents sur la surveillance du chiffre de la fièvre qu'ils disent à la fois peu surveiller mais lorsqu'ils décrivent dans le détail leur prise en charge nous nous rendons compte de l'importance qu'a ce chiffre dans leur raisonnement.

E9. « *Euuuh non j'aime bien savoir combien y a mais je ne suis pas forcément figée sur le chiffre. Pour moi, passé 38°C elle a de la fièvre donc euh en dessous ben ça ne m'inquiète pas particulièrement. Donc non c'est pas le chiffre en lui-même sauf si vraiment ça monte entre 39°C et 40°C là ça va m'embêter je vais surveiller énormément le chiffre. Sinon en premier lieu non c'est pas le chiffre c'est le fait qu'elle fasse ça, qu'elle ait de la fièvre. »*

La disparition de la fièvre ou la diminution du chiffre de température semble donc être un but important recherché par les parents ce qui les pousse à utiliser des mesures antipyrétiques diverses et souvent à contrôler précisément la température après ces actions. En effet sa persistance ou sa réapparition semble être un objet d'inquiétude.

(b) Trouver une explication à la fièvre

Le deuxième objectif de la prise en charge des parents mis en évidence pendant les entretiens est de comprendre pourquoi leur enfant est fébrile. Le besoin des parents de découvrir l'étiologie de la fièvre semble être central dans certaines prises en charge au domicile.

E2. « J'aurais pas pu deviner moi même que c'était l'antibiotique qui faisait pas son travail et du coup euuuh ça s'aggravait ce qu'il avait donc bon fallait bien qu'on me guide pour savoir ce qu'il avait et du coup quoi faire »

E1. « Ben trouver ce qu'il a ça me stresse. Il faisait de l'asthme et donc par exemple il toussait il avait de la fièvre on me disait c'est l'asthme et en fait il avait une gastro. Ou alors je leur disais je crois qu'il a une otite on me disait non c'est rien et en fait il avait une otite purulente. Donc bon savoir ce qu'il a c'est le plus compliqué »

Dans leur quête de l'étiologie de la fièvre, les parents s'appuient sur différents indices :

Le fait que la hauteur de la fièvre soit différente en fonction de l'étiologie est une croyance parentale que nous avons pu relever :

E5. « Je réfléchis par paliers c'est-à-dire, ce qu'il y a entre 38°C et 38,5°C je me dis que ça doit être une dent qui travaille, à partir du moment on attaque 39°C oui là je lui dis il y a quelque chose d'autre de plus grave »

La recherche de symptômes associés à la fièvre permet aussi d'orienter les parents vers une possible étiologie. Ils restent donc attentifs et recherchent ces signes pour les guider.

E9. « Bah euuuh. Ben disons que euuuh. La fièvre elle vient généralement après quelque chose. Ma fille je sais que si elle a été malade toute la journée ça va pas m'étonner si elle a de la fièvre qui va survenir derrière. Après si ça survient comme ça et qu'elle a rien eu du tout euuuh je surveille derrière si elle va pas faire des selles liquides, des boutons. Enfin généralement les boutons je sais que ça sort un petit peu après mais je surveille voilà si y a pas de signes, quelques chose, des plaques des rougeurs, si elle se plaint pas de quelque chose en particulier. »

E2. « si je vois qu'en avalant il a mal, si il touche ses oreilles, euh voilà , comment sont ses selles, de voir un petit peu tout ça et de contrôler ça permet de savoir quoi faire »

L'apparition de fièvre à différents moments de la journée et son intensité différente selon la prise le matin ou le soir permet de guider certains parents sur leur conduite à tenir.

E13. « après je sais qu'il y a une différence voilà de prise de température entre le matin et le soir, euh le soir elle est souvent plus importante que le matin euh voilà. Ca veut pas forcément dire que y a un truc différent mais je réfléchis pas forcément pareil selon le moment »

(c) Soulager l'enfant

Le troisième but des parents lors d'un épisode fébrile de leur enfant est de le soulager, d'obtenir une amélioration dans son état général quelle que soit l'étiologie ou la hauteur de la fièvre.

E13. « oui j'ai envie qu'il aille de suite mieux mais euh je sais pas pourquoi, c'est soit les dents soit voilà il y a plein de petites maladies bas d'enfants euh les rhino, les otites, les vaccins aussi qui peuvent provoquer des températures élevées, donc ce n'est pas la maladie en soi qui m'inquiète mais c'est l'envie de vite le soigner de vite, faire qu'il aille mieux »

Dans ce but, plusieurs parents prennent des mesures simples qui permettent une amélioration du confort de l'enfant. Le maintien de l'hydratation est une donnée qui semble importante.

E1. « Ha oui et quand il a de la fièvre de l'hydrate beaucoup pour qu'il soit bien et quand il boit pas j'y vais a la pipette jlui met des pipettes d'eau dans la bouche. Ca le fait être moins mal je pense »

D'autre part, l'alimentation représente le bien être ou du confort de l'enfant et semble surveillée particulièrement lors des épisodes fébriles :

E1. « Ben (je surveille) s'il mange savoir s'il va bien parce que lui quand il ne mange pas c'est que vraiment il va pas bien. Et du coup j'essaie de lui proposer ce qu'il aime pour qu'il se sente mieux s'il arrive à manger un peu»

(d) Surveiller les signes de gravité

Le dernier objectif des parents que nous avons relevé dans la prise en charge au domicile s'avère être la surveillance de l'éventuelle apparition de signes de gravité.

E11. « Après je surveille s'ils ont pas les marbrures on m'avait dit (rire) comme un quadrillage ou s'il deviennent pas bleus. Voilà si y a quelque chose qui m'inquiète si le comportement, je les vois fatigués juste fatigués ou si je les vois abattus ou vraiment quelque chose de pas normal dans le comportement. C'est vraiment ça qui prime, est-ce qu'il y a des signes que ça peut être grave quoi. »

2) Facteurs influençant les actions entreprises par les parents lors d'un épisode fébrile

Après avoir remarqué que les objectifs des parents devant un épisode fébrile étaient variés et guidait leur prise en charge, nous avons remarqué que certains facteurs relatifs à l'épisode fébrile pouvaient modifier les habitudes. Lors des entretiens nous avons pu mettre en évidence certains de ces facteurs comme l'intensité de la fièvre, l'étiologie ou l'actualité sanitaire avec l'épidémie de COVID 19.

(a) Actions différentes selon la hauteur de la fièvre

A la question posée « quelles sont vos habitudes quand votre enfant a de la fièvre ? », beaucoup de parents débutaient leur réponse en nous indiquant que leur action première dépendait de la hauteur de la fièvre.

E2. « Alors ben ça dépend de si c'est très haut ou si ça commence à 38°C »

E6. « Alors si c'est 38°C, je donne pas, j'attends de voir si ça descend, je réévalue une heure après voir si ça a augmenté, si ça dépasse les 38°C, 39°C là je donne un doliprane et je vois. Si je vois que ça reste à 38°C je laisse comme ça »

(b) Actions différentes selon l'étiologie supposée

A cette même question, certains parents répondent qu'ils modifient leur prise en charge selon l'étiologie qu'ils attribuent à l'épisode fébrile.

E2. « par exemple si c'est juste dentaire je vais éviter de donner du paracétamol »

E6. « Après, avant je me fais aux pleurs euuuh si c'était plutôt les dents je donnais de l'homéopathie en première intention sinon Doliprane® j'avoue »

Nous remarquons que lorsque l'épisode fébrile est attribué à une poussée dentaire certains parents ont une attitude différente de s'ils soupçonnent une infection ou toute autre étiologie. L'impression de ne pas vouloir utiliser le paracétamol, pourtant citée de nombreuses fois en première intention dans les habitudes de prise en charge, dans une fièvre attribuée aux poussées dentaires est une volonté exprimée par les parents comme s'il s'agissait d'une surmédicalisation de la fièvre dans ce cas.

(c) Comportement différent depuis l'épidémie de COVID 19

L'actualité sanitaire de l'année 2020 avec l'épidémie de COVID 19 modifie les réactions des parents. En effet, certaines habitudes sont bouleversées par de nouvelles informations ou nouvelles nécessités notamment celle de poser le diagnostic de manière précise pour éviter la contagion dans les collectivités. L'absence de diagnostic précis en s'assurant de l'absence de gravité n'est plus possible.

E5. « Là avec l'épidémie on a par rapport à la crèche s'il a eu des symptômes on est obligé de consulter directement les médecins eux parce que la crèche peut pas savoir si c'était lié au COVID ou non »

Cette épidémie et sa médiatisation accentue également l'angoisse de certains parents devant une fièvre.

E13. « La fièvre ça peut commencer à être dangereux pour un bébé donc il faut le surveiller et surtout en ces temps de COVID, ça peut être pire »

Enfin, la prise en charge de la fièvre est modifiée chez certains par les informations à grande échelle sur la potentielle dangerosité des AINS en cas d'infection à COVID 19.

E8. « Ces derniers mois avec ce qui s'est passé par rapport à l'Advil® et le COVID, c'est vrai que je n'ai pas été confrontée mais je sais pas forcément si j'irai sur ce terrain là maintenant. »

3) Prise en charge seul ou en couple ?

S'occuper de la fièvre au domicile entraîne des questionnements sur la prise en charge par un seul parent ou par les deux qu'il s'agisse d'un choix personnel ou d'une situation découlant du contexte familial comme par exemple dans les familles monoparentales.

(a) Avis mitigé sur prise en charge à deux

Les parents prenant en charge à deux ces épisodes fébriles ont exprimé des avis divers sur cette situation. Pouvoir passer le relai, se reposer sur le deuxième parent est un soutien évident pour certains.

E6. « Heureusement y avait son père parce que moi j'étais tellement stressée. L'angoisse de cette fièvre et de pas arriver à lui mettre un Doliprane® que j'ai passé le relai du coup. »

Mais la présence du deuxième parent peut-être, bien que soutenante, une source d'angoisse.

E9 « Donc des fois ça aide parce que quand je suis pas bien il est là pour soutenir mais bon des fois il va me stresser encore plus donc c'est mitigé. »

E1. « Ben c'est plus facile à deux, oui mais euh lui mais je sais pas comment ça s'appelle mais dès qu'il y a un problème il voit de suite le mal, un peu pessimiste ou hypocondriaque. Donc des fois ça aide pas beaucoup. »

(b) La prise en charge seul est compliquée

Plusieurs mères interrogées se sont exprimées sur la difficulté de cette solitude face à la fièvre de l'enfant qu'il s'agisse de leur propre situation ou celle de leur conjoint, d'une situation ponctuelle lors de la garde ou de leur situation familiale.

E6. « Globalement pour avoir été beaucoup seule après mon divorce c'est quand même plus simple d'être deux. Il va y avoir toujours quelqu'un qui va prendre le relais ou le dessus de l'angoisse de l'autre et on va arriver à mieux gérer, seul c'est vraiment dur, on peut vite paniquer ».

E4. « Souvent il est seul quand y a un pépin parce que c'est lui qui le garde quand je travaille et du coup c'est difficile à gérer. »

B Recours médical

La deuxième phase de la prise en charge de la fièvre est le contact avec le monde médical. Nous avons traité les réponses des parents sur ce sujet en trois questions : Pourquoi ? Quand ? Qui ?

En effet nous avons pu isoler les attentes des parents de la consultation, puis le délai entre l'apparition de la fièvre et la consultation et enfin le type de professionnel de santé consulté ainsi que les raisons motivant ce choix.

1) Pourquoi consulter ? Quelle attente de la consultation ?

L'objectif attendu par les parents en consultant un médecin a été un sujet sur lequel nous avons obtenu des réponses variées. A la question « Qu'attendez-vous de la consultation médicale ? » nous avons isolé 4 types d'attentes des parents : l'obtention d'un diagnostic, la prescription d'un traitement curatif, l'élimination des étiologies graves et la réassurance parentale de manière globale.

(a) Consultation pour obtenir un diagnostic

Comme vu précédemment dans le but de la prise en charge au domicile, la mise en évidence d'une étiologie est essentielle pour certains parents. La consultation va donc permettre l'obtention d'un diagnostic.

E4. « (J'attends) d'avoir des réponses, j'aimerais bien savoir ce qu'il a, une fois que j'ai un nom je suis rassurée, qu'il pose un diagnostic. Après je suis rassurée. »

E3. « Et au bout d'un moment de voir un médecin ça permet de cibler un problème en premier, de savoir ce qu'il y a »

E2. « Quand il y a de la fièvre pendant 2 jours, comme je suis pas médecin, je peux pas voir la gorge les oreilles, donc quand j'y vais et qu'on me dit qu'il a une otite j'ai super confiance et c'est le but du médecin »

Nous observons donc que la pose du diagnostic motive la consultation médicale et permet à elle seule une réassurance parentale dans certaines situations.

(b) Consultation pour éliminer les étiologies graves

Pour certains parents, il s'agit, non pas de trouver l'étiologie et de poser un diagnostic mais d'éliminer des potentielles étiologies graves. Ces conclusions permettent également une réassurance parentale

E4. « Ben je suis hyper rassurée quand je sors du pédiatre parce que je l'ai vu après j'ai pas forcément le diagnostic parce que bon des fois on doit attendre. Mais le simple fait de l'avoir vu, ça va il a éliminé ce qui doit être grave ça me rassure. C'est le fait qu'il ait eu un contact médical qui me rassure. »

(c) Consultation dans l'attente de traitement curatif

Après la pose d'un diagnostic, l'attente d'un traitement curatif se fait ressentir pour certains parents et leur permet de repartir avec une ligne de conduite et un traitement à administrer.

E2. « Je me dis que je vais avoir les médicaments qui sont attribués pour cette maladie et puis et puis voilà, si ça passe pas qu'il supporte pas, ben ça sera l'antibiotique »

E11. « beeen souvent un diagnostic quoi qu'on me dise pourquoi y a la fièvre et surtout d'avoir un traitement approprié. Est ce qu'il y a une otite, une angine, une gastro, de savoir comment le soigner quoi »

E15 « *Ben voir ce qu'on peut faire, voir si on fait ce qu'il faut, si on peut utiliser des méthodes plus fortes ou des médicaments plus forts pour faire baisser la fièvre. »*

L'apport d'un traitement spécifique à une pathologie mise en évidence semble être un élément central à la fois dans la prise en charge des parents et dans leurs attentes de la consultation. Cela leur permet de se focaliser sur la thérapeutique plutôt que sur l'inconfort actuel de l'enfant.

(d) Consultation pour réassurance

Même si l'attente ultime des consultations médicale est la réassurance, elle peut être acquise comme décrit précédemment par le biais de l'obtention d'un diagnostic, de l'élimination des étiologies graves ou de la mise en place d'un traitement curatif. Cependant certains parents expriment une attente de réassurance comme objectif principal de cette consultation.

E12. « *Vraiment me rassurer, je veux dire moi je ne laisse pas ça là et puis il peut peut-être me donner des conseils que je connais pas, c'est mon premier enfant j'ai besoin qu'il me rassure »*

2) Quand consulter ?

Le délai de consultation diffère selon différents facteurs comme les habitudes des parents ou les caractéristiques de l'épisode fébrile actuel.

(a) Consultation immédiate systématique

Certains parents consultent dès l'apparition de fièvre, sans délai. La visite chez le médecin est systématique dans tout épisode fébrile.

E8. « *A partir du moment où il avait de la fièvre ça me ça me pousse à aller consulter de suite. »*

« *Ma première préoccupation c'est que mon enfant soit vu par un professionnel je vais pas penser à quelque chose de grave c'est juste au cas ou si c'est grave j'ai besoin que quelqu'un intervienne rapidement. »*

E1. « De toute façon en général dès qu'il a de la fièvre je l'emmène chez le médecin. »

E16. « ben quand elle est vraiment petite je pense qu'on y allait vraiment tout de suite, dès qu'elle avait un peu de fièvre, après on a eu les spasmes, donc on y allait tout de suite, parce qu'on avait peur (rire). »

(b) Consultation si chiffre de la fièvre élevée

Si certains parents expliquent ne pas consulter systématiquement lors d'un épisode fébrile, l'élévation du chiffre de la fièvre au-dessus d'un seuil qu'ils estiment important entraîne un contact médical.

E7. « -Je la ramène au docteur si elle a 40°C, 39°C.
-C'est-à-dire que vous l'amenez en fonction du chiffre ?
-Ben oui à 38°C je l'amène pas. Y a que à 39°C ou à 40 °C que je l'amène »

E13. « s'il dépasse une certaine température par contre je vais consulter. »

E5. « ben voilà quand je vois que par exemple il y a encore 39°C ou plus alors que je lui ai donné du doliprane toute la journée là je me dis il faut faire autre chose. »

(c) Consultation si persistance de la fièvre

Certains parents s'octroient un délai de prise en charge autonome avec de consulter si l'état fébrile persiste au-delà de ce délai. La plupart parlent d'une durée allant de 24 heures à 2 jours.

E6. « Euh maintenant j'attends 24 à 48 h pour voir comment ça se passe si ça augmente plus de 38°C, si ça part, si y a d'autres trucs. J'attends ouais 24 à 48 h pour aller voir un médecin si vraiment ça persiste. »

E5. « J'attendais 48h on va dire si c'était le week-end je laissais passer le week-end enfin en fonction du comportement aussi je laissais passer le week-end je voyais a peu près si le lundi matin je voyais que ça s'améliorait pas ou que c'était une légère baisse mais pas assez satisfaisante je retournai enfin je vais je vais consulter le médecin . »

E2. « *Maintenant si au bout de 2 jours il a encore de la fièvre je n'hésite pas à consulter un médecin. »*

E11. « *alors euh bon tout dépend de quand tombe la fièvre mais généralement au bout de 24h de fièvre je décide d'aller consulter un docteur. »*

(d) Besoin d'un avis téléphonique immédiat plutôt qu'un rendez-vous moins rapide

Plusieurs participants nous ont parlé du pouvoir rassurant des consultations téléphoniques immédiates plutôt que d'attendre un rendez-vous en présentiel avec le médecin même si celui-ci est rapide. Cet appel permet aux parents d'avoir une conduite à tenir, de se rassurer sur leurs démarches au domicile et de pouvoir attendre sereinement la future rencontre.

E6. « *Mais y a un truc qui est rassurant c'est qu'on appelle sa secrétaire, elle prend des notes elle dit pas de soucis et elle dit «il vous rappelle » et quoi qu'il arrive on sait qu'il rappelle même si c'est dans 4 heure il rappelle. Pour dire : Ok ok vous faites ci ou ça en attendant et on se voit demain. Avoir un retour, un recours rapide pour un conseil parce que t'es seul chez toi t'es inquiet. »*

E9. « *Quand la hauteur de la fièvre dépasse les euuh déjà au bout d'une journée non stop avec de la fièvre déjà je sais que j'appelle mon médecin je lui en parle au téléphone et généralement elle me dit d'attendre un petit peu et si vraiment ça perdure de la rappeler généralement une journée de plus. Elle me dit souvent d'attendre 2 jours mais bon je préfère quand même appeler au cas ou au bout d'une journée non-stop de fièvre. »*

3) Qui consulter ?

Le type de professionnel de santé consulté est différent selon les parents et selon certains facteurs comme la disponibilité des médecins et les caractéristiques de l'épisode fébrile actuel. D'autre part, le recours non habituel aux urgences se fait pour des raisons variées qui ont été évoquées par les parents.

(a) En fonction des habitudes et des disponibilités des médecins

Nous avons tout d'abord remarqué que les parents consultent en fonction de leurs habitudes et des disponibilités des médecins.

Certains privilégient la consultation chez le pédiatre qui suit l'enfant mais le manque de disponibilité du spécialiste les amène à se rabattre vers une consultation chez le médecin généraliste auprès duquel il est plus facile d'obtenir un rendez-vous rapide.

E13. « *je vais consulter le pédiatre s'il est disponible, malheureusement j'ai pas la chance d'avoir un pédiatre disponible donc c'est le, principalement le médecin généraliste.* »

E1. « *En premier j'appelle le pédiatre et si elle ne peut pas le recevoir j'amène au médecin traitant, le premier qui a un rendez-vous quoi mais souvent c'est le médecin généraliste le premier* »

E11. « *Qui, ben honnêtement en prime abord le pédiatre maintenant selon les disponibilités, les horaires de travail le généraliste.* »

D'autres privilégient la consultation chez le médecin généraliste surtout lorsqu'ils ne jugent pas qu'il y ait une urgence aigue qui les pousserait à consulter aux urgences.

E12. « *si elle n'est pas trop mal mais elle ne supporte plus ou moins bien la fièvre, moi j'attends de voir le médecin traitant* »

Pour les mêmes soucis de disponibilités relevés avec le pédiatre, la permanence médicale s'avère être un recours pour les parents si le médecin généraliste n'est pas disponible ou que leurs horaires de travail ne permettent pas d'obtenir un rendez-vous sur les plages horaires habituelles.

E8. « *Maintenant qu'on a une permanence médicale à côté si le généraliste par rapport à son planning n'est pas disponible ou qu'il est déjà fermé comme c'est le cas le samedi ou le soir, ben je vais à la permanence médicale* »

Certains parents privilégient, eux, une consultation avec n'importe quel professionnel de santé pour obtenir une consultation rapide, le type de professionnel passant en deuxième ligne.

E6. « *C'est euh surtout de trouver un professionnel de santé qui va pouvoir me prendre rapidement plutôt que de rester avec mon enfant qui a de la fièvre sans savoir quoi faire. Après qui, ça dépend du plus rapide justement.* »

Enfin, certains parents ont pour habitude de consulter directement aux urgences lors des épisodes fébriles de leurs enfants. Ils expliquent leur choix par la facilité et la rapidité de consultation ainsi que la compétence des urgentistes.

E7. « - *Et vous l'amenez ou ?*

- *Aux urgences direct.*

- *Toujours aux urgences ? pour quelles raisons ?*

- *Quand la fièvre baisse pas. Je l'amène à l'hôpital. Quand je vois que ça baisse pas du tout qu'il faut voir le docteur c'est urgences direct, la nuit par exemple comme ça m'est arrivé avec la grande ben je lui ai mis un suppo je lui ai fait la douche ça baisse pas. ça baisse pas je l'ai amené à l'hôpital.*

- *Et si c'est la journée vous consultez ou ?*

- *Aussi aux urgences*

- *Pourquoi ?*

- *Parce que y a pas de rendez-vous et que j'ai pas besoin d'attendre et c'est des bons médecins aussi. »*

(b) Consultations aux urgences non habituelles mais motivées par certains facteurs

Certains parents ne consultent pas habituellement aux urgences mais vont s'y rendre dans certaines situations.

Un comportement de l'enfant inquiétant, des signes jugés graves par les parents sont un motif de changement des habitudes et de recours aux urgences.

E10. « *Le comportement, si genre il vomit ou quoi euh par exemple euh il se met à trembler voilà des choses comme ça oui ça me ferait très peur ça me ferait vite partir à l'hôpital. »*

E12. « *si au bout d'une journée ou 2 euh elle est complètement fatiguée, qu'elle mange pas et qu'elle est déshydratée, je consulte aussi, mais directement aux urgences si ça devait arriver. »*

Un épisode fébrile avec des chiffres de fièvre élevés peut également être un motif d'inquiétude et de consultation directement aux urgences.

E13. « *c'est à partir de 40°C que je m'inquiète, voilà c'est arrivé une fois donc je suis directement allée aux urgences »*

Un sentiment d'abandon, de solitude et d'impuissance a été décrit par plusieurs parents comme motivation dans la consultation aux urgences. Il s'agit d'une conjugaison d'angoisse, du sentiment d'être seul face à une situation compliquée et de ne pas avoir de recours possible. Les urgences apparaissent alors comme la seule solution même si les parents avouent ressentir qu'elles ne sont pas totalement adaptées. Il s'agit d'un moyen de réassurance, d'une source de conseils lors d'un moment de panique et d'impuissance.

E6. « *Je comprends que les parents aillent aux urgences parce que pas de recours, pas de retour du pédiatre, pas de conduite à tenir en cas de forte fièvre, stress donc je comprends totalement »*

E1. « *j'ai appelé le SAMU juste pour avoir des conseils hein parce que c'était la première fois mais jvoulais pas l'amener aux urgences hein c'était un samedi c'était juste pour savoir ce qu'il fallait que je fasse et jme suis faite renvoyer bouler par le médecin alors que je demndais simplement un conseil donc voila jme rappelle, j'étais en panique jme suis dit ben jvais aller aux urgences. »*

E5. « *Quand il a fait l'épisode de la roséole là où il est en fait il avait de la fièvre en mettant sous Doliprane® je me suis même dit je vais finir par l'amener aux urgences parce que je sais plus comment faire pour faire tomber la température, j'avais pas de solution»*

IV. Sentiments des parents

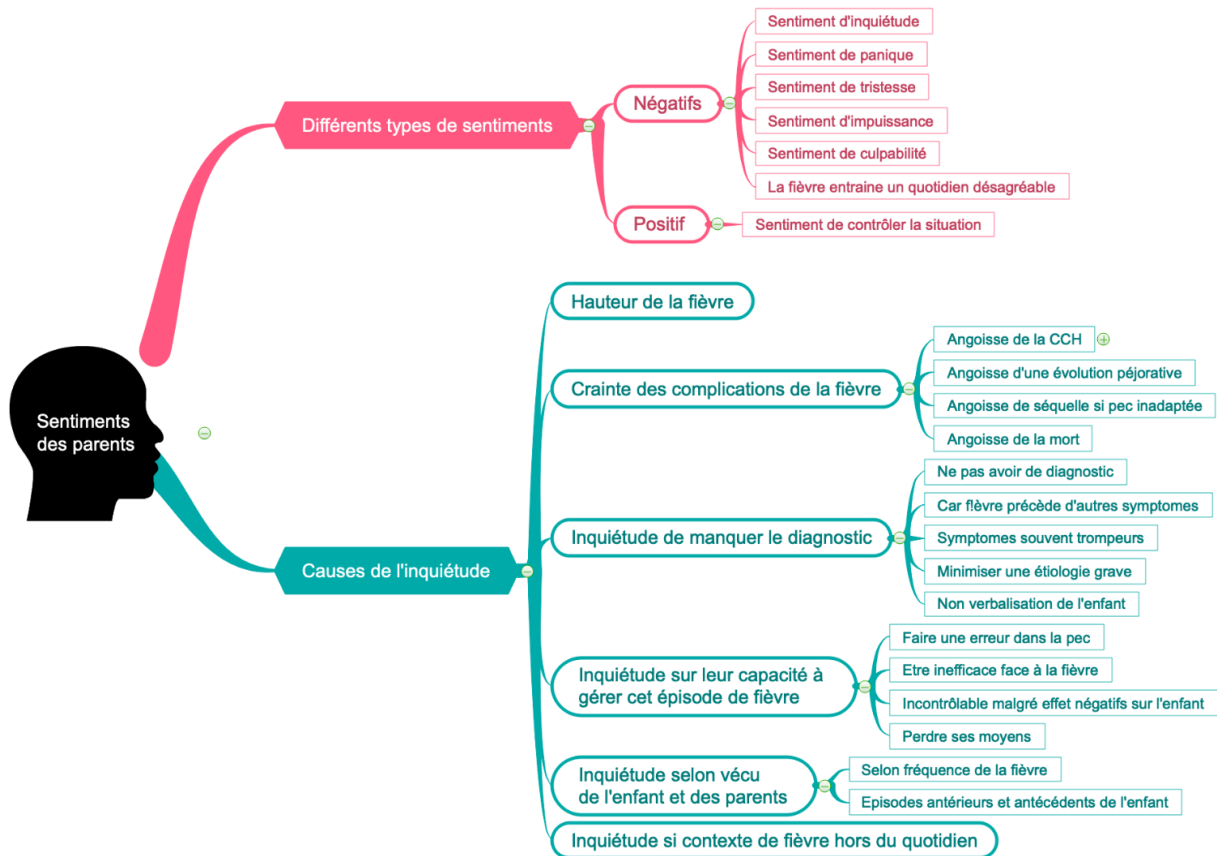


Figure 6 : Sentiments des parents

Les sentiments des parents devant un épisode fébrile de leur enfant est un sujet clef de notre étude. Les écouter exprimer leur ressenti personnel et les conséquences sur leur quotidien était un but central de cette thèse.

A Différents types de sentiments

Les sentiments exprimés par les parents sont variés, nous ne retrouvons pas uniquement du stress et de l'anxiété. Par contre, la plupart sont à connotation négative.

1) Négatifs

Les sentiments négatifs dominent chez les parents. En effet, à la question « que ressentez-vous lorsque votre enfant a de la fièvre ? » nous avons obtenu différents types de ressentis mais en majorité représentés par des émotions négatives.

(a) Sentiment d'inquiétude

Le sentiment dominant de certains parents interrogés était l'inquiétude. Cette inquiétude qu'il « arrive quelque chose » à leur enfant, que la situation s'aggrave les alertes, à l'affût de toute aggravation ou apparition de signes quels qu'ils soient et crée une situation de stress.

E9. « *Je suis toujours un peu stressée (rire). Le sentiment qui domine c'est quand même le stress je me sens presque malade aussi et c'est vrai que quand elles ont de la fièvre la nuit je dors très très mal j'ai besoin de vérifier souvent si ça va voila (rire) l'instinct maternel.* »

E6. « *Ben de suite je me dis Alala il couve quelque chose qu'est-ce que ça va être. Est-ce que ça va être une otite, une maladie infantile. Alala... Ca devient une inquiétude. Une inquiétude qu'il lui arrive quelque chose.* »

E10. « *Ah je me sens pas bien je les surveille je reste à côté j'ai peur que là, ça augmente. J'ai peu que l'état s'aggrave donc je suis très vigilante je reste vigilante* »

Ce ressenti était attendu d'après les précédentes études réalisées avec notamment la fameuse « Fever Phobia ». Nous avons cependant pu faire préciser aux parents les raisons, les causes de leur inquiétude que nous détaillons par la suite.

(b) Sentiment de panique

Certains parents ont décrit un sentiment plus intense qu'une inquiétude et parlent d'une véritable panique. Cette panique est d'autant plus importante qu'il s'agit des premiers épisodes fébriles de l'enfant.

E6. « Je suis hyper stressée, c'est ce que je dis à toutes mes collègues, moi je perds tous mes moyens, je suis plus infirmière je suis une maman complètement paniquée et rien de plus donc ... »

E5. « Au début c'était une catastrophe, je me disais mon dieu il a de la fièvre comment je vais faire »

E1. « Alors au début dès qu'il avait de la fièvre je paniquais complètement »

(c) Sentiment de tristesse

D'autres expriment plutôt la tristesse de voir leur enfant fébrile, qu'ils sentent affaibli avec un comportement inhabituel. Même sans inquiétude particulière, ils se sentent littéralement tristes.

E4. « Après à 2 ans il est plein de vie vous imaginez bien donc quand il commence à se poser et à plus parler et à chouiner pour rien voire à plus rien dire ça me mine, j'en pleurerais »

E14. « Ben j'ai de la peine pour lui surtout quand il est tout petit »

E12. « Ah bah je suis que je suis toute malheureuse (rire), je suis pas bien »

(d) Sentiment d'impuissance

Le sentiment d'impuissance devant la fièvre d'un enfant a été cité plusieurs fois. Il s'agit de la sensation ne pas pouvoir le soulager, de ne rien pouvoir faire pour qu'il se sente mieux ou tout simplement de ne pas savoir quoi faire.

E4. « On se sent pas bien parce qu'il sont mal et le plus souvent, il y a peu de moyens de les soulager à part leur donner du doliprane donc on a pas l'impression de pouvoir faire grand-chose. On se sent impuissant à les aider. »

E6. « Sinon une fois il avait 4 mois c'était terrible il arrivait pas à se calmer, il pleurait il pleurait, il se tendait de douleur, et il avait de la fièvre. On n'arrivait même pas à donner le Doliprane®, on savait plus quoi faire »

Ce sentiment d'impuissance peut aussi se faire ressentir lorsque les parents ne sont pas présents auprès d'un enfant fébrile. Cette absence marque franchement l'impossibilité d'aider l'enfant.

E4. « ça arrive souvent quand je dois partir bosser sinon c'est pas amusant donc euuuh je passe toute ma nuit au téléphone savoir comment il va quoi »

« Et en plus de pas être la ça m'angoisse encore plus, ça arrive souvent quand je travaille »

(e) Sentiment de culpabilité

Dans certains situations les parents peuvent se sentir coupables. Il peut s'agir d'une culpabilité par rapport à l'état de leur enfant, la peur d'avoir mal agi, de s'être trompé ou d'avoir involontairement créé cette situation.

E11. « Du coup j'ai appelé le Samu, vraiment j'avais paniqué. Je me sentais tellement coupable, je me disais que j'avais dû faire un truc pas bien pour qu'elle ait 39°5 comme ça en vacances. »

D'autre fois il s'agit d'une culpabilité par rapport aux actions menées lors de l'épisode fébrile comme une consultation jugée trop tardive ou un soulagement de l'enfant non satisfaisant.

E6. « Ouais jme suis dit en fait t'as attendu, il souffrait le martyr d'ailleurs le médecin a dis « ben pétard il est costaud ça a du lui faire sacrément mal. ». J'ai tellement culpabilisé de pas l'avoir mené avant »

(f) La fièvre entraîne une diminution ponctuelle de la qualité de vie

Enfin, nous avons pu mettre en évidence un dernier type de sentiment qui n'est pas un ressenti propre des parents mais la conséquence globale d'un épisode fébrile de l'enfant. Cette situation qu'elle soit grave ou non entraîne une détérioration ponctuelle de la qualité de vie de la famille, un quotidien qui devient désagréable

dans son ensemble. Ce sentiment global influe sur le ressenti des parents et accentue le côté négatif de la fièvre.

«E4. « Le soir la fièvre elle montait bien mais après c'est tout ce qui est lié : les vomissements les nuits pourries, les repas qui se font pas et la température qui descend pas, la tension, le stress... »

« Et par exemple tous les épisodes de rhume qu'on a eu. C'est bête, c'est rien un rhume mais sauf qu'il a la sucette donc il s'étouffe à chaque fois. La nuit est est HORRIBLE. Si c'est pas lui c'est moi qui la passons assis sur le canapé pour surveiller s'il respire. Donc si c'est comme ça pour un rhume sans fièvre vous imaginez quand il a de la température ? »

2) Positifs : sentiment de contrôler la situation

Malgré cette avalanche de ressentis négatifs nous avons pu isoler un père évoquant la fièvre comme une situation du quotidien avec le sentiment de contrôle de la situation sans inquiétude particulière.

E14. « ce qui me fait peur, ben rien, sauf si c'est très grave, euhhh, après ça ne me fait pas spécialement peur. C'est normal la fièvre quoi »
« Non, je suis pas stressé là dessus »

B L'inquiétude parentale lors d'un épisode fébrile a plusieurs causes

Comme précisé dans de nombreuses études antérieures et dans le paragraphe précédent, lors d'un épisode fébrile, l'inquiétude parentale est omniprésente. D'autres sentiments peuvent se manifester, mais le stress reste présent chez la majorité des parents. Dans cette partie nous avons essayé de comprendre les différents facteurs et situations qui créaient ou accentuaient l'inquiétude parentale.

1) Inquiétude selon hauteur de la fièvre

La hauteur de la fièvre déjà citée comme critère de gravité et comme facteur modifiant la prise en charge par les parents est de nouveau abordée comme facteur d'inquiétude par les parents.

La fièvre peut être considérée comme une réaction banale pour certains parents mais plus le chiffre de la fièvre qu'il vont lire sur le thermomètre va être élevé plus ils vont se sentir inquiets. On pourrait représenter cette situation comme une graduation de la vigilance, du stress en fonction de la hauteur du thermomètre. Les parents ne vont retrouver un ressenti détendu que lorsque la fièvre diminue.

E13. « *la fièvre c'est son corps qui se bat euh euh pour moi c'est une réaction normale après passé 39°C, 39,5°C de fièvre ça commence à m'inquiéter* »

E10 « *pour le chiffre, si ça montait ça m'inquiéterait* »

E5. « *à partir de 39°C je commence à m'inquiéter en fait à me dire je vais surveiller beaucoup plus, en dessous je suis plus calme* »

E11. « *je me sens euh tracassée sur le qui-vive. Parce que bon je vais surveiller, voilà tant que c'est pas baissé au moins un minimum puis après on va dire que c'est pas revenu à la normale je suis quand même, je les surveille beaucoup, je suis pas très détendue.* »

2) Crainte des complications de la fièvre

Nous avons pu identifier que la crainte des potentielles complications de la fièvre est une cause importante d'anxiété. Ces complications redoutées sont diverses, réelles ou découlant de certaines croyances.

(a) Angoisse de la convulsion fébrile

Dans les entretiens, l'angoisse de voir son enfant convulser a souvent été au centre du stress parental. Cette angoisse n'était pas forcément sous tendue par une expérience passée ou de l'entourage mais plutôt issue d'une croyance, d'une information entendue à un moment et dont la nature inquiète tellement qu'elle est restée ancrée profondément. La crainte de la hauteur de la fièvre exprimée par certains parents peut aussi s'expliquer par cette peur de la convulsion si la fièvre dépassait un certain niveau.

E11. « *alors après, les convulsions je surveille pour qu'il y en ai pas mais bon c'est pas... oui bon je l'ai en tête mais bon. On me dit que oui et que non alors je me dis*

que faut pas non plus trop y penser mais j'ai en tête quand même cette histoire. Jme dis que bon ça a pas été inventé à la base donc même si mon médecin me rassure bon. Si je le verrais vraiment pas bien j'aurais peur qu'il se convulse »

E4. « -*Qu'est-ce qui vous fait peur ?*

-Qu'il convulse. Je dis à mon mari, s'il dépasse 39°5 ben tu tuuu Appelle le SAMU tant pis quitte à paraître pour des fous tant pis c'est pas grave. Moi je veux éviter les convulsions à tout prix. »

Certains parents avouent ne pas être très informé sur le sujet et peuvent même se demander s'il s'agit d'une rumeur ou d'un vrai risque. Même dans ce cas où la connaissance est très vague, les convulsions ont été citées parmi les craintes devant un épisode fébrile.

E5. « *J'avais entendu parler d'une chose mais j'en ai entendu parlé qu'une seule fois quand j'étais enceinte du coup ça m'a marqué c'était les convulsions chez les bébés si ils ont beaucoup de fièvre sauf que je ne sais pas si c'est réel »*

(b) *Angoisse d'une évolution péjorative*

D'autres parents nous parlent d'une crainte que « quelque chose se passe ». Ils ne savent pas décrire l'objet réel de leur inquiétude mais pour eux la fièvre est un symptôme qui peut engendrer des complications de manière globale et c'est cette évolution éventuelle dans son ensemble qu'ils craignent

E10. « *Bah je sais pas, j'sais pas, j'ai peur, je sais pas, quand ils sont malades je suis pas bien j'ai peur en fait, je sais pas franchement je sais pas du tout. Je suis plus inquiète j'ai peur que ça dégénère »*

« j'ai peur que ça s'aggrave que c'est quelque chose de grave et tout ça »

E12. « *elle a eu une grosse rhino c'est toujours le cas d'ailleurs, elle veut pas partir, et quand elle a eu de la fièvre, je me suis demandé si ça allait pas se transformer en bronchiolite et je me suis demandé si on n'allait pas finir à l'hôpital, j'ai peur qu'elle soit déshydratée que elle prend pas forcément facilement de de l'eau au biberon donc euh c'est tout ce qui tourne autour c'est surtout ça qui fait peur. »*

E15. « *Euh rien de précis, mais euh, il y a pas quelques chose de précis, c'est que ça passe pas, et de grave complication, qu'il perde connaissance, et que ça soit très très grave. »*

(c) *Angoisse de séquelles si prise en charge inadaptée*

Une maman nous a confié être très inquiète de possible séquelles que la fièvre pourrait laisser à sa fille si elle ne la prenait pas en charge de manière adaptée. Elle exprime une croyance qui serait que si la fièvre persiste et reste à un niveau élevé sa fille pourrait en garder des traces à vie.

E7. « *- C'est-à-dire que j'ai peur, j'ai lu des articles sur des fièvres c'est-à-dire que les conséquences sont trop dures si on fait pas attention, si on donne pas le doliprane, si on...Par exemple je me dis dans ma tête elle va être handicapée si la fièvre va pas descendre à 37°C, 36°C.*

*-vous avez peur que si ça reste trop haut elle ait des séquelles ?
-Oui c'est ça. »*

(d) *Angoisse de la mort*

Nous avons également mis en évidence une angoisse de la mort de l'enfant si la fièvre n'était pas contrôlée. Ce sentiment, extrême, que nous n'avons pas réussi à faire expliquer plus en détail lors de cet entretien, explique évidemment la possible panique en découlant.

E7. « *(je me sens) Pas très bien, parce que je crois que dans ma tête elle va mourir, tout est mauvais »*

3) *Inquiétude de « passer à côté » de quelque chose*

La deuxième explication à l'inquiétude parentale s'exprime par la peur de rater, de ne pas voir un signe, un élément important qui changerait l'évolution ou la prise en charge.

(a) Angoisse de ne pas avoir de diagnostic

Le fait de ne pas connaître l'étiologie de la fièvre entraîne un stress chez les parents. L'inconnu entraîné par cette situation les pousse à une surveillance constante de peur qu'un diagnostic grave se révèle finalement.

E9. « *fin c'est pas le stress qu'elle ait une maladie infantile c'est le fait de ne pas savoir ce qu'elle a. Donc c'est surtout ça qui est un peu stressant. C'est l'inconnu qui est stressant.* »

E12. « *En c'est surtout le fait de pas savoir parce que quand on sait même si c'est grave on peut faire en sorte de régler le problème de la soigner alors que si on sait pas ça peut encore s'aggraver enfin surtout dans cette idée là en fait.* »

Ce sentiment s'exprime également lors du retour à domicile après un contact médical ou le diagnostic n'a pas été posé expressément. Savoir que l'enfant va bien n'est pas suffisant car si on ne connaît pas la raison de son état fébrile, il pourrait se dégrader et s'aggraver à tout moment.

E11. « *Ben là où je suis moins rassurée c'est quand je ressors que y a pas de diagnostic posé ou que c'est un peu flou. Ça peut arriver par exemple si je les ai mené trop tôt* »

Certains parents ressentent même un sentiment d'abandon de la part du corps médical lors du retour à domicile sans diagnostic où ils se sentent démunis.

E9. « *Ce qui nous a le plus stressés c'est de pas savoir et qu'à chaque fois ils nous renvoient à la maison, qu'ils ne veulent pas la garder c'est ce qui nous a le plus stressé. On s'est dit bon ils nous laissent face à ce qui se passe voilà quoi. C'est ce qui nous a le plus stressé parce qu'on s'est dit bon on peut repartir mais elle va ptetre se mettre encore a parce qu'elle vomissait aussi, j'ai oublié de vous dire elle vomissait donc on était en stress à ce niveau-là. De nous renvoyer comme ça alors qu'eux même ne savait pas ce qui allait et ce qui n'allait pas quoi.* »

(b) Inquiétude car la fièvre précède d'autres symptômes.

Le sentiment de devoir être sur le qui-vive et de devoir faire attention à l'apparition d'autres symptômes entraîne également une inquiétude. La fièvre étant vécue comme un signe d'alerte qui prévient qu'il va se passer quelque chose.

E6. « *Ha bah moi c'est celui-là qui domine, déjà de base je suis quelqu'un d'inquiet mais la fièvre ça me montre qu'il y a quelque chose qui se trame haha et qu'il faut que je surveille bien tout* »

(c) Inquiétude car symptômes souvent trompeurs

Certains parents expliquent leur inquiétude par la sensation que lors des épisodes passés, les symptômes exprimés par leur enfant ont été trompeurs. Ils présageaient selon eux d'une étiologie qui au final n'était pas le diagnostic posé.

E3. « *Ils avaient très très très mal à la tête et ils vomissaient en même temps avec beaucoup de fièvre et finalement ils avaient rien de spécial et d'autre fois il y avait la fièvre qui descendait pas et ils avaient mal au ventre et en fait ils avaient des otites.... et ça m'a fait me rendre compte que souvent c'était assez trompeur et qu'on sait pas trop ce qu'ils ont.* »

E6. « *Il a eu une grosse grosse otite, il avait beaucoup de fièvre et moi j'ai jamais pensé que ça pouvait être l'otite mais alors jamais et j'ai paaaas, j'ai donné du doliprane et j'ai attendu el lendemain et j'pense qu'il a percé le tympan et j'pense qu'il aurait fallu que je l'amène mais il me disait pas qu'il avait mal à l'oreille* »

E3. « *Ce qui me fait peur c'est de passer à côté de quelque chose. En fait généralement je me suis rendue compte que là où ils avaient mal c'est pas là où ils avaient un problème surtout quand ils étaient petits.* »

(d) Inquiétude de minimiser une étiologie grave

La peur de minimiser l'importance ou la gravité d'un épisode fébrile s'avère être une autre cause d'inquiétude. La réassurance est entravée par la pensée que, même si l'enfant n'est pas dans un état grave actuellement, il est toujours possible qu'une pathologie dangereuse pour lui se développe et qu'il ne dispose pas de la faculté d'exprimer ces éléments de gravité.

E5. « *on se demande qu'est-ce qu'il a, vu qu'on n'est pas dans son corps on n'arrive pas à, on se dit est-ce que je vais pas rater quelque chose est-ce que je vais pas passer à côté de quelque chose de grave comme j'sais pas une méningite ou quelque chose comme ça* »

« *Ben ça c'est en fait c'est de rater quelque chose de me dire est-ce que le docteur a bien vu ce qu'il y avait à voir est-ce qu'on n'est pas passé à côté de quelque chose de plus grave* »

E10. « *Bon heureusement à chaque fois que c'est arrivé Doliprane® et j'appelle le docteur je vais la voir et puis c'est jamais quelque chose de méchant, mais j'ai toujours peur, qu'il y a quelque chose, quelque chose qu'on a pas vu* »

(e) *Inquiétude due à la non-verbalisation de l'enfant*

Enfin, la non-verbalisation par un enfant jeune, n'ayant pas acquis la parole, d'une douleur ou d'un problème et son expression par des pleurs dont la signification peut être difficilement compréhensible par les parents entraîne une situation souvent anxiogène.

E6. « *L'âge, et le fait de pas avoir un vrai contact. Quand on arrive avoir le contact, le lien et que l'enfant arrive à comprendre à nous dire où il a mal si ça va, comment il tolère la température ça va, il y a un lien. Quand c'est que les pleurs c'est très compliqué.* »

La fièvre est donc un élément ressenti comme signe d'alerte, parfois trompeur pouvant être associée à des pathologies variées dont certaines graves peuvent être à tort éliminées. Associé à la non-verbalisation de l'enfant jeune cette vision de la fièvre est une explication fondamentale à l'inquiétude parentale lors d'un épisode fébrile.

4) *Inquiétude sur leur capacité à gérer cet épisode de fièvre*

Après des éléments liés à la fièvre elle-même, nous avons relevé une inquiétude des parents créée par leur capacité personnelle à prendre à charge un épisode fébrile.

(a) Inquiétude de faire une erreur dans la prise en charge

Lors de la prise en charge initiale après découverte d'une fièvre chez l'enfant, certains parents se questionnent sur l'attitude à adopter. Quels éléments prendre en compte pour guider l'attitude adéquate ?

E8. « *Oui ma première préoccupation ça va être de me dire : qu'est-ce que je peux lui donner ? Comme il va sans dire que je ne suis pas médecin et que selon ce qu'il a, il faut pas donner certaines trucs ça fait réfléchir, hésiter...* »

(b) Inquiétude d'être inefficace face à la fièvre

L'absence d'efficacité des thérapeutiques mises en place par les parents est également une source d'anxiété. Dans cette situation, l'efficacité des méthodes mises en place se juge sur la disparition de la fièvre, le chiffre de la fièvre se retrouvant de nouveau à une place centrale dans la réflexion parentale. Mais que faire si la fièvre persiste malgré tout ?

E5. « *On parlait des convulsions tout à l'heure je remets ça parce que voilà c'est vraiment quelque chose qui qui me fait euh qui me fait peur parce que je sais pas quoi euh je sais pas comment expliquer ça je sais pas comment réagir si les moyens que je mets en place ne suffisent plus et que la fièvre descend pas, je fais quoi ? j'attends de voir s'il convulse, c'est pas possible quoi.* »

(c) Anxiété incontrôlable malgré les effets négatifs sur l'enfant

Certains parents remarquant que leur inquiétude entraîne des réactions négatives sur leur enfant mais avouent être incapables de s'apaiser pour autant.

E4. « *je pense que mon stress a moi a pas du arranger les choses mais j'ai énormément peur , j'y peux rien, j'arrive pas à... me calmer quoi* »

« *Je stresse trop et je m'en rends compte parce que quand j'arrive à un peu me détacher comme la fois dernière il a vomi tous les soirs pendant plusieurs soirs d'affilé et le troisième soir j'ai réussi à un peu me détacher moins paniquer et en fait je me suis rendu compte que le petit était plus calme , les premiers soirs quand il me voyait réagir il se mettait à hurler quand il vomissait c'est vraiment une éponge a*

émotions pour le coup ,et quand il me voit réagir tranquillement ben ça va mieux donc voila mais c'est compliqué quand même »

(d) *Perdre ses moyens du fait d'une inquiétude excessive*

La situation d'un enfant fébrile pouvant entraîner une anxiété importante peut faire perdre leurs moyens à des parents pourtant bien informés ou formés au sujet. Dans cette étude, deux personnes étaient issues du monde paramédical ou de la petite enfance et ces deux mamans avouaient être démunies lorsqu'il s'agissait de leur enfant malade et non d'une prise en charge au sein de leur métier.

E6. *« Je pense que ça peut être très très angoissant parce que même moi a moment donné quand y avait vraiment des grosses grosses température et que le petit était vraiment sans langage qu'il y avait que des pleurs et de hurlements même moi je perdais complètement mes moyens »*

« je suis hyper stressée, c'est ce que je dis à toutes mes collègues, moi je perds tous mes moyens, je suis plus infirmière je suis une maman complètement stressée et rien de plus donc ... »

E11. *« Ca veut pas dire qu'on gèrera mieux mais voilà. Moi c'est un peu mon métier donc j'avais des connaissances sur la fièvre mais comme je disais tout à l'heure franchement c'est pas pareil quand c'est sur mon fils »*

5) *Inquiétude selon le vécu de l'enfant et des parents*

Le vécu des parents, de l'enfant et de la famille modifie la prise en charge et le ressenti global des parents. L'inquiétude et les sentiments face a la fièvre diffèrent selon les épisodes antérieurs, les antécédents de l'enfant. Ils évoluent donc au fur et à mesure de l'expérience que se crée les parents.

(a) *Inquiétude selon la fréquence de la fièvre*

Au sein de familles où les enfants ont été peu souvent fébriles, l'apparition d'une fièvre entraine une inquiétude plus grande car les parents n'y sont pas habitués. Il s'agit d'un évènement hors du quotidien.

E8. « Par rapport à mes enfants qui ne sont pas habitués à avoir de la fièvre quand il en avait c'était clairement que c'était nécessaire d'aller voir le médecin »

« Parce que mes enfants ils n'ont pas l'habitude d'en faire, après peut-être que si c'était récurrent je j'aurais un autre comportement mais comme c'est très rare c'est vrai que je n'attends pas du coup à cause de ça. »

De même, les parents relèvent que le premier épisode fébrile de leur enfant les a marqués et qu'il diffère des autres par ce manque d'expérience et le jeune âge de l'enfant.

E11. « ce qui m'a le plus marqué vraiment le plus, c'est la première fièvre de ma fille, elle avait plus de 6 mois on était en vacances , elle m'a fait d'un coup 39°5 . »

Par la suite, on note une évolution du ressenti et donc de l'inquiétude avec l'expérience familiale. Au fur et à mesure des épisodes fébriles de l'enfant, les parents se disent moins inquiets.

E1. « Alors au début dès qu'il avait de la fièvre je paniquais complètement sur les premiers mois. En plus lui il fait de la fièvre souvent quand y a les dents qui sortent tout ça. Et maintenant on a un peu plus l'habitude, on panique moins on fait ce qu'il y a à faire. »

« Oui parce que déjà on panique moins, on réfléchit un peu plus et comme généralement c'est des choses qu'il a déjà fait. Parce que les premières fièvres quand ils ont 4 ou 5 mois c'est panique à bord et après on prend l'habitude donc on s'inquiète moins. On sait quand ça va et quand ça va pas. »

E11. « Ben oui en fait quand on l'a déjà vécu on panique moins, et ensuite ben on a vu que une fois ça s'est bien passé alors on se dit ça va aller, je crois qu'on stresse toujours mais on s'autorassure en fait. »

(b) Inquiétude en fonction des épisodes antérieurs et des antécédents de l'enfant

Selon les épisodes fébriles antérieurs et les éventuels diagnostics posés, les parents se comportent différemment par la suite. Certains symptômes ou situations vont d'avantage les inquiéter.

E6. « *Et du coup maintenant je fais un blocage sur l'otite. De suite je lui demande t'as mal aux oreilles ? (rire) »*

E11. « *Depuis ces pneumopathies franchement je suis sur le qui-vive sur cette pathologie, vu qu'elle en a déjà fait je surveille plus cet axe la , dès qu'elle tousse un tout petit peu je panique »*

Les antécédents médicaux d'un enfant comme une prématurité ou une pathologie sous-jacente va bien entendu accentuer l'inquiétude familiale lors d'un épisode fébrile. Cette anxiété est compréhensible car certaines pathologies demandent en effet une prise en charge de la fièvre différente et les parents ont probablement été prévenus par les professionnels de santé a ce sujet.

E5. « *il était prématuré euh il est né à 34 semaines, mais par contre comme il était euh il était assez costaud il faisait 2 kilos 720 oui nous a dit ça va il est pas il est resté une semaine en neonat, mais ils m'ont quand même fait des piqûres pour les poumons et oui en fait on avait peur eux qui soit fragilisée au niveau de tout ce qu'il est respiratoire au final donc on s'inquiétait beaucoup pour les trucs comme la fièvre, la toux »*

6) Inquiétude si contexte de fièvre hors quotidien

Enfin, certains parents remarquent qu'ils sont plus anxieux lorsqu'un épisode de fièvre se déclare hors du quotidien, en vacances par exemple. Leurs habitudes et leurs réflexions sont modifiées par ce contexte inhabituel.

E11. « *ben c'était le contexte qui m'avait stressé, c'était un contexte de vacances, on était allés à la mer , on était revenus et je la trouvais bouillante, elle était pas bien j'avais vérifié, paf 39,5°C . Et là j'avais peur parce que c'était l'été et que j'avais peur*

qu'elle ait attrapé un coup de soleil ou de chaleur même si on était pas non plus allés vraiment au soleil. C'était pas comme d'habitude la réflexion quoi »

V. Informations et connaissances des parents à propos de la fièvre

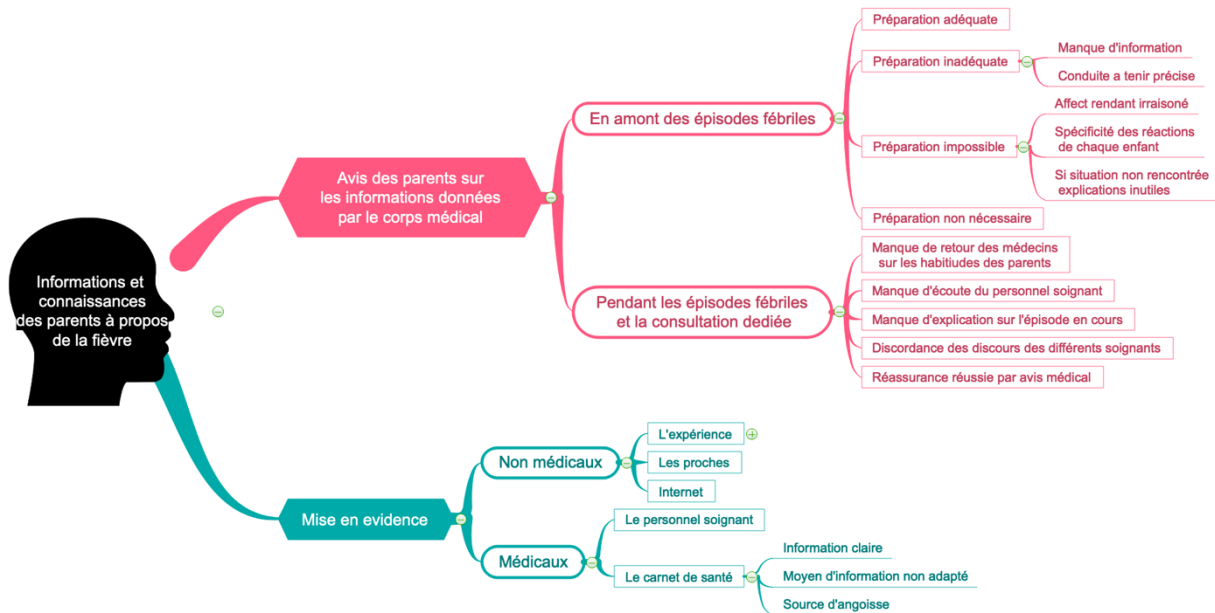


Figure 7 : Informations et connaissances des parents à propos de la fièvre

A Avis des parents sur les informations données par le corps médical

Nous avons demandé aux parents comment ils avaient acquis leurs connaissances sur la fièvre et leur avis sur les informations transmises par le corps médical. Les réponses sur ce sujet se divisent en deux parties : avant et pendant les épisodes fébriles

1) En amont des épisodes fébriles

En amont des épisodes fébriles, les parents avaient un avis différent sur la préparation à une éventuelle fièvre qui était faite par les médecins.

(a) Préparation adéquate

Certains estiment que cette préparation est adéquate, bien réalisée et utile.

E12. « *les informations qu'elle donne me paraissent cohérentes sur la fièvre , oui franchement c'est bien* »

E5. « *pour avoir vu plusieurs médecins différents déjà ils sont cohérents entre eux, ils expliquent bien ce qu'il va falloir faire si ça arrive » « sur la fièvre ça, ça reste assez cohérent »*

(b) Préparation inadéquate

D'autres trouve cette information initiale inadéquate pour des raisons diverses.

Le manque d'information après la naissance de l'enfant a été pointé par certains. Un guide sur les actions à entreprendre ou des explications simples auraient été les bienvenues.

E6. « *J'avais une autre pédiatre, elle m'avait vaguement dit... mais j'ai pas posé de questions non plus mais on m'a pas dit »*

« *Vite fait. A la maternité rien du tout. En plus par rapport à sa naissance tous les deux on avait de la température et là ils ont commencé à suspecter une infection mais ils me l'ont même pas expliqué sur le coup c'est moi qui l'ai compris de moi-même. Et on m'a jamais expliqué en cas de fièvre il faut faire ci il faut faire »*

E2. « *Euh moi je me sens à l'aise aujourd'hui, mais peut être que quand j'ai eu ma première à 23 ans j'aurai peut être aimé qu'on me guide un petit peu plus »*

E7. « *Non je trouve pas ça bien. Euuuh ils pourrait me donner des conseils pour ma fille parce que moi je sais pas. Je serais bien sur intéressée par des livres des choses sur les urgences ou quoi.»*

E16. « *Alors par exemple pour la première on a pas eu vraiment d'explication c'était vraiment succinct et ça aurait peut-être été bien d'avoir plus d'informations, et je trouve qu'on a pas forcément assez d'information non plus ni à la maternité ni après, euhhh, par contre pour la deuxième vue que c'était pendant le COVID, on a eu*

beaucoup beaucoup d'informations, et c'est pas forcément mieux parce que ça stress, donc un juste milieu des deux c'est bien (rire). »

Par ailleurs, même si certains avouent avoir obtenu des informations de la part des médecins, ils soulignent la nécessité d'avoir une conduite à tenir plus précise et des explications plus détaillées.

E5. « *C'est-à-dire que j'aurais aimé peut-être avoir plus d'informations sur eux par exemple nous dire voilà à partir de tant de température il faut s'inquiéter après si vous voyez tel signe ou tel ou tel symptômes ou bah inquiétez-vous ou ne vous inquiétez pas au contraire, être peut-être plus simple, avoir des informations un peu plus détaillées »*

E8. « *c'est en fait... c'est un petit peu le flou parce qu'on nous dit qu'avant 38,5°C c'est pas de la fièvre et du coup ça me perd... Voilà je trouve que la marche à suivre n'est pas forcément claire et nette et que c'est chaque parent qui voit un petit peu comment il veut réagir. »*

(c) Préparation impossible

Inversement, pour certains participants la préparation aux épisodes de fièvre par les médecins n'est simplement pas possible pour plusieurs raisons.

L'affect mis en jeu lors d'une situation où son enfant est malade et l'inquiétude qui en découle empêche selon eux de rester rationnel et d'appliquer les conseils pourtant mémorisés.

E4. « *Le pédiatre après il m'en parle beaucoup de la fièvre mais le problème c'est que moi je suis pas du tout rationnelle quand ça concerne mon fils c'est pas possible. Il me dit qu'il me répète toujours les mêmes choses mais que je n'écoute pas. C'est pas que je l'écoute pas c'est que j'y arrive pas c'est pas possible. On me donne les informations mais sur le moment où ça arrive j'arrive pas à les appliquer parce que je stresse trop »*

E9. « *Elle me dit souvent d'attendre 2 jours mais bon je préfère quand même appeler au cas ou au bout d'une journée non-stop de fièvre par ce que jsuis trop inquiète à attendre à la maison »*

La spécificité des réactions de chaque enfant a aussi été mise en avant pour justifier cette impossibilité de préparation. La prise en charge serait donc à réaliser au cas par cas ce qui empêcherait une conduite à tenir générale que les parents pourraient suivre.

E4. « *Ben le problème c'est que c'est tellement aléatoire la manière dont ils réagissent à la fièvre, les signes qui apparaissent etc ...je pense qu'ils sont aussi un peu démunis (les pédiatres). Y a tellement de manière de réagir a tout ça que bon ils peuvent nous filer des pistes mais après derrière c'est au cas par cas, en amont on peut rien faire »*

« *On peut dire des choses simples comme au-dessus de 38°5 vous donnez le Doliprane® parce que bon on regarde pas trop le carnet de santé c'est vrai mais après ça va être chaque enfant. Y a des petits à 40°C ils courent partout tous nus ils s'en fichent, moi le mien à 40°C c'est une loque par terre alors comment on peut faire des généralités avec ça. Ça va être tellement dépendant, les médecins ils peuvent pas deviner avant comment il sera notre enfant »*

E11. « *Ben avec les enfants et surtout j'ai pu voir que les deux enfants réagissent pas pareil, il régissent pas pareil et jme suis adaptée à chacun des deux enfants. Mon fils présente pas forcément les même signes que ma fille du coup je fais pas la même chose selon qui c'est qui a de la fièvre»*

Certains avouent également ne pas avoir été attentifs aux informations données par les médecins avant que l'épisode fébrile ne survienne. Pour eux avant d'être confronté au problème les explications ne seront pas utiles car non écoutées, comprises ou assimilées.

E4. « *Et toute façon tant qu'on n'est pas confronté on se rend pas compte, on a parlé mais ça reste subjectif, on écoute d'une oreille et on est pas concerné a l'instant. C'est une fois que ça arrive qu'on s'intéresse à ce qu'il faut faire. »*

(d) Préparation non nécessaire

Finalement, certains participants ne jugeaient pas nécessaire les explications médicales en amont de l'épisode fébrile.

E3. « Ben mon médecin m'en a jamais parlé avant d'être confronté au problème et après ben j'ai eu des informations en fait en face du problème qui pouvaient s'élargir sur d'autres questions plus tard. Après beeen y avait pas de besoin avant je trouve , c'était mieux d'attendre que ça se passe et d'expliquer après »

2) Pendant les épisodes fébriles et la consultation dédiée

Au cours de l'épisode fébrile et plus précisément de la consultation pour fièvre les retours des parents sur les explications données par les médecins sont variés.

(a) Manque de retour des médecins sur les habitudes des parents

Certains pointent le manque d'évaluation par les médecins des actions qu'ils ont mené au domicile au préalable de la consultation. Un retour sur cette prise en charge autonome permettrait une amélioration des pratiques parentales lors du prochain épisode fébrile.

E8. « j'ai pas de retour sur les épisodes de fièvre pour essayer de comprendre et peut-être qu'on me dise bah là avec ce qu'elle a eu ça aurait été bien il aurait fallu faire ça ça et ça pour avoir un retour sur si ça se représente comment réagir en fonction des symptômes mais euh et de la fièvre. Avoir un retour une fois que c'est passé, ça permet quand ça se représente parce que sauf cas exceptionnel en général ils refont toujours les mêmes choses très souvent donc voilà ça permet de pas stresser de pas encombrer le médecin dès qu'il y a moindre petit truc ou qui se gère très bien à la maison sans sans problème. »

(b) Manque d'écoute du personnel soignant

Le manque d'écoute des parents de la part des soignants a été soulevé. La sensation de ne pas être entendu, renforce les relations négatives entre les professionnels de santé et les parents, entraîne une perte de confiance et empêche de créer le lien qui permet une prise en charge optimale.

E8. « Euuuuuh attends je cherche mes bons mots. En fait je trouve que parfois c'est un peu trop minimisé. »

« Bah en écoutant un peu plus les parents parce que généralement nous on n'est pas médecins mais on sait quand notre enfant a quelque chose et ils ont tendance a pas trop nous écouter »

« Ben vraiment de prendre en considération ce que disent les parents. C'est vraiment ça. Moi j'ai pleins d'exemples ou je savais que mon fils était mal et les médecins voulaient pas m'écouter. Et en fait au final y avait quelque chose. »

(c) Manque d'explications sur l'épisode en cours

Certains parents étaient demandeurs de plus d'explications médicales lors des consultations pour essayer de comprendre la pathologie aigue de leur enfant. Ils demandent à être acteurs de la prise en charge plutôt que de recevoir une ordonnance à appliquer sans comprendre en profondeur la pathologie traitée.

E10. *« mais sinon c'est vrai que non quand on nous explique pas vraiment, on nous donne le traitement voilà et c'est tout c'est vrai que ouais je sais pas trop trop enfaite. »*

E6. *« bon mon autre pédiatre c'était un peu : y avait ce que j'amenais et y avait une réponse de suite immédiate et pas forcément d'explications vous pouvez faire ci vous pouvez »*

« Elle essayait pas de chercher plus loin que ce que j'amenais, elle m'a jamais dit bon il a 38°C ben c'est pas grave. c'était juste ha ben il a ça et ça. ben on va lui donner ça et c'est tout, j'allais juste la voir pour une ordo en fait.

(d) Discordance entre les conseils des différents soignants

Des conseils et consignes différentes selon les médecins consultés ont été décrites comme un frein à l'éducation parentale. Ces discordances inquiètent les parents. Ils se disent perdus et ne savent donc plus quoi faire.

E6. *« Après y aussi autre chose qui est inquiétant c'est le double... euh chaque pédiatre dit la sienne pour tout. Ça commence du nombril euh... du cordon à la maternité et ensuite pour tout, en cas de fièvre, s'il a soif...etc. Déjà là en général entre parents on se dit tous : « vous avez compris quelques chose ? non on a vu 4*

différents et les 4 ont dit un truc différents sans accorder leurs violons » donc déjà là c'est vraiment euh pas logique»

E9. « on nous avait demandé d'alterner avec de l'Advil® après on nous a dit de ne pas le faire parce que comme on savait pas trop ce qu'elle avait on nous avait dit finalement de pas le faire. »

(e) Réassurance réussie par avis médical

Soulignons tout de même après ces avis négatifs, que certaines consultations permettent réellement une réassurance. Les explications données par les médecins sont dans ce cas, claires, comprises et reçues de manière positive par les parents. Une relation de confiance est créée.

E9. « Euh si la plupart du temps je le suis quand même parce que c'est vrai que j'ai très confiance en mon médecin. Elle me suivait déjà moi-même quand j'étais petite, j'apprécie énormément mon médecin donc c'est vrai que je lui fais confiance voilà (...) Je me dis, si y avait un truc grave elle l'aurait vu et puis en plus elle m'explique à chaque fois. »

E6. « Avec mon pédiatre de maintenant oui je suis rassurée, ma pédiatre d'avant beaucoup moins. (...) Parce que ben déjà l'approche et puis mon pédiatre actuel explique beaucoup les choses. On est plus dans un dialogue une discussion et je peux poser des questions j'ai toujours une réponse. Je ressors j'ai l'impression que tout est clair. »

Nous notons que les parents expriment clairement une demande d'explications médicales et de compréhension de la pathologie traitée avec lesquelles la réassurance va de pair.

B Moyens d'information des parents

Pour obtenir des informations sur la fièvre de l'enfant et tout ce qui s'y rattache les parents ont des moyens d'information divers.

1) Non médicaux

Les premières sources d'information citées dans les entretiens ont d'abord été non médicales.

(a) Connaissances acquises avec l'expérience

Les parents ont souvent souligné le fait que l'expérience était une clef dans l'apprentissage de la conduite à tenir en cas de fièvre. Ils sont leurs propres instructeurs et apprennent au fur et à mesure des épisodes.

E4. « *Ben franchement j'ai l'impression que c'est que en forgeant qu'on devient forgeron (rire). Je vous dis ça mais bon je stresse toujours autant qu'avant mais c'est vrai que c'est à force, à force qu'on sait un peu quoi faire* »

E3. « *comment j'ai appris? euh .. Ben c'est au fur et à mesure des fois où ils ont eu de la fièvre, l'expérience quoi.* »

E5. « *sur le tas, c'est au fil des jours au fil des mois que petit a petit on sait mieux quoi faire* »

E2. « *Comment j'ai acquis, ben avec l'expérience de maman (rire), peut être mon enfance aussi parce que voilà je me souviens comment réagissait mes parents face à ça (...) et puis c'est au quotidien avec mes grands que j'ai appris ces gestes-là.* »

E16. « *Ah ben, en ayant les premiers maladies (rire). En allant voir le médecin et ayant les premières maladies.* »

(b) Connaissances acquises par les proches

Les conseils prodigués par les proches sont pour les parents un autre moyen d'information majeur mis en évidence. Qu'il s'agisse de leur famille, d'amis, de professionnels de la petite enfance sans formation médicale, ce recours pour leurs interrogations semble être primordial.

E3. « l'expérience des gens au tour aide beaucoup aussi que ça soit l'assistante maternelle qui vois passer pas mal d'enfants qui peut avoir aussi un avis qui aide au départ. Enfin dans l'entourage au-delà du médecin y a quand même pas mal de monde qui peut aider, répondre à des questions et savoir comment s'adapter et se comporter »

E10. « C'est euh... en fait c'est un peu de ma mère, des personnes autour de moi ou quoi. C'est comme ça que jme renseigne»

E12. « puis aussi avec les conseils des amis, de l'entourage, ca aide bien »

E13. « les conseils qu'on peut avoir à droite à gauche que ce soit proche ou médecin et voilà et l'entourage est également la (...) et puis aussi l'éducation de mes parents »

(c) Connaissances acquises avec internet

Comme sur de nombreux sujet médicaux, les patients utilisent aujourd'hui internet pour se renseigner. Les parents ayant abordé le sujet étaient conscients des possibles biais et dérives des recherches sur le net comme le fait de pouvoir trouver beaucoup de diagnostics graves qui peuvent affoler si on ne dispose pas des compétences médicales nécessaires pour interpréter l'information.

E10. « Maintenant on peut s'informer, bon on a plus internet qu'avant, on peut chercher plus facilement des informations»

E9. « Après c'est vrai que j'aime bien regarder sur internet c'est vrai mais bon pas non plus trop parce que c'est vrai qu'on voit un petit peu de tout et faut pas non plus partir dans la psychose don bon c'est juste pour me renseigner un peu. »

2) Médicaux

Les sources d'informations médicales ont tout de même été citées par les parents.

(a) Par le personnel soignant

Le personnel soignant et notamment les médecins sont bien entendu également acteurs de la transmission de l'information aux parents mais ils n'apparaissent pas comme les premiers moyens d'informations dans de nombreux entretiens.

E11. « *Par exemple de donner le doliprane à partir de 38, 5°C c'est le médecin qui me l'a dit. Il m'a dit que si l'enfant tolère bien sa fièvre c'est pas mauvais en soi, donc au fur et mesure des années j'ai appliqué ce qu'il m'a dit.* »

E9. « *Après c'est essentiellement les informations données par le médecin qui ont pu me servir et puis en deuxième par le vécu.* »

(b) Par le carnet de santé

Enfin, le carnet de santé a été mentionné comme moyen d'information avec des avis divers sur son utilisation possible.

Pour certains, il explique clairement la conduite à tenir et peut être d'une aide précieuse.

E11. « *Du coup le carnet de santé ça m'a aidé aussi surtout pour ma fille , j'avais besoin de choses un peu claires donc franchement j'étais contente de voir que c'était bien expliqué , les conduites à tenir, le fait que ça soit écrit et clairement écrit ça m'a aidé.* »

E15. « *puis dans le carnet de santé il y a expliqué de bon reflexes sur ce qu'il faut faire si il a de la fièvre* »

Pour d'autres, même s'il contient des conseils utiles, il n'est pas un support approprié pour informer sur la fièvre car il ne vient pas à l'idée d'aller le feuilleter. Son rôle et d'aider au suivi de l'enfant et les informations qu'il contient sont oubliées

E9. « *Honnêtement j'avoue que moi le carnet, je le regarde jamais. Il est bien pour le suivi de santé des enfants pour savoir tout ce qu'ils ont eu pour suivre un peu tout ça*

mais honnêtement j'ai jamais réellement feuilleté. J'ai feuilleté je pense à la naissance quand on me l'a donné vu que j'avais que ça à faire mais honnêtement jle regarde même pas jle regarde pas du tout. »

A propos de son contenu, la possibilité d'ajouter des informations semble une mauvaise idée pour certains car pourrait être source d'angoisse pour les parents.

E3. « *Après c'est sur que faut juste rester aux basiques pas trop pousser au final parce que c'est vrai que les gens stressés ont tendance à voir un peu trop loin et éviter qu'ils ne s'inquiètent de trop non plus. »*

Discussion

I. Validité de l'étude

A Forces

Nous avons étudié la fièvre de l'enfant, sujet très fréquent lors des consultations de médecine générale mais avons choisi de l'aborder d'un point de vue différent de la majorité des études réalisées à ce propos, en réalisant une étude qualitative.

Nous nous sommes intéressées aux parents, premiers acteurs lors d'un épisode fébrile dont le ressenti et les réflexes face à cet évènement déterminent de nombreux éléments ayant des conséquences variées sur la suite des soins. L'objectif était une compréhension de leurs habitudes et sentiments afin d'envisager une éducation plus adaptée.

Cette approche qualitative a permis aux parents de pouvoir exprimer leur ressenti propre sans chercher à se conformer à un questionnaire prédéterminé. D'autre part, ils ont pu s'exprimer librement sur leurs connaissances et leurs relations avec les médecins à ce sujet, ce qui a permis de recueillir leur vision de l'éducation actuellement réalisée.

La méthode qualitative était adaptée à l'objectif car il s'agissait d'exprimer ce qui n'est pas chiffrable, les sentiments, ressentis, comportements et cheminements de pensées.

Les lieux de recrutement étaient variés sur le plan géographique au sein du département, mais également sur le plan du type de structure de soin dans lequel la fiche de recrutement était proposée (Urgences, cabinets de médecine générale, PMI). De plus, le recrutement par « boule de neige » a été proposé à chaque participant et utilisé parallèlement pour permettre une plus grande variabilité de l'échantillon et de ne pas inclure uniquement via des structures de santé.

Toutes les situations familiales sont représentées : célibataire, concubinage, mariage, Pacs. Les âges et catégories socioprofessionnelles sont variées.

Le guide d'entretien permettait d'orienter les participants afin de répondre à l'objectif, tout en leur laissant une liberté de parole. Il a été modifié en fonction des premiers entretiens pour permettre d'approcher au mieux le sujet et a pris sa forme définitive après le troisième entretien.

Un double codage a été réalisé par les deux enquêtrices ce qui a permis de limiter le biais d'interprétation et renforcer la validité interne de l'étude.

La saturation des données a été obtenue au treizième entretiens et trois entretiens de plus ont été réalisés.

B Faiblesses

1) Biais de sélection

L'échantillon nécessaire pour une étude qualitative n'a pas pour but d'être représentatif de la population mais d'être le plus varié possible. Nous avons pu apporter une variabilité sur de nombreux critères mais certains points négatifs sont responsables d'un biais de sélection.

Premièrement, nous n'avons pas effectué de recrutement via des cabinets de pédiatrie même si nous avons pu interroger des parents dont l'enfant était suivi uniquement par un pédiatre.

D'autre part, malgré un nombre d'enfants varié chez les participants, les familles nombreuses de 4 enfants ou plus ne sont pas représentées. Selon l'INSEE, elles représentaient 3,8% des familles en France en 2017. (51)

Enfin, nous n'avons pu interroger que deux hommes, et malgré une certaine insistance de notre part pour inclure des pères, les volontaires ont été en grande majorité des mères. Cette difficulté peut s'expliquer par une différence du temps consacré aux enfants entre hommes et femmes en France. En effet, selon un article de l'INSEE paru en 2015 sur un sondage réalisé en 2010, le temps global pour « s'occuper des enfants du ménage » était en moyenne d'1h30 par jour pour les femmes contre 40 minutes pour les hommes. Ce temps augmente si les enfants du foyer sont en bas âge et cette augmentation est plus importante pour les femmes. Le temps consacré aux jeux et à l'instruction est pourtant peu différent entre les pères et

les mères. Par contre, les hommes consacrent, en moyenne, 21 minutes par jour aux soins aux enfants contre 56 minutes pour les femmes. Cet écart s'est réduit de 10 minutes par rapport à 1999. (52) Nous pouvons penser que, même si cet écart tend lentement à se réduire avec les années, cette disparité, ainsi que le mode de recrutement basé sur le volontariat au sein des structures de soin, sans cibler de profil particulier pour une variation maximale de l'échantillon, peuvent expliquer le faible nombre de pères interrogés.

2) Biais liés à la méthode des entretiens semi dirigés

La faible expérience des enquêtrices dans le domaine des entretiens semi dirigés est une première limite de cette étude. De plus, bien qu'elles soient neutres et aient posé des questions ouvertes, l'utilisation de questions de relance peut inconsciemment laisser entrevoir parfois leurs avis.

D'autre part, le statut de « soignant » peut orienter les réponses des personnes interrogées, avec parfois l'impression que les parents attendent l'approbation des enquêtrices, surtout lors de la description des habitudes et connaissances sur la fièvre.

Les entretiens ont été réalisés par des moyens différents : Quelques-uns ont été réalisés en présentiel, ce qui permet une analyse fine des réactions des participants et une relance plus adaptée aux réponses. Mais malheureusement, les entretiens téléphoniques, imposés par les conditions sanitaires de l'année 2020 en France, diminuent l'interaction avec les participants, empêchent l'analyse des expressions faciales et nécessitent un temps d'adaptation à l'entretien plus long pour que les participants se confient. Néanmoins, ils peuvent diminuer le biais lié à l'interrogateur ; les participants nous ont parfois avouer préférer se livrer « à distance », sans réellement voir leur interlocuteur. Les entretiens par visioconférence étaient intermédiaires entre les deux techniques.

3) Biais d'interprétation

Lors de l'analyse des données, un biais d'interprétation est possible lors du codage ouvert initialement, puis par la suite lors du codage axial et sélectif, permettant de

dégager les principaux thèmes des résultats. Ce biais a été limité par le double codage systématique de tous les entretiens mais persiste tout de même.

II. Principaux résultats et apports de l'étude

A Le « chiffre » de la fièvre au premier plan

Les résultats mettent en évidence un cheminement de pensée commun entre certaines réponses. En effet, de nombreuses actions sont guidées par une vision chiffrée et numérale de la fièvre. Il est vrai que, malgré l'absence de consensus universel, la fièvre est définie par une hausse de la température centrale. Cependant, cet aspect chiffré et précis, nécessaire pour une description médicale conditionne le vécu des parents puis est extrapolé pour guider l'ensemble de leur prise en charge.

Tout d'abord, une intensité de fièvre élevée est ressentie par les parents comme un signe de gravité. La suite logique de ce raisonnement s'avère être la nécessité de faire diminuer cette température, malgré les variations interpersonnelles du seuil considéré comme rassurant. Sur le même plan, la prise de température systématique après traitement permet la confirmation de la réussite de ces actions. Pourtant, l'administration d'antipyrétiques et les mesures physiques ont uniquement pour but de diminuer l'inconfort de l'enfant et non de faire baisser la température dont la hauteur ne représente pas un signe de gravité. (2)

D'autre part, nous ressentons que plus la température est élevée plus l'inquiétude parentale est grande. L'expression de cette inquiétude s'est faite directement avec cette peur explicite de la « montée du chiffre », mais également via la peur de certaines complications de la fièvre, associées dans l'imaginaire commun à une hausse importante de température. Les convulsions fébriles sont une des craintes des parents citées pour expliquer l'angoisse et la nécessité de faire diminuer la fièvre. Nous savons pourtant que ces crises hyperthermiques sont la conjoncture de divers facteurs et ne sont pas seulement déclenchées par une température élevée. (28)

Enfin, cette obsession de la température conditionne également le délai et le type de consultation médicale. En effet, la consultation médicale peut être motivée par une température jugée trop haute, de même un recours aux services d'urgences peut

être expliqué par une inquiétude devant une hausse intense de la température mesurée.

Cette vision chiffrée de la fièvre, organisée en paliers, conditionne donc fortement la réponse des parents à la fièvre, aussi bien dans leurs actions que dans leur ressenti. Elle a également été mise en évidence dans d'autres études qualitatives s'intéressant au vécu des parents. (53) La fièvre est réduite à un chiffre, avec certains seuils considérés comme plus graves ou plus alarmants, sans réelle connaissance des causes pour lesquelles ce chiffre devrait être inquiétant. Cette surveillance de la température, en plus d'être peu utile, peut détourner des véritables signes à surveiller, tel que le comportement et la tolérance de la fièvre. De plus, en engendrant une anxiété parentale intense, cette vision aggrave le vécu négatif d'un épisode parfois bénin. Il est important de souligner que pour les parents n'ayant pas de connaissances médicales, la température et le seul marqueur objectif qu'ils possèdent, ce qui peut expliquer ce type de raisonnement.

Ce ressenti commun est pourtant opposé aux données de la littérature où nulle part, il n'est mentionné une quelconque gravité d'une fièvre plus intense. Un bénéfice à la fièvre est même décrit et la supprimer diminue la réponse immunitaire et la réponse clinique à l'infection. (54–56).

Il est donc essentiel de dissocier la définition de la fièvre par un seuil de température qui entraîne la nécessité de la prise objective pour la mettre en évidence et l'absence d'information apportée par la hauteur de la fièvre une fois l'état fébrile confirmé. L'éducation parentale à la fièvre de l'enfant par les professionnels de santé doit impérativement préciser et appuyer cette distinction.

B Des sentiments parentaux variés, plus complexes que la fameuse « Fever Phobia »

Les parents ont exprimé différents types de sentiments lors des discussions concernant leur vécu des épisodes fébriles. La fameuse « Fever Phobia », traduite par cette peur du chiffre de la température et le nombre élevé de consultations pour fièvre était un résultat attendu dans notre étude. Pourtant, bien que des sentiments d'inquiétude et d'angoisse aient été cités, il existe d'autres manières de réagir lors de

ces épisodes, qui ont pu être mises en lumière. Par exemple, les sentiments de culpabilité ou d'impuissance peuvent mieux expliquer certaines réactions parentales constatées en consultation. La tristesse qui peut s'exprimer en dehors de tout ressenti anxieux induit également une relation différente avec le médecin.

D'autre part, nous avons pu recueillir les explications données par les parents à l'inquiétude ressentie, ce qui permet de décrire en profondeur les causes, qui s'avèrent être très variées, de cette « Fever Phobia ». Nous retrouvons des craintes liées à la fièvre elle-même et à ses possibles complications. Certaines de ces craintes sont fondées, d'autres relèvent davantage de croyances comme l'angoisse selon l'intensité de la fièvre, la peur de la mort imminente ou de lésions cérébrales que pourraient causer les convulsions hyperthermiques. Leur propre capacité à bien réagir devant un épisode fébrile est également une source d'angoisse et de questionnement pour les parents. Ceux-ci ont des habitudes assez précises et ancrées dans les gestes décrits sur la surveillance et la prise en charge de la fièvre mais par plusieurs moyens ils réclament une réassurance : confirmation médicale que la cause est bénigne, appui du médecin sur leurs pratiques antérieures, demande de conduite à tenir extrêmement précise pour ne laisser que peu de place à un choix personnel de méthodes.

Ce vécu, propre à chaque famille est donc très personnel et ne peut être extrapolé sur l'ensemble des parents. Il doit être pris en compte lors des consultations et des explications à propos de la fièvre de l'enfant, car il conditionne l'ensemble de la prise en charge parentale. Pour se faire, il faut s'attarder à faire s'exprimer les parents sur leur ressenti afin comprendre leur motivations et inquiétudes ainsi que s'intéresser globalement à la famille dont l'enfant est fébrile. Replacer la fièvre d'un enfant dans un contexte familial et environnemental permet d'en avoir une vision beaucoup plus globale, chose qu'un simple examen et interrogatoire médical ne pourra jamais fournir. Cette vision d'ensemble permet une compréhension beaucoup plus profonde de la famille et de ses attentes.

C Que pensent les parents des informations données par le corps médical ?

L'information par le corps médical à propos de la fièvre de l'enfant est nécessaire, que ce soit en amont des épisodes fébriles ou lors de ceux-ci afin d'aider les parents dont le vécu reste tout de même plutôt négatif et de corriger certaines fausses croyances qui aggravent ce ressenti. En effet, les parents sont pleinement acteurs des soins de l'enfant en étant les premiers témoins de la maladie mais aussi les seuls à décider de la conduite à tenir notamment de la nécessité ou non d'une consultation médicale. Il ne s'agit pas de réduire le nombre de consultations, mais d'optimiser leur réalisation ainsi que d'améliorer le vécu des parents de ces épisodes tout en permettant une prise en charge optimale des étiologies graves.

L'information en amont des épisodes fébriles n'est pas perçue de la même façon par tous les parents interrogés. Certains estiment cette préparation impossible car les spécificités de chaque enfant ne permettraient pas l'extrapolation d'une préparation universelle ou que leur propre ressenti les empêcherait d'appliquer les informations entendues. Cette idée peut témoigner d'un manque de confiance en leur propre prise en charge et entraîne la nécessité d'une consultation médicale à chaque épisode fébrile. Ceux qui pensent cette préparation possible se distinguent par leur avis à propos de celle-ci : si certains la trouvent adéquate et réalisée de la meilleure manière possible par les médecins, d'autres la pensent perfectible. Les reproches faits par les parents aux médecins sont essentiellement, un manque d'écoute de leur ressenti lors des consultations, une discordance d'informations selon les professionnels de santé qui engendre une anxiété et un manque d'explications à propos de l'épisode fébrile actuel.

Dans l'ensemble, les parents sont demandeurs d'informations et de conseils de la part du corps médical dans notre étude mais également dans d'autres études qualitatives portant sur le même sujet (57) .

Il est cependant intéressant de s'attarder sur les réponses fournies dans notre étude par les parents à propos de leurs moyens d'informations. Les sources non médicales comme les proches et l'expérience, sont souvent les premières citées. Il s'agit probablement du témoin d'une information médicale insuffisante.

D'autre part, en s'intéressant dans la littérature, au point de vue des soignants, des difficultés sont exprimées par les médecins généralistes à propos de la communication avec les parents lors des consultations pour fièvre de l'enfant (58) ce qui peut expliquer les ressentis négatifs des parents.

III. Perspectives de l'étude

A Éducation parentale

Les parents étant demandeurs d'informations sur la fièvre de leur enfant, une des principales missions des soignants serait donc de corriger avec tact et pédagogie leurs fausses croyances, sans remettre en cause les pratiques souvent acquises par les proches ou l'expérience personnelle. Actuellement, ces conseils sont le plus souvent délivrées au cours de la consultation pour l'état fébrile. Certaines études se sont penchées sur la diffusion de ces informations dont notamment une étude de cohorte prospective anglaise(59). Celle-ci compare deux groupes de parents, l'un recevant des courtes informations sur la fièvre et l'autre participant à une session renforcée à l'aide de supports d'informations ainsi que du temps fourni pour la discussion. Les résultats ont montré que les connaissances des parents pouvaient être considérablement améliorées par une éducation parentale renforcée se déroulant en plusieurs sessions. D'autres travaux montrent qu'il serait également plus utile de réaliser l'éducation parentale sur la fièvre de leur enfant en dehors des consultations pour ce motif, les consultations pour examens obligatoires pouvant être un moment idéal pour transmettre ces informations(60).

D'autre part, les parents ont à plusieurs reprises exprimé l'inquiétude créée par les conseils contradictoires reçus par différents professionnels de santé. Les médecins se doivent donc d'uniformiser leurs pratiques afin de transmettre un message clair, en accord avec les recommandations actuelles.

En somme, des consultations dédiées à la prévention et à l'information des parents pourraient être envisagées. Cette solution bien qu'intéressante sur le plan relationnel et médical, pourrait être difficilement réalisable dans le contexte de pénurie médicale.

La transmission de l'information est une étape clef pour la préparation parentale à la fièvre de l'enfant. Sur ce sujet, la médecine générale développe depuis plusieurs

années une « démarche centrée sur le patient » qui vise notamment à prendre en compte les spécificités de chaque patient, délivrer une information adaptée et s'assurer que celle-ci a été comprise (61). Cette démarche pourrait servir de base pour délivrer une information universelle conformes aux recommandations tout en s'adaptant aux spécificités de chaque famille. Cependant, sans formation adaptée, les médecins peuvent ressentir des difficultés à mettre en œuvre ce type d'approche.

B Formation médicale

La formation du corps médical à la communication est indispensable afin de pouvoir effectuer une éducation médicale et thérapeutique efficace. En effet, une communication de bonne qualité permet d'augmenter l'adhésion au soin et la confiance envers le soignant (62). Il existe pourtant de nos jours peu de formations en communication professionnelle même si la démarche éducative s'avère très différente de la démarche clinique et fait appel à de nouvelles compétences qui ne sont pas toujours enseignées au cours de la formation médicale.

Il existe cependant des formations professionnelles à l'éducation thérapeutique et notamment en pédiatrie qui pourraient permettre d'acquérir ces compétences. L'une d'elle propose plusieurs axes de travail. D'abord, faire prendre conscience au patient des enjeux de sa maladie en renforçant sa motivation et en acquérant les connaissances sur sa pathologie ; cette étape s'adressant plus à des patients porteurs de pathologie chronique. Ensuite, il s'agit comme cité précédemment de mettre en place par le médecin une démarche éducative centré sur le patient dans toutes ses dimensions et non pas sur la maladie. En effet, afin de mieux comprendre la personne qu'est le patient, il est nécessaire de le laisser exprimer ses craintes, croyances et ressentis à travers une écoute attentive et active ainsi qu'à l'aide de plusieurs outils (l'empathie, les questions ouvertes, les reformulations et la communication non verbale). Cette étape permet d'amener auprès du patient une envie d'apprendre et de maîtriser sa pathologie qu'elle soit aiguë ou chronique (63). S'en suivent les compétences pédagogiques nécessaires au soignant pour favoriser cet apprentissage en utilisant des méthodes adaptées à la personne visée et des compétences organisationnelles afin de consolider la relation d'adhésion avec le patient.

La particularité de l'éducation parentale à la fièvre de l'enfant est de transmettre une information non pas au patient qui ne pourra pas se prendre en charge seul mais à son parent qui n'est au final que le témoin des symptômes de l'enfant et qui ne les ressent pas lui-même. Il est donc nécessaire d'adapter certaines méthodes d'informations par rapport à l'éducation thérapeutique classique.

Au final, la formation continue du professionnel de santé est indispensable, et celle-ci passe également par une formation en communication, une étape clé dans la relation médecin-patient et médecin-parent.

C Proposition d'ouverture

Notre étude a permis de recueillir le ressenti des parents face à la fièvre de leurs enfants et d'autres travaux ont été réalisés pour explorer la perception du médecin généraliste et ses moyens de communication avec les parents(64).

Il serait intéressant de confronter les points de vue des parents et des soignants ainsi que recueillir des idées plus larges sur ce thème. Pour cela, une étude en focus groupe pourrait être réalisée(65). Ces études permettent de générer de nombreuses données avec les multiples interactions et la communication entre les participants. Ceux-ci en se répondant échangent leurs expériences et opinions, ce qui permet de recueillir des perceptions plus vastes.

L'éducation thérapeutique se développe pour améliorer le vécu des patients porteurs de maladies chroniques(66). Les parents d'enfants sans pathologie chronique pourraient bénéficier à la place de consultations avec leur médecin dédiée à la préparation à la fièvre comme nous évoquions précédemment, de formations en groupe sur la fièvre ou sur d'autres sujets fréquents afin d'améliorer leur vécu. Des ateliers d'éducation thérapeutique de ce type pourraient faire l'objet d'une étude avec des parents volontaires.

Conclusion

Les parents ont des connaissances ancrées sur la fièvre qui conditionnent leur pratique quotidienne. La vision de la fièvre, sa mise en évidence et la perception de gravité sont très variées selon les familles. La place prépondérante accordée au chiffre de la température, critère objectif le plus facile à surveiller sans formation médicale, nécessite une information précise pour défaire cette croyance. Le recours médical reste la norme avec des objectifs oscillant entre la nécessité de trouver l'étiologie et un traitement curatif ainsi qu'un besoin de réassurance.

Le vécu des parents de ces épisodes fébriles reste majoritairement négatif même si les sentiments qu'ils ressentent sont beaucoup plus complexes qu'une simple inquiétude. Ce ressenti a des sources très différentes selon chaque famille.

Les parents, demandeurs d'explications et d'intégration à la démarche de soins, se forment pourtant par des moyens non médicaux tout autant que par les informations des soignants. Cette préparation à la fièvre par les professionnels de santé est perfectible notamment en uniformisant les conseils délivrés pour qu'ils soient conformes aux recommandations actuelles mais aussi en replaçant la fièvre de l'enfant dans une vision plus globale au sein du foyer selon une démarche centrée patient.

Bibliographie

1. Observatoire de médecine générale - Consultations pour états fébriles par tranche d'âge en 2009 [Internet]. [cité 20 oct 2020]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php?sid=41e967a7ba4f75e7fed254ffe5>
2. HAS Santé Memo-Prise en charge de la fièvre chez l'enfant [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 20 oct 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2674284/fr/prise-en-charge-de-la-fievre-chez-l-enfant
3. Schmitt BD. Fever phobia: misconceptions of parents about fevers. *Am J Dis Child* 1960. févr 1980;134(2):176-81.
4. 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.
5. Gunduz S, Usak E, Koksall T, Canbal M. Why Fever Phobia Is Still Common? *Iran Red Crescent Med J* [Internet]. 5 juin 2016 [cité 20 oct 2020];18(8). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5068249/>
6. Pilly E, Épaulard O, Le Berre R, Chirouze C, Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales (France). ECN.Pilly 2020: Fièvre aigue de l'adulte et de l'enfant. 2019.
7. Klein V, Tchomakov D, Dillenseger L, Astruc D, Kuhn P. Fièvre du nouveau-né et du nourrisson de moins de 3 mois. 2018;24:6.
8. Collège National des Pédiatre Universitaires-La fièvre aigue de l'enfant [Internet]. [cité 20 oct 2020]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/pediatrie/enseignement/fievre/site/html/1.html>
9. Tréluyer J, Hubert P. Hyperthermie majeure de l'enfant. *J Pédiatrie Puériculture*. 1 mai 1997;10(3):153-6.
10. Sommet A. La thermorégulation [Internet]. <https://biologiedelapeau.fr>. 2013 [cité 20 oct 2020]. Disponible sur: <https://biologiedelapeau.fr/spip.php?article75>

11. Thermorégulation. Wwwem-Premiumcomdatabooks9782294704031BODYB978229470403150047X [Internet]. 27 sept 2011 [cité 21 oct 2020]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/article/655551/resultatrecherche/11>

12. Sudation/transpiration - [Biologie de la peau] [Internet]. [cité 21 oct 2020]. Disponible sur: <https://biologiedelapeau.fr/spip.php?mot199>

13. La peau et la thermorégulation - Physiologie humaine et physiopathologie - ClinicalKey Student [Internet]. [cité 21 oct 2020]. Disponible sur: <https://www-clinicalkey-com.lama.univ-amu.fr/student/content/book/3-s2.0-B9782294758195000424#hl0000753>

14. Robinson JL. Body temperature measurement in paediatrics: Which gadget should we believe? *Paediatr Child Health*. sept 2004;9(7):457-9.

15. Fièvre aiguë - Pédiatrie - ClinicalKey Student [Internet]. [cité 20 oct 2020]. Disponible sur: <https://www-clinicalkey-com.lama.univ-amu.fr/student/content/book/3-s2.0-B978229475106600029X>

16. Childs C, Harrison R, Hodkinson C. Tympanic membrane temperature as a measure of core temperature. *Arch Dis Child*. mars 1999;80(3):262-6.

17. Kara A, Devrim İ, Cengiz AB, Çelik F, Tezer H, Uludağ AK, et al. Is the axilla the right site for temperature measurement in children by chemical thermometer? :3.

18. La mesure de la température en pédiatrie. *Paediatr Child Health*. 2000;5(5):281-4.

19. Fever in under 5s: assessment and initial management | Guidance | NICE [Internet]. NICE; [cité 4 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng143>

20. Whybrew K, Murray M, Morley C. Diagnosing fever by touch: observational study. *BMJ*. 1 août 1998;317(7154):321-30.

21. Prendre sa température [Internet]. [cité 23 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/bons-gestes/petits-soins/prendre-temperature>

22. Evaluation de la performance du thermomètre frontal pour le dépistage de la fièvre

chez le nourrisson [Internet]. [cité 22 oct 2020]. Disponible sur: <http://pepите.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-4015>

23. Smith J. Are electronic thermometry techniques suitable alternatives to traditional mercury in glass thermometry techniques in the paediatric setting? *J Adv Nurs*. nov 1998;28(5):1030-9.

24. Craig JC, Williams GJ, Jones M, Codarini M, Macaskill P, Hayen A, et al. The accuracy of clinical symptoms and signs for the diagnosis of serious bacterial infection in young febrile children: prospective cohort study of 15 781 febrile illnesses. *BMJ* [Internet]. 20 avr 2010 [cité 6 nov 2020];340. Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/340/bmj.c1594>

25. Minodier P, Gras Le Guen C. Fièvre de l'enfant : grave ou pas grave ? *Perfect En Pédiatrie*. 1 oct 2018;1(3):199-204.

26. Hubert P. Déshydratation aiguë du nourrisson. *J Pédiatrie Puériculture*. 1 juin 2008;21(3):124-32.

27. Convulsions et épilepsie - Pédiatrie - ClinicalKey Student [Internet]. [cité 23 oct 2020]. Disponible sur: <https://www-clinicalkey-com.lama.univ-amu.fr/student/content/book/3-s2.0-B9782294751066000525#hl0000313>

28. Auvin S, Vallée L. Connaissances actuelles sur les mécanismes physiopathologiques des convulsions fébriles. *Arch Pédiatrie*. mai 2009;16(5):450-6.

29. Rantala H, Tarkka R, Uhari M. A meta-analytic review of the preventive treatment of recurrences of febrile seizures. *J Pediatr*. déc 1997;131(6):922-5.

30. Uhari M, Rantala H, Vainionpää L, Kurttila R. Effect of acetaminophen and of low intermittent doses of diazepam on prevention of recurrences of febrile seizures. *J Pediatr*. juin 1995;126(6):991-5.

31. Minodier P, Gras Le Guen C. Fièvre de l'enfant : grave ou pas grave ? *Perfect En Pédiatrie*. 1 oct 2018;1(3):199-204.

32. Le traitement de la fièvre chez l'enfant - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 22 oct 2020]. Disponible sur:

<https://ansm.sante.fr/S-informer/Communiqués-Communiqués-Points-presse/Le-traitement-de-la-fièvre-chez-l-enfant>

33. Faisantieu N, Kowalski V, Soulié B. Bénéfices et risques de l'ibuprofène chez les enfants fébriles : revue systématique de la littérature en vue de la réalisation d'un outil écrit d'information à destination des patients. *Thérapie* [Internet]. 2020 [cité 26 oct 2020]; Disponible sur: https://www.lissa.fr/fr/rep/articles/EL_S0040595720300883
34. 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):e83469.
35. Marion W. Évaluation des connaissances et pratiques des parents sur la fièvre de l'enfant. :70.
36. Garet E. Fièvre de l'enfant: connaissances et croyances parentales et leur influence sur le respect des recommandations [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2016.
37. Raff T. Evaluation des connaissances des parents sur la fièvre de l'enfant [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2016.
38. Lesoin L. Etude du comportement des parents face a la fièvre de leur enfant. Thèse de medecine générale. :58.
39. Marc DE. FIEVRE DE L'ENFANT : Évaluation des connaissances et de la prise en charge des parents. :58.
40. 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 ? *Wwwem-Premiumcomdatarevues0929693X0014000407000024* [Internet]. 23 avr 2007 [cité 10 mars 2020]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/article/60220/resultatrecherche/13>
41. Méthodes qualitatives : définition de Méthodes qualitatives et synonymes de Méthodes qualitatives (français) [Internet]. [cité 6 nov 2020]. Disponible sur: <http://dictionnaire.sensagent.leparisien.fr/M%C3%A9thodes%20qualitatives/fr-fr/>

42. Étude qualitative : définition, techniques, étapes et analyse [Internet]. Scribbr. 2019 [cité 6 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.scribbr.fr/methodologie/etude-qualitative/>
43. Savoie-Zajc L. Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? :13.
44. Échantillonnage : tout ce que vous devez savoir pour vos recherches ! [Internet]. Scribbr. 2019 [cité 6 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.scribbr.fr/methodologie/echantillonnage/>
45. Etudes qualitatives et revues systématiques - LEPCAM [Internet]. [cité 6 nov 2020]. Disponible sur: https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/id_quali/
46. Analyse des résultats (6) - LEPCAM [Internet]. [cité 9 nov 2020]. Disponible sur: <https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/quali/>
47. Investigation en santé publique : méthodes qualitatives - Principes et outils - Principes d'échantillonnage en recherches quantitative et qualitative [Internet]. [cité 6 nov 2020]. Disponible sur: https://fad.univ-lorraine.fr/pluginfile.php/23858/mod_resource/content/1/co/Pricip_echantil.html
48. Laurent Letrilliart, Isabelle bourgeols, anne Vega, Jacques Cittée, Matthieu Lutsman. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. *exercer* 2009;87:74-9.
49. Le Codage d'Entretien - Méthodologie & Exemples [Internet]. Scribbr. 2018 [cité 12 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.scribbr.fr/methodologie/codage-entretiens/>
50. Saubesty C. Quels apports du codage des données qualitatives ? 2006;25.
51. Familles selon le nombre d'enfants mineurs | Insee [Internet]. [cité 26 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381506>
52. Fiches thématiques - Couples, familles et vie active - Couples et familles - Insee Références - Édition 2015 – Couples et familles | Insee [Internet]. [cité 26 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2017520?sommaire=2017528&q=vie+active>

53. Landes E. Analyse du vécu des parents devant un épisode de fièvre chez leur enfant [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2017.
54. Evers S, Weatherall M, Shirtcliffe P, Perrin K, Beasley R. The effect on mortality of antipyretics in the treatment of influenza infection: systematic review and meta-analysis. *J R Soc Med.* 1 oct 2010;103(10):403-11.
55. Roberts NJ Jr. Impact of Temperature Elevation on Immunologic Defenses. *Rev Infect Dis.* 1 mai 1991;13(3):462-72.
56. Zhang Z, Chen L, Ni H. Antipyretic Therapy in Critically Ill Patients with Sepsis: An Interaction with Body Temperature. *PLoS ONE* [Internet]. 30 mars 2015 [cité 3 janv 2021];10(3). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4378844/>
57. Kelly M, Sahm LJ, Shiely F, O'Sullivan R, McGillicuddy A, McCarthy S. Parental knowledge, attitudes and beliefs regarding fever in children: an interview study. *BMC Public Health.* 11 juill 2016;16:540.
58. Frattinger E. Perceptions du médecin généraliste et enjeux de communication au cours d'une consultation pour fièvre de l'enfant: étude qualitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2017.
59. Kai J. Parents' difficulties and information needs in coping with acute illness in preschool children: a qualitative study. *BMJ.* 19 oct 1996;313(7063):987-90.
60. Sarrell M, Kahan E. Impact of a single-session education program on parental knowledge of and approach to childhood fever. *Patient Educ Couns.* sept 2003;51(1):59-63.
61. Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 9 janv 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi
62. Estelle Frattinger. Perception du médecin généraliste et enjeux de communication au cours d'une consultation pour fièvre de l'enfant. Thèse de médecine.
63. Magar Y. La formation professionnelle en éducation thérapeutique. Éducation

Thérapeutique. 2011;3.

64. Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Med Care*. 1988.

65. Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf [Internet]. [cité 11 janv 2021]. Disponible sur: https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf

66. Éducation thérapeutique du patient (ETP) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 15 janv 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp

Annexes

Annexe 1 : Feuille de recrutement



Bonjour !

Nous sommes deux internes en médecine, Laure et Iris, et nous réalisons notre thèse sur la **fièvre chez les enfants**.

Notre but : vous écouter !

En effet, par des **entretiens anonymes** auprès de parents d'enfants de 3 mois à 6 ans nous souhaitons vous poser quelques questions afin de comprendre VOTRE ressenti face à la fièvre de votre enfant. Il n'y a ni bonnes ni mauvaises réponses mais seulement une écoute attentive.

En recueillant ces informations les professionnels de santé peuvent s'adapter à vous, à vos enfants et apprendre comment mieux vous conseiller !

Si vous êtes volontaires pour nous aider et nous accorder un peu de votre temps pour ce projet veuillez nous laisser votre numéro de téléphone et votre mail.

Nous vous contacterons une première fois (par mail ou téléphone selon votre choix) pour répondre à vos éventuelles questions et fixer avec vous un rendez-vous qui pourra être présentiel ou téléphonique selon votre préférence.

Merci d'avance et à bientôt !

Téléphone	Email

Je souhaite être contacté initialement par :

Annexe 2 : Notice d'information

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Mesdemoiselles GRANGEON Iris, MAGRON Laure, internes en médecine vous ont proposé de participer à une étude réalisée dans le cadre de leur thèse de médecine intitulée : « Fièvre de l'enfant : habitudes et ressenti des parents. » Nous vous proposons de lire cette notice d'information qui a pour but de répondre aux questions que vous seriez susceptible de vous poser.

Objectif de la recherche :

L'objectif de cette étude est d'évaluer le ressenti, les habitudes en termes de mesures au domicile, d'automédication et de recours aux professionnels de santé des parents face à la fièvre de leur enfant. Ces informations seront recueillies afin d'aider les médecins à mieux s'adapter à vous lors des consultations pour fièvre et plus généralement pour pouvoir donner des informations sur la fièvre de l'enfant qui répondent au mieux aux attentes des parents.

Quelle est la méthodologie et comment se déroule l'expérimentation ?

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens téléphoniques individuels. Ces entretiens sont anonymes, enregistrés par dictaphone puis retranscrits sous forme de texte. Les enregistrements audios sont supprimés dès la retranscription. Il n'y a aucun jugement porté sur les réponses à l'entretien, ni bonnes ni mauvaises réponses. Le but d'une étude qualitative telle que celle-là est justement de vous laisser la parole sur un sujet sans vous orienter. Nous voulons pouvoir étudier tout ce que vous avez à nous dire sur le sujet.

Quelles sont les contraintes et désagréments ?

Après ce premier contact nous prendrons rendez-vous l'entretien selon la méthode de votre choix : présentiel, téléphonique ou visioconférence. Avant l'entretien nous recueillerons quelques données sociodémographiques nous permettant après anonymisation une analyse des résultats.

Quels sont vos droits en tant que participant(e) à cette recherche ?

Vous pouvez refuser de participer à cette recherche sans avoir à vous justifier. De même vous pouvez vous retirer à tout moment de l'étude sans justification.

Annexe 3 : Guide d'entretien

Guide d'entretien : Ressenti des parents devant la fièvre de l'enfant

Je vous rappelle que cet entretien est anonymisé et enregistré. L'enregistrement sera supprimé dès retranscription du texte.

Les questions qui vont suivre ne sont pas posées dans le but d'une évaluation. Il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse. Le but est de recueillir votre ressenti, vos sensations, vos habitudes.

N'hésitez pas à me faire répéter si nécessaire. N'oubliez pas, vous pouvez dire tout ce qui vous passe par la tête.

1- Qu'est-ce que la fièvre pour vous ?

2- Comment prenez-vous la fièvre de votre enfant ?

3- Dans quelles circonstances la prenez-vous ?

4- Lorsque votre enfant a de la fièvre quelles sont vos habitudes ?

5-Comment vous sentez-vous lorsque votre enfant a de la fièvre ?

6- Qu'est-ce qui vous inquiète ou à l'inverse vous rassure lorsque votre enfant a de la fièvre ? Y a-t-il des signes particuliers que vous surveillez ?

7- Quand consultez-vous un professionnel de santé pour de la fièvre ? Quel type de professionnel de santé ?

8- Comment avez-vous acquis ces connaissances sur la fièvre ?

9-Que pensez-vous des informations délivrées par les professionnels de santé à ce propos ? Comment ces informations pourraient être améliorées ?

10-Y a-t-il d'autres informations que vous souhaitez ajouter à propos de la fièvre de l'enfant que nous ne vous avons pas évoqué dans les questions précédentes ?

Deuxième version modifiée en fonction des 2 premiers entretiens : ouverture des premières questions car amènent à des réponses trop fermées

Je vous rappelle que cet entretien est anonymisé et enregistré. L'enregistrement sera supprimé dès retranscription du texte.

Les questions qui vont suivre ne sont pas posées dans le but d'une évaluation. Il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse. Le but est de recueillir votre ressenti, vos sensations, vos habitudes.

N'hésitez pas à me faire répéter si nécessaire. N'oubliez pas, vous pouvez dire tout ce qui vous passe par la tête.

1- Qu'est-ce que la fièvre pour vous ? et/ou Selon vous quelle est la définition de la fièvre ? et /ou Que signifie avoir de la fièvre ?

2- Comment savez-vous que votre enfant a de la fièvre ?

3- Lorsque votre enfant a de la fièvre quelles sont vos habitudes ?

4- Que ressentez-vous lorsque votre enfant a de la fièvre ? Pourquoi ?

5- Pour vous, quand est-ce que la fièvre est grave ? Qu'est-ce qui vous fait peur lorsque votre enfant a de la fièvre ?

6- Quand consultez-vous un professionnel de santé pour de la fièvre ? Dans quels délais ? Quel type de professionnel de santé ? Dans quel but ?

7- Comment avez-vous acquis ces connaissances sur la fièvre ?

8- Que pensez-vous des informations délivrées par les professionnels de santé à ce propos ?

9- Y a-t-il d'autres informations que vous souhaitez ajouter à propos de la fièvre de l'enfant que nous ne vous avons pas évoqué dans les questions précédentes ?

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

Fièvre de l'enfant : habitudes et ressenti des parents. Une étude qualitative par entretiens semi dirigés.

Introduction : La fièvre est un des premiers motifs de consultation chez l'enfant de moins de 6 ans. Malgré la rareté des infections bactériennes graves et des gestes à mettre en œuvre simples, l'inquiétude parentale persiste. Les connaissances parentales ont de nombreuses fois été étudiées et les études retrouvent des pratiques souvent peu adaptées aux recommandations. Mais qu'en est-il des raisons de ces habitudes et du ressenti des parents pendant ces épisodes fébriles ?

Méthode : Etude observationnelle qualitative par entretiens semi dirigés. Echantillon diversifié de parents d'enfants de 3 mois à 6 ans résidants dans les bouches du Rhône. Enregistrement, retranscription mot à mot des entretiens, analyse descriptive puis interprétative de chaque entretien par logiciel NVivo, émergence de thèmes communs, organisation des thèmes entre eux.

Résultats : 16 entretiens ont été réalisés. La vision des parents de la fièvre est variée avec des définitions en majorité négatives puis neutres ou positives. Le ressenti de gravité diffère selon les familles. Après une prise en charge initiale au domicile par diverses techniques ayant surtout pour but de diminuer la température, le recours médical semble être la norme pour un diagnostic étiologique, un traitement curatif et un besoin de réassurance.

Les sentiments des parents sont beaucoup plus complexes qu'une simple inquiétude. De plus, des causes très différentes de ce ressenti sont décrites selon les familles. La place prépondérante de l'intensité de la fièvre avec une surveillance accrue du chiffre, une peur irrationnelle des températures élevées ainsi qu'un choix de consultation en fonction du chiffre de la température s'est révélée tout au long des entretiens.

L'avis des parents sur les informations reçues à propos de la fièvre diverge. La préparation à la fièvre peut être vue comme adéquate, inadéquate, impossible ou inutile. Les parents considérant ces explications médicales inadéquates reprochaient principalement aux professionnels de santé, un manque d'écoute et d'informations, la délivrance d'une conduite à tenir peu précise, l'absence de retour sur leurs propres pratiques au domicile ainsi qu'une discordance des discours médicaux. Néanmoins les sources d'informations médicales n'étaient pas les premières citées.

Conclusion : Cette étude a permis de mettre en lumière le vécu des parents qui s'avère être beaucoup plus complexe qu'une simple inquiétude. La demande des parents d'être acteurs principaux des soins contraste avec leurs sources d'information souvent non médicales. L'information médicale à propos de la fièvre de l'enfant est perfectible notamment en s'intéressant d'avantage aux attentes et ressentis parentaux et en replaçant la fièvre de l'enfant au sein du contexte familial selon une démarche centrée patient.

Mots-clés : Fièvre de l'enfant / vécu des parents / prise en charge parentale / éducation parentale.