



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**L'éducation des parents à la fièvre du nourrisson de plus de trois mois
en médecine générale**

Présentée et soutenue publiquement le 28 janvier 2014 à 18h
au Pôle recherche
Par Audrey MALMONTE
Angéline PEREZ CASTRO - ZAPART

Jury

Président : Monsieur le Professeur GLANTENET Raymond
Assesseurs : Madame le Professeur MOUNIER-VEHIER Claire
Madame le Docteur COUROUBLE Mélanie
Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur MESSAADI Nassir

TABLE DES MATIERES

GLOSSAIRE	9
1. INTRODUCTION.....	10
2. MATERIELS ET METHODES	18
3. RESULTATS.....	20
3.1. Présentation de la population	20
3.2. Qu'est-ce que la fièvre ?.....	20
3.3. Qu'est-ce qu'un nourrisson ?.....	21
3.4. Interrogatoire.....	22
3.4.1. Premières questions	22
3.4.2. Signes associés.....	24
3.4.3. Tolérance de la fièvre	24
3.5. Examen clinique du nourrisson.....	26
3.5.1. Inspection	26
3.5.2. Mesure de la température	26
3.5.3. Courbes de croissance	27
3.5.4. Examen physique	27
3.6. Prise en charge d'un nourrisson fébrile	29
3.6.1. Examens complémentaires et recours au milieu hospitalier	29
3.6.2. Mesures physiques	31
3.6.3. Traitement antipyrétique	32
3.6.4. Traitement étiologique	35
3.6.5. Traitement symptomatique.....	36
3.6.6. Consignes expliquées aux parents	37
3.7. Education des parents à la fièvre du nourrisson	40
3.7.1. Les médecins généralistes pensent-ils faire de l'éducation ?	40
3.7.2. Comment les médecins généralistes éduquent-ils les parents ?	41
3.7.3. Facteurs limitant l'éducation thérapeutique	42
3.7.4. Rôles de l'éducation thérapeutique du patient	46
4. DISCUSSION.....	48
4.1. Force et limites de l'étude.....	48
4.2. La fièvre du nourrisson	51
4.3. Le nourrisson	52
4.4. Interrogatoire.....	52
4.5. Examen clinique du nourrisson.....	57
4.6. Prise en charge d'un nourrisson fébrile	60
4.6.1. Examens complémentaires et recours au milieu hospitalier	60
4.6.2. Mesures physiques	61
4.6.3. Traitement antipyrétique	63
4.6.4. Traitement étiologique	65
4.7. Education des parents à la fièvre du nourrisson	67
5. CONCLUSION	76
6. BIBLIOGRAPHIE	77

GLOSSAIRE

AFSSAPS : agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien

AMM : autorisation de mise sur le marché

ANSM : agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

ARS : agence régionale de santé

BU : bandelette urinaire

CRP : C-Reactiv Protein

DCI : dénomination commune internationale

DPC : développement professionnel continu

DRP : désobstruction rhinopharyngée

EBM : evidence based medicine

ECBU : examen cytobactériologique des urines

ETP : éducation thérapeutique du patient

HAS : haute autorité de santé

HPST : loi Bachelot hôpital, patients, santé et territoires

MG : médecin généraliste

NFS : numération formule sanguine

OMS : organisation mondiale de la santé

PMI : protection maternelle et infantile

SAMU : service d'aide médicale urgente

SFMU : société française de médecine d'urgence

SRO : soluté de réhydratation orale

VS : vitesse de sédimentation

°C : degré Celsius

1. INTRODUCTION

La fièvre chez le nourrisson de plus de 3 mois est un symptôme fréquent en médecine générale, généralement bénin, souvent en rapport avec une infection virale spontanément résolutive. Il est par ailleurs important pour les parents de ne pas méconnaître une étiologie grave ou urgente.

Elle est définie, selon l'Agence Française de Sécurité Sanitaire (AFSSAPS, rebaptisée Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) en 2012), comme 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(1). Il s'agit donc d'une réaction adaptée de l'organisme à une situation pathologique, à l'inverse de l'hyperthermie qui est due à l'accumulation de chaleur d'origine endogène par augmentation de la thermogénèse (effort physique intense) ou à une accumulation de chaleur d'origine exogène par diminution de la thermolyse (coup de chaleur, diminution de la sudation, insuffisance d'apport hydrique). Il est important de rappeler que la fièvre est un moyen de défense de l'organisme aux infections, elle a donc un effet bénéfique lors d'infections invasives sévères.

Toute démarche diagnostique devant une fièvre du nourrisson nécessite une mesure de la température qui soit fiable, précise et reproductible. La méthode de référence est le thermomètre électronique par voie rectale(1), où la température corporelle est la plus élevée. D'autres méthodes de dépistage sont intéressantes, même si elles sont moins précises, parce qu'elles évitent le stress, voire les traumatismes, que peut entraîner la prise de température rectale(2):

- la température axillaire reste controversée du fait d'une influence par les variations de température extérieure et la nécessité de laisser le thermomètre en place dix minutes,
- la température buccale nécessite une coopération du patient et une méthodologie rigoureuse,
- la température tympanique qui est un excellent reflet de la température centrale mais où les conditions optimales d'utilisation sont sujettes à des variations anatomiques.

La mesure de la température n'est pas faite systématiquement avant une consultation : alors que 98,5 % des parents déclarent avoir un thermomètre, seuls 83% disent l'utiliser et 53 % des parents ne mesurent pas la température de leur enfant avant de consulter(3).

L'AFSSAPS a émis en décembre 2004 une mise au point sur la prise en charge de la fièvre chez l'enfant(1) qui reprend les grands principes à appliquer devant un nourrisson fébrile. Ces recommandations rappellent que le traitement n'est à entreprendre qu'au-delà d'une température supérieure à 38,5°C. Les trois mesures physiques à privilégier sont de proposer à boire régulièrement à l'enfant, de ne pas trop le couvrir et de bien aérer la pièce. Ces premières mesures permettent de reproduire les échanges que l'organisme met naturellement en jeu avec le milieu extérieur (radiation, conduction, évaporation et convection). Un des principaux facteurs limitant de ces méthodes est l'inconfort parfois important et toujours présent pour le nourrisson. En ce sens, le bain est remis en cause.

En ce qui concerne le traitement médicamenteux, la recherche d'apyrexie ne doit pas être un objectif en soi pour les parents. Il est actuellement recommandé de ne

prescrire qu'un seul antipyrétique, aucune étude n'ayant démontré l'intérêt d'une alternance ou d'une association systématique. De plus, la bithérapie aurait un impact angoissant sur les parents. Une fièvre mal tolérée malgré un traitement bien conduit pendant 24 heures doit amener les parents à une réévaluation médicale, qui juge seule du bien-fondé de la substitution éventuelle du médicament voire de l'adjonction d'un second antipyrétique(1). Il est nécessaire de choisir le médicament en respectant les contre-indications et précautions d'emploi. Les trois antipyrétiques les plus utilisés en France sont : le paracétamol, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (ibuprofène et kétoprofène) et l'aspirine :

- Paracétamol : 15 mg/kg/prise, soit 60 mg/kg/j en 4 ou 6 prises, sans dépasser 80 mg/kg/j, lequel expose le nourrisson au risque de toxicité hépatique, de réactions allergiques, et de thrombopénie,
- AINS : 20 à 30 mg/kg, dont les effets indésirables sont les infections des tissus mous, les hémorragies digestives, ulcérations œsophagiennes et gastriques, l'allongement du temps de saignement, et l'insuffisance rénale aiguë,
- Aspirine : 60 mg/kg en 4 à 6 prises, pouvant entraîner un syndrome de Reye, un allongement du temps de saignement, ainsi qu'une intoxication aiguë (hyperpnée, anomalies métaboliques, troubles neurologiques et digestifs).

La prise en charge initiale de la fièvre est souvent du ressort des parents, il est donc important de vérifier que l'enfant n'a pas déjà absorbé le même antipyrétique sous une forme ou une autre, de bien expliquer ces recommandations aux parents et aux

personnes ayant en charge le nourrisson. L'automédication reste extrêmement fréquente (plus de 96% des parents la pratiquent en 2010(4)). Les parents gardent l'impression de ne pas être bien informés et 55% d'entre eux ont au moins fait une erreur en automédiquant leur enfant(4). Les associations paracétamol et AINS sont fréquemment utilisées avec des risques de surdosage et d'interactions médicamenteuses (inversion de pipettes, spécialités commerciales différentes pour un même principe actif).

Malgré les explications des médecins généralistes, ce symptôme fièvre génère de l'angoisse liée à la peur d'une cause grave. Cette anxiété engendre une phobie de ce symptôme (concept de « Fever Phobia » décrit il y a plus de 20 ans(5)(6)) et une pression accrue sur les médecins par les parents. La recherche de l'apyrexie devient une finalité à atteindre par les parents, pensant agir pour le bien de leur nourrisson, ce qui amène à des consultations rapides (90% des consultations pour fièvre se font avant le 3^{ème} jour d'évolution, dont un quart avec un recours aux urgences pédiatriques(3)). L'augmentation régulière des consultations pédiatriques auprès des services d'urgences hospitalières et des médecins libéraux a entraîné ces dernières années une saturation des soins pédiatriques avec pour conséquence une lassitude des médecins.

Plusieurs études quantitatives ont été réalisées en médecine générale, chez des enfants de 3 mois à 6 ans, au travers de questionnaires remis aux parents en salle d'attente de pédiatres, médecins généralistes et aux urgences pédiatriques évaluant ainsi les compétences, les connaissances et l'attitude des parents face à la fièvre. Il en ressort principalement que les messages d'informations passent auprès des

parents, et qu'ils connaissent relativement bien les mesures à appliquer lors d'un épisode fébrile. Le médecin généraliste reste le principal vecteur d'information (21%(3) à 85 %(7) selon les études). La définition de la fièvre reste floue, elle est définie pour une température supérieure à 38°C pour 58.9%(8) à 68%(3) des parents selon les études, avec une initiation de traitement dès 38°C pour 66%(3) à 79 %(9) d'entre eux. Le bain est la mesure physique la plus fréquemment citée alors que l'hydratation est souvent oubliée(3)(8)(7). La déshydratation est peu connue comme complication alors que les parents attribuent de graves complications neurologiques à des poussées de fièvre(9)(7). Le paracétamol reste le traitement de première intention dans toutes les études réalisées(3)(8)(9)(7), mais les modalités des traitements antipyrétiques sont inadaptées, conduisant à une inefficacité thérapeutique, un surdosage ou encore à des interactions médicamenteuses délétères. Le critère de condition socio-économique semble discriminant dans une des études(7), avec une exacerbation des méconnaissances, concernant les causes de la fièvre et les pratiques antipyrétiques, parmi les parents aux conditions socioéconomiques défavorables. Répéter l'information devient primordial avec un conseil minimal surtout en dehors des périodes de crise(10).

Le concept d'éducation thérapeutique du patient connaît un engouement important depuis plusieurs années, avec le développement de structures spécifiques et de cursus spécialisés en formation continue, la multiplication des programmes mis à dispositions des patients(11). Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)(12), « elle vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ». L'éducation thérapeutique s'entend comme « un processus de

renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage, à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins. Elle a pour but d'aider les patients à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, afin de maintenir et d'améliorer leur qualité de vie. Les finalités spécifiques de l'éducation thérapeutique sont : l'acquisition et le maintien de compétences d'auto soins, la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation » (12).

Une planification en 4 étapes propose un cadre logique et cohérent pour l'action des personnels de santé(13):

- D'abord le diagnostic éducatif permet de connaître le patient, c'est-à-dire les différents aspects de sa vie et de sa personnalité, d'identifier ses besoins et demandes et de les prendre en compte, tout comme ses attentes et sa réceptivité (appréhender sa manière de réagir, ses ressources personnelles, sociales et environnementales),
- Ensuite, définir un programme personnalisé d'éducation thérapeutique avec des priorités d'apprentissage qui sont les compétences à acquérir,
- Puis, planifier et mettre en œuvre les séances d'éducation thérapeutique individuelles ou collectives ou en alternance,
- Enfin, réaliser une évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme : en faisant le point sur ce que le patient sait, ce qu'il a compris, ce qu'il sait faire et appliquer, et sur ce qu'il lui reste à acquérir.

La Haute Autorité de Santé (HAS)(13) rappelle que, pour être de bonne qualité, le programme d'éducation thérapeutique doit être centré sur le patient, fondé scientifiquement, enrichi par les retours d'expériences des patients et de leurs proches, faire partie intégrante du traitement et de la prise en charge. C'est un processus permanent qui s'adapte à l'évolution de la pathologie et au mode de vie du patient, il se construit avec lui en impliquant autant que possible ses proches.

Du point de vue législatif, le rapport de 1998 élaboré par le groupe expert de l'OMS-Europe(12) constitue le rapport de référence pour les orientations du développement de l'éducation thérapeutique. Il indique qu'il s'agit d'un « processus d'apprentissage centré sur le patient et adapté à ses besoins, nécessairement intégré au traitement et aux soins, ayant un caractère multi professionnel et multidisciplinaire, et nécessitant pour les professionnels de santé de suivre des formations méthodologiques ». La loi du 9/08/2004 du code de santé publique relative à la politique de santé publique et la loi du 13/08/2004 de l'assurance maladie soulignent le « caractère fondamental du développement d'une politique de prévention pour lutter contre la maladie, modifier les comportements à risque et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques ». « En termes d'éducation thérapeutique, il convient de favoriser une réflexion partagée des acteurs qui soit centrée sur l'observance, l'autogestion des alertes ou la réduction des erreurs iatrogènes » (11). Par ailleurs, la loi du 21/07/2009 du code de santé publique portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST), intègre et fait du concept d'ETP une priorité de santé publique nationale, afin de favoriser la prise en charge préventive et l'accompagnement plus précoce des maladies chroniques (14).

On ne retrouve dans la littérature que peu de travaux de recherche sur l'éducation des parents à la fièvre de leur enfant par les médecins. Il s'agit souvent d'une évaluation indirecte par des questionnaires destinés aux parents. La fièvre du nourrisson est une pathologie fréquente et bénigne dans la majorité des situations, et la mise en place des thérapeutiques est du ressort des parents. Il serait intéressant de pouvoir évaluer auprès des médecins généralistes les messages qu'ils relaient auprès des familles pour la prise en charge de la fièvre du nourrisson. Etant le principal vecteur d'informations et le premier recours, il est normal que les parents se tournent vers leur médecin généraliste en cas d'interrogations sur leurs compétences et aptitudes à gérer ces situations. Toute la difficulté est donc d'amener les parents à un niveau de connaissances leur permettant de gérer au mieux la fièvre de leur enfant, tout en sachant à quel moment le recours au médecin est nécessaire, et de diminuer ainsi leur anxiété, facteur déterminant de leur conduite. En cela, la consultation du nourrisson fébrile revêt un caractère fondamental, et ne doit pas être banalisée.

L'objectif de ce travail est de connaître les outils que mettent en place les médecins généralistes afin d'éduquer les parents à la fièvre du nourrisson de plus de 3 mois.

2. MATERIELS ET METHODES

Etude qualitative, par entretiens semi-dirigés, réalisée auprès de médecins généralistes installés en région lilloise et valenciennoise.

L'âge de trois mois a été défini, car la prise en charge d'un nourrisson de moins de trois mois fébrile relève d'une prise en charge spécifique.

Le recrutement initial a été fait par téléphone auprès des médecins généralistes recherchés dans l'annuaire téléphonique des pages jaunes.

L'entretien se déroulait au cabinet du médecin généraliste, après avoir fixé un rendez-vous, pour une durée d'une quinzaine de minutes par souci de facilité d'organisation. L'anonymat était garanti. Les entretiens ont été réalisés par les deux investigateurs en se plaçant en tant que chercheurs sans connaissances médicales, Ils se déroulaient en colloque singulier entre un médecin et un investigateur. Ceci a été fait afin de travailler sur des populations urbaines et rurales de médecins généralistes. Les investigateurs ont tenté de rester aussi neutres et bienveillants que possible.

Pour élaborer le guide d'entretien, les investigateurs se sont inspirés de la revue de littérature et des études qui ont été réalisées principalement auprès des patients. Le premier guide établi abordait les thèmes suivants : interrogatoire, examen clinique, prescriptions médicamenteuses et explications données aux parents, consignes de surveillance et éducation faite auprès des parents. Etant jugé trop directif par les investigateurs, il a été remanié pour plus de liberté d'expression des médecins interviewés. Ainsi, une question ouverte était posée initialement et la suite de l'entretien permettait d'explorer les points abordés par les médecins eux-mêmes. Les éléments non exprimés spontanément par les médecins n'étaient pas suggérés par

les investigateurs. La question de l'éducation des parents était par contre posée systématiquement puisqu'elle était le sujet même de cette étude. Ce guide d'entretien remanié a été testé sur deux médecins généralistes, afin de s'assurer de la faisabilité et de la compréhension du thème abordé.

Le nombre d'entretiens a été déterminé par la recherche de la saturation des données, lors du codage de ceux-ci.

Les entretiens ont été enregistrés sur un dictaphone numérique après autorisation des médecins. Les données ont ensuite été intégralement retranscrites mot à mot et authentiquement par les deux investigateurs sur le logiciel Word sous couvert d'anonymat.

L'ensemble des verbatims a ensuite été relu au fur et à mesure que les entretiens étaient réalisés par les deux investigateurs, chacun travaillant individuellement, afin de déterminer un premier codage ouvert. Les codes ont ensuite été mis en commun afin de s'assurer d'un taux de concordance suffisant (plus de 70 % en moyenne sur les verbatims). Une grille d'analyse a ainsi pu être établie pour les autres entretiens, complétée au fur et à mesure. Les différents codes retrouvés ont été classés en catégories et sous catégories permettant un regroupement des données et une meilleure maniabilité des informations. Les premières esquisses des résultats apparaissaient. Ensuite, les verbatims ont été relus pour en tirer les phrases et idées les plus marquantes et représentatives des entretiens. Cette étape a été réalisée par les deux investigateurs de manière conjointe.

3. RESULTATS

3.1. Présentation de la population

Les entretiens ont été réalisés entre le huit novembre 2012 et le quinze février 2013, auprès de seize médecins généralistes des régions lilloise et valenciennoise.

Six médecins étaient de sexe féminin. Trois médecins exerçaient en milieu rural, treize en milieu urbain.

La durée des entretiens était de 6 minutes et 27 secondes à 21 minutes et 54 secondes, avec une moyenne de 12 minutes et 52 secondes.

3.2. Qu'est-ce que la fièvre ?

Les médecins expliquaient que la fièvre est un symptôme subjectif pour les parents et qu'ils prenaient rarement la température avant de consulter, « il est chaud, je le sens bien » (MG1) était un élément fréquemment retrouvé dans les interrogatoires des parents.

Les parents se basaient sur le ressenti et la connaissance qu'ils ont de leur enfant, et souvent ils n'avaient même pas de thermomètre à domicile, « le thermomètre est une denrée en voie de disparition » ironisait le MG n°13.

Ils essayaient donc dans la mesure du possible d'expliquer aux parents ce qu'est la fièvre, en donnant une définition et une valeur seuil. Ils insistaient sur le fait que « la fièvre chez le bébé [...] c'est exceptionnellement grave », (MG8) et ils expliquaient « la fièvre [...], c'est un symptôme et à la fois un moyen de défense de l'organisme, [...] c'est assez bénéfique » (MG14).

En ce qui concerne la valeur seuil, les médecins fixaient la température au-dessus de 38.5°C, parce que « en dessous de 38.5, c'est pas gênant » (MG14). Certains parlaient tout de même de 38°C comme valeur seuil.

MG1 : « en dessous de 38°C, ce n'est pas grave, au-dessus de 38°C, on revoit un petit peu le problème ».

3.3. Qu'est-ce qu'un nourrisson ?

Peu de médecins donnaient une définition claire du nourrisson, certains en parlaient et donnaient comme limite supérieure un âge de 2 ans.

« Au-delà de deux ans, il n'est plus nourrisson » (MG16)

3.4. Interrogatoire

L'interrogatoire était un temps important dans une consultation de nourrisson fébrile : « j'estime que finalement on doit passer presque autant de temps à l'interrogatoire qu'à l'examen de l'enfant » (MG2).

Ce premier contact avec les parents permettait également aux médecins de se faire une idée sur l'étiologie de la fièvre et de rechercher ultérieurement à l'examen clinique les éléments confirmant ou infirmant cette hypothèse : « je pense qu'avec l'expérience on doit déjà avant de toucher le nourrisson, on doit déjà avoir une idée de ce que l'on recherche, sans pour autant non plus se fixer sur l'idée, l'idée préconçue qu'on a » (MG2)

3.4.1. Premières questions

Au début d'une consultation pour nourrisson fébrile, les premières questions que les médecins posaient aux parents étaient :

- les caractéristiques de la fièvre : « l'interrogatoire, depuis quand, l'enfant fait-il de la fièvre, à combien monte la fièvre » (MG16).

L'ancienneté et l'intensité de la fièvre étaient deux des critères importants pour les médecins interviewés, qui conditionnaient la prise en charge ultérieure.

MG 6 : « Après tout dépend du degré de la température, si c'est un fébricule à 38 et demi ou si ça passe au-dessus de 39 »

Un des médecins (MG13) insistait auprès des parents sur le fait que l'intensité de la fièvre n'est pas proportionnelle à la gravité de la pathologie sous-jacente : « on peut être gravement malade avec une fièvre relativement basse, voire pas de fièvre, donc [...] l'intensité haute de la température n'est pas signe de gravité, inversement, on peut avoir un gosse mal en point avec 38.2-38.3 »

- la notion de contexte épidémique : « voir si y'a une notion épidémique au niveau familial, sinon si y'en a un qui était enrhumé, si y'avait [...] un état grippal dans le secteur, des gastro ou [...] d'autres soucis en ce moment » (MG5)
- l'automédication éventuelle et la réponse aux antipyrétiques donnés : « quelle est la réponse aux antipyrétiques éventuellement si ç'a déjà été donné, et les autres moyens accessoires qui ont été mis en œuvre pour faire baisser la température » (MG13)
- la notion d'une consultation antérieure en médecine générale, ou d'une consultation chez le pédiatre était recherchée par un des médecins : « Faut voir s'ils n'ont vu personne d'autre, parce que quelque fois, ils sont déjà allés chez le pédiatre, l'après-midi même, ou le matin ou la veille, puis ils ne nous le disent pas. » (MG1)
- les antécédents du nourrisson étaient également recherchés : « revenir un peu auparavant avec les antécédents déjà du bébé si y'avait eu des problèmes à la naissance » (MG5), notamment les problèmes de pyélonéphrite : « et que la maman t'a dit qu'il n'y avait pas apparemment d'autre problème urinaire » (MG1).

3.4.2. Signes associés

Les signes associés permettaient d'éliminer une fièvre nue nécessitant des explorations complémentaires. Ils aidaient à poser un diagnostic et à proposer une prise en charge adaptée.

C'était un autre temps de l'interrogatoire qui donnait au médecin une idée préalable à l'examen clinique.

MG5 : « je discute avec les parents pour voir un petit peu ce qui se passe exactement, les symptômes qui sont liés [...], [s'il] tousse, s'il est enrhumé [...], les urines si elles sont malodorantes, [...] [s'il y a] des problèmes de transit [...], [s'il] vomit [...], au niveau de l'alimentation [s'il] prend bien ses biberons ou bien [...] son autre alimentation selon ce qu'il a »

3.4.3. Tolérance de la fièvre

Pour évaluer la tolérance de la fièvre, les médecins interviewés se basaient essentiellement sur le récit des parents et surtout sur la connaissance qu'ils avaient de leur enfant : « parce que souvent la maman elle connaît » (MG1)

Cette partie de l'interrogatoire était primordiale pour un des médecins interviewés : « Le plus important je pense c'est de voir un peu, la tolérance [...] de la fièvre, et la tolérance de la maladie » (MG14).

Le jeu, le rire et le comportement du nourrisson étaient des éléments qui alarmaient les médecins et qui devaient être surveillés par les parents tout comme l'hydratation et la prise alimentaire.

MG3 : « est-ce qu'il est [...] réactif au niveau du comportement, est-ce qu'il continue de jouer, de rire ou pas... »

MG14 : « Est-ce qu'il est comme d'habitude ? [...] Est-ce qu'il mange ses biberons ou ses petits pots, s'il boit bien ».

3.5. Examen clinique du nourrisson

3.5.1. Inspection

Le temps fort de l'examen clinique d'un nourrisson était rappelé par plusieurs des médecins interviewés : l'observation et le ressenti du médecin jouaient une part non négligeable dans l'approche du nourrisson.

MG3 : « le regarder c'est souvent déjà un bon indicateur de tolérance de la température »

Un des médecins insistait sur l'approche purement visuelle de l'examen clinique du nourrisson, évoquant même un « feeling » au premier regard : « C'est tout, on le voit tout de suite, on le sent, enfin, je ne dis pas qu'on a 100% de réussite mais en gros la première impression c'est souvent la bonne » (MG8).

En ce qui concerne l'inspection, la plupart des médecins interviewés indiquait examiner un nourrisson entièrement nu : « une chose très importante, la maman déshabille entièrement l'enfant » (MG12).

3.5.2. Mesure de la température

Quelques médecins interviewés prenaient la température au cabinet. Les méthodes de mesure de la température étaient le thermomètre infra-rouge, et le thermomètre auriculaire, ou encore trans-cutané. Certains la prenaient de manière systématique, alors que d'autres vérifiaient seulement en cas de doute sur l'existence d'une fièvre.

MG1 : « Si on a un doute on vérifie la température, avec un thermomètre à l'oreille souvent »

MG2 : « je prends toujours aussi la température avec un thermomètre [...] infra-rouge ».

3.5.3. Courbes de croissance

Les médecins interviewés pesaient le nourrisson. Ils mesuraient également sa taille, et évoquaient la mesure du périmètre crânien. Les raisons soulignées étaient :

- vérifier s'il n'y avait pas de perte de poids, principalement en cas de troubles digestifs associés,
- vérifier que la courbe de croissance était bien harmonieuse.

MG6 : « Logiquement dans la consultation [il n'y a] ni pesée ni [...] prise de poids sauf [s'il y a] une diarrhée associée, c'est pas forcément nécessaire [...] de peser et de mesurer l'enfant, moi je le fais relativement systématiquement mais c'est pas forcément nécessaire ».

3.5.4. Examen physique

Les médecins énonçaient le fait que l'examen clinique d'un nourrisson devait être le plus complet possible, appareil par appareil, « en général c'est de la tête aux pieds »

(MG2) :

- Ils évoquaient de manière systématique trois appareils principaux : ORL, cardio-pulmonaire et abdominal,

- deux autres appareils étaient moins cités par les médecins : neurologique et cutané.

MG7 : « je fais un examen complet en général [...], donc ORL, pulmonaire, [...] abdominal, vérifier les signes cutanés, [...] neurologiques et méningés s'il fait de la fièvre isolée, [...] la fontanelle ».

Les médecins parlaient des difficultés qu'ils ressentaient devant un nourrisson fébrile, principalement liées aux conditions techniques de l'examen clinique : « de toute façon 9 fois sur 10 le nourrisson il est en train de hurler [rires], donc c'est pas toujours facile » (MG2).

Les signes de déshydratation étaient également évoqués : « bien sûr si la température monte à 40, évidemment là, les signes de déshydratation, [...] donc le pli cutané, la façon dont les globes oculaires sont » (MG12).

Certains médecins commentaient leur examen clinique au fur et à mesure de l'avancée de la consultation, et expliquaient aux parents le diagnostic qu'ils posaient à la fin de l'examen clinique : « après avoir examiné [...] je leur commente un petit peu ce que j'ai vu, ce que je pense au niveau diagnostic » (MG5).

3.6. Prise en charge d'un nourrisson fébrile

3.6.1. Examens complémentaires et recours au milieu hospitalier

Les médecins donnaient les examens complémentaires qu'ils pouvaient être amenés à demander devant un nourrisson fébrile.

Par ordre de fréquence,

- l'examen cytot bactériologique des urines (ECBU) était l'examen complémentaire demandé en première intention,
- puis, le bilan biologique et la radiographie du thorax.

Les raisons pour lesquelles les médecins prescrivaient des examens complémentaires était :

- une fièvre nue : « si j'ai rien à l'examen, qu'il a une température isolée, je fais un ECBU » (MG7)
- une fièvre élevée : « quand [il y a] des températures chez des nourrissons qui sont quand même relativement élevées, on a toujours la possibilité de faire une prise de sang dans la journée, radio de poumons, ECBU, dans la journée » (MG10)
- l'existence d'une altération de l'état général, notamment avec la présence d'une toux : « [S'il y a] un doute au niveau pulmonaire, donc avec une altération de l'état général etcetera, mais sans franchement quinte de toux, bien sûr je prescris une radio de thorax aussi » (MG12)
- la persistance de la fièvre au-delà de 2 à 3 jours : « puis s'il est toujours fébrile au bout d'un certain temps et qu'on trouve toujours rien,

systématiquement, je suis assez d'avis à faire une analyse d'urines systématique, puis éventuellement une radio de poumons déjà, voire une prise de sang pour voir si, NFS, VS et CRP, s'il y a quelque chose ou pas, qui peut orienter » (MG13).

Les médecins interviewés évoquaient le recours au milieu hospitalier et surtout des consultations aux urgences. Plusieurs signes indiquaient qu'il y a nécessité d'un avis spécialisé aux urgences :

- un doute diagnostique : « si vraiment on a un gros doute, c'est quand même assez rare, on l'adresse aux urgences pédiatriques » (MG8)
- le contexte social avec milieu familial précaire ou angoisse parentale : « la maman elle panique trop et puis on se dit ici ça va foirer alors on l'envoie à l'hôpital » (MG1)
- la déshydratation avec perte de poids : « si on a un poids récent et qu'il a perdu du poids c'est vrai que c'est hospitalisation tout de suite » (MG2)
- les geignements et l'apathie du nourrisson : « un nourrisson qui est fort apathique, geignard, et puis qui semble un peu bizarre je l'envoie quand même aux urgences pour voir un peu ce qui se passe » (MG5)
- une suspicion de pyélonéphrite, et la nécessité d'examens complémentaires : « ou si c'est des fois hospitalisation, des fois on a des petits qui vont pas bien cliniquement et qui faut parfois orienter, ou avoir des examens complémentaires » (MG7).

3.6.2. Mesures physiques

Les principales mesures conseillées par les médecins étaient :

- découvrir l'enfant,
- aérer et contrôler la température de la pièce,
- l'hydratation des nourrissons et l'augmentation des apports hydriques sont expliquées aux parents, à donner en petites quantités et régulièrement :
« lui donner à boire [...] par petites quantités, à lui proposer très régulièrement, si c'est un tout petit, donc à lui proposer tous les quarts d'heure, vingt minutes, [...] l'hydrater » (MG3),
- rafraîchir l'enfant.

MG13 : « les conseils : ne pas donner systématiquement dès qu'il fait 37.8, [...] pas trop couvrir, voire découvrir, aérer un petit peu la chambre régulièrement, pas d'atmosphère trop sèche, pas donner de bain systématiquement, voilà, humidifier, brumiser, et puis lui donner à boire, le faire boire ».

Le bain était recommandé et était une mesure physique importante pour certains. Ils expliquaient aux parents de mettre l'enfant dans un bain deux degrés en dessous de la température corporelle, si la température restait élevée malgré la prise d'un antipyrétique : « Le découvrir, ne pas hésiter à donner un bain [...], si nécessaire, enfin dans le temps on disait ça [...], je crois, on y revient ou n'y revient pas, mais... Enfin moi je reste encore aux vieilles méthodes donc je dis le bain ça peut éviter la déshydratation » (MG2).

D'autres insistaient sur l'inutilité voire la dangerosité du bain et avaient ainsi modifié leurs pratiques professionnelles : « On n'est plus [aux] méthodes barbares à mettre dans l'eau deux degrés en dessous de la température, [...] les enveloppements humides, c'est aussi ce qu'on nous apprenait nous mais [...] c'est vrai que là je ne préconise pas » (MG16).

3.6.3. Traitement antipyrétique

3.6.3.1. Noms d'antipyrétiques :

Devant un épisode fébrile du nourrisson, les médecins prescrivaient en première intention le paracétamol. En deuxième intention, l'ibuprofène était prescrit en relais du paracétamol ou plus fréquemment en alternance médicamenteuse.

MG15 : « Eventuellement si la température est remontée au bout de trois heures, en général, j'alterne avec l'Advil® toutes les trois heures, avec un espace de six heures entre chaque même molécule »

L'aspirine était également citée, parfois préférée à l'ibuprofène, pour éviter les mésusages liés à la prise de ce dernier.

MG2 : « Moi je mets encore pas mal d'Aspégic® en fait, d'aspirine [...] tout simplement [...]. Parce que les parents vont se méfier plus facilement de l'aspirine. »

Certains médecins interviewés n'utilisaient plus l'alternance médicamenteuse de manière systématique, et se référaient aux nouvelles recommandations pour justifier cette pratique professionnelle.

Certains reconnaissaient tout de même le proposer aux parents en cas de fièvre persistante malgré la prise correcte de paracétamol, ou pour soulager le nourrisson paraissant algique.

MG7 : « j'utilise toujours le paracétamol en premier, ibuprofène en deuxième intention en expliquant aux parents de l'utiliser en deuxième recours pour une température qui est très [...] élevée et qui baisse pas avec le Doliprane® »

Un des médecins interviewés signalait prescrire en dénomination commune internationale (DCI) au lieu des noms commerciaux pour éviter les risques d'incompréhension des parents et donc de surdosage.

MG15 : « Quand vous dites trois, quatre noms en même temps c'est un peu difficile, c'est pour ça, j'ai tendance à dire paracétamol et ibuprofène, plus que Doliprane®, plus qu'une marque en fait ».

3.6.3.2. Indication du traitement antipyrétique

Les seuils d'instauration du traitement antipyrétique variaient selon les médecins interviewés :

- la majorité expliquait aux parents qu'il fallait instaurer un traitement au-delà de 38.5°C. Certains précisait que la tolérance de la fièvre et le confort de

l'enfant étaient également des éléments à prendre en compte pour la mise en route du traitement antipyrétique.

MG16 : « en disant bien à la maman que la fièvre est un moyen de défense de l'organisme donc c'est pas systématique de faire baisser la fièvre, qu'il faut donner quelque chose a priori au-delà de 38,5°C et si l'enfant supporte mal la fièvre ».

- un médecin préconisait le seuil de 37.9°C pour instaurer le traitement antipyrétique, et un autre se disait « pas trop [...] stressé pour la température » et l'initiait au-delà de 39°C.
- le MG7 faisait varier le seuil de traitement selon l'âge de l'enfant, sans donner d'âge précis : « alors pour les tous petits je dis 38 [rires], pour les plus grands 38,5 ».

3.6.3.3. Posologie et fréquence d'administration

La dose à administrer était calculée en fonction du poids, principalement à l'aide d'une pipette graduée. La fréquence d'administration variait de 4 à 6 heures mais l'ensemble des médecins prescrivait une dose d'antipyrétique toutes les 6 heures, et transitoirement toutes les 4 heures, surtout en début d'évolution de la pathologie.

MG16 : « donc elle peut donner du paracétamol si nécessaire toutes les 4 heures, euh, normalement toutes les 6 heures mais si nécessaire toutes les 4 heures pendant un jour ou deux, [...] si l'état de l'enfant le nécessite ».

En ce qui concerne la présentation des traitements antipyrétiques (du paracétamol en particulier), les médecins préféraient utiliser la solution buvable, car « c'est quand même mieux dosé en fonction du poids » (MG10), mais ils s'adaptaient aux préférences des parents et des enfants pour les suppositoires et les sachets, certains médecins conservant des habitudes de prescription selon l'âge de l'enfant.

MG14 : « en général le nourrisson de plus de trois mois je préfère le suppositoire pour les plus petits et après la forme buvable en général ».

3.6.4. Traitement étiologique

MG2 : « Le traitement en fonction de l'étiologie évidemment, donc ça va de rien du tout [rires] s'il a pas de fièvre ici au cabinet, s'il a pas de symptôme [...] on surveille »

Parmi les étiologies évoquées par les médecins généralistes, les causes ORL étaient les plus fréquentes.

MG11 : « généralement on trouve la cause en examinant, la cause de la fièvre, [...] souvent [...] c'est des causes ORL, [...] faut être logique, c'est quand même la plus grande [...] cause ».

Les médecins interviewés évoquaient le recours au traitement antibiotique dans la prise en charge de la fièvre, selon l'étiologie retrouvée à l'examen clinique.

Les arguments justifiant la mise en place d'un antibiotique étaient les suivants :

- Une demande insistante des parents : « avec toutes les pressions actuelles qu'on a » (MG1),

- des consultations à répétition des parents,
- la précarité du milieu social,
- la durée d'évolution de la pathologie,
- l'existence d'une infection bactérienne prouvée cliniquement,
- un doute du médecin.

MG2 : « un enfant qui revient à répétition, ou alors le milieu est à risques, à savoir [il n'y aura] pas un suivi forcément terrible terrible, [...] là oui je préfère mettre un antibiotique de couverture ».

L'antibiotique de première intention était l'amoxicilline en dehors de l'existence d'un antécédent de réaction allergique.

3.6.5. Traitement symptomatique

Les autres traitements cités par les médecins dépendaient des symptômes retrouvés à l'examen clinique :

- les désobstructions rhino-pharyngées (DRP) et collutoires nasaux,
- l'alpha-amylase en sirop,
- les suppositoires utilisés à visée antitussive,
- les anti-inflammatoires ou corticoïdes,
- l'homéopathie,

- les solutés de réhydratation orale (SRO) en cas de troubles du transit associés,
- la kinésithérapie respiratoire en cas d'encombrement bronchique.

MG2 : « désinfection du nez, [...] pulvérisation du nez, désinfection, [...] ou anti-inflammatoire ou cortisone si vraiment on a une forte otite, kiné s'il est vraiment encombré ».

MG16 : « si l'enfant présente des risques de déshydratation, parce qu'il vomit ou qu'il a de la diarrhée, je vais donner une solution de réhydratation, je vais donner une notice, je vais expliquer à la maman de quelle façon il faut donner à l'enfant ».

3.6.6. Consignes expliquées aux parents

3.6.6.1. Consignes de surveillance

Les éléments qui devaient amener les parents à reconsulter le médecin généraliste afin que le nourrisson soit réexaminé étaient expliqués aux parents. Ils étaient plus ou moins détaillés selon les médecins et selon la connaissance qu'ils avaient de la famille qui consultait.

Ces éléments étaient les suivants :

- la persistance de la fièvre ou des symptômes existants, le délai de reconsultation variait selon les médecins de 2 à 4 jours mais la majorité donnait un délai de 48 à 72 heures,
- l'aggravation de la fièvre ou des symptômes préexistants,

- l'apparition de nouveaux signes cliniques comme :
 - o des troubles du transit,
 - o une éruption cutanée, une modification de la coloration de la peau : un médecin disait expliquer aux parents comment reconnaître un purpura,
 - o des difficultés respiratoires...
- des modifications du comportement : il s'agit d'un des éléments de surveillance sur lequel les médecins insistaient beaucoup.

MG13 : « s'il y a une éruption cutanée, [...] des difficultés respiratoires, si l'enfant n'est pas comme d'habitude, s'il a un comportement inhabituel, s'il y a des signes digestifs associés qui arrivent, s'il y a une éruption cutanée, [...] notamment purpurique [...], ou si l'enfant n'a pas l'air bien quoi, toujours s'inquiéter devant des gosses qui font de la température et qui au lieu d'être rouges et vultueux, sont pâles voire grisâtres, marbrés ».

3.6.6.2. Consignes orales et écrites

Les médecins interviewés ont indiqué commenter les prescriptions aux parents: « je leur décris bien quand il faut le prendre, à quel moment, combien de jours, la dose, [...] tout ça est noté sur l'ordonnance, [...] je leur dis oralement plus tout est noté sur l'ordonnance. » (MG4).

Ils soulignaient la nécessité d'expliquer aux parents oralement les consignes de surveillance et la prise du traitement antipyrétique ; certains médecins insistaient

également sur les consignes écrites et sur le risque médico-légal en inscrivant tout sur le carnet de santé et dans le dossier informatisé : « extrêmement important, sur le plan médico-légal, je note toujours sur le dossier [...] pourquoi les parents sont venus, ce que j'ai constaté au cabinet, et dans la mesure du possible, le traitement donné aussi. » (MG2).

Le carnet de santé prenait une place majeure dans la consultation du nourrisson. Les médecins expliquaient qu'ils pouvaient vérifier le suivi et les vaccins des enfants quand ils ne connaissaient pas la famille, et pouvaient y annoter « les différentes données que j'ai pu glaner au niveau anamnèse et au niveau examen clinique, le poids, taille, périmètre crânien » (MG12).

Les prescriptions informatisées permettaient une clarté de l'information pour les parents et une traçabilité pour le médecin : « sur l'ordinateur, je note le nom de la molécule, le nom du médicament, éventuellement en générique, je note la posologie, donc ça déjà c'est écrit, donc je note la posologie, [...] la fréquence de prise et la durée. » (MG12).

3.7. Education des parents à la fièvre du nourrisson

3.7.1. Les médecins généralistes pensent-ils faire de l'éducation ?

Les médecins interviewés estimaient faire de l'éducation thérapeutique du patient.

MG14 : « [oui], je pense que quand même, toute consultation fait [...] un peu d'éducation des parents quand même. Bon en parlant on dit toujours un petit peu des choses un petit peu comme ça, et pour la fièvre je pense que c'est important d'informer les parents. ».

Ils donnaient et expliquaient aux parents :

- les consignes de surveillance,
- les mesures physiques face à la fièvre,
- les signes de reconsultation, notamment les signes de gravité.

Ces trois éléments ont été développés ci-dessus, ils sont les trois principaux points sur lesquels les médecins insistaient auprès des parents de nourrisson fébrile.

D'autres expliquaient ce qu'est la fièvre, donnaient une définition et une valeur seuil, et insistaient sur les indications du traitement antipyrétique.

Quelques médecins pensaient au contraire, ne pas faire d'éducation thérapeutique, mais dans le discours qu'ils tenaient auprès des parents, on retrouve les mêmes éléments cités ci-dessus. « Donc on passe du temps. On discute. Donc on n'éduque pas, mais on essaie d'expliquer l'ordonnance » (MG10).

Ils justifiaient l'absence d'éducation par le fait qu'il s'agissait de « choses assez simples et en général il n'y a pas trop de problèmes de compréhension » (MG4), que

les parents connaissaient déjà du fait des conseils familiaux, des médias et d'un environnement socio-économique favorable. Pour eux, ce n'était pas de l'éducation parce qu' « on fait de la répétition d'éducation ! » (MG10).

MG11 : « non j'ai plus l'impression de faire des rappels, pas de l'éducation, oui j'ai plus l'impression de faire des rappels à chaque fois, vraiment je ne me souviens pas avoir appris [...] quelque chose aux parents, en parlant de quoi faire en cas de fièvre ».

Aucun médecin n'a donné de définition claire de l'éducation thérapeutique du patient.

3.7.2. Comment les médecins généralistes éduquent-ils les parents ?

Les médecins prenaient un temps spécifique avec les parents, « souvent lors de la première visite, en sortie de maternité, on leur demande de repasser, je leur explique comment ça fonctionne au niveau de la fièvre » (MG6).

Un élément cité par une grande partie des médecins était la répétition des informations données, à chaque consultation, par des « petits messages clairs » (MG13). Ils insistaient surtout sur le fait de s'assurer de la compréhension des parents et de vérifier les acquis à chaque consultation : « je le redis à chaque fois, [...] systématiquement, à chaque consultation, [...] tout comme je redis toutes les consignes quand ils ont une gastro par exemple, pour surveiller l'hydratation c'est redit à chaque consultation » (MG11).

L'éducation des parents sur la fièvre de leur nourrisson passait d'abord pour plusieurs médecins généralistes par une réassurance des parents, en répondant à leurs questions et en laissant la place à un débat et un dialogue ouvert, et surtout en

réexpliquant les messages clés : « en fait après c'est aussi beaucoup d'échanges, de réponses aux questions des parents pour rassurer aussi » (MG6).

Certains médecins mettaient l'accent sur les consignes écrites et les brochures informatives qu'ils remettaient aux parents. Commenter l'ordonnance et le carnet de santé rentrait dans les méthodes utilisées par les médecins pour éduquer leurs patients : « Donc on répète à nouveau, on écrit [sur] le carnet, on laisse une trace, on explique un petit peu les consignes, sur l'ordonnance, comme ça au moins le pharmacien peut répéter, et sur le carnet un petit peu » (MG10).

Un des médecins généralistes nous indiquait utiliser également des dessins et des schémas explicatifs, surtout pour le traitement antipyrétique : « parfois je leur donne le petit dessin, comme ça ils comprennent, et même les heures, comme ça ils ne font pas de bêtise en fait » (MG15).

3.7.3. Facteurs limitant l'éducation thérapeutique

3.7.3.1. Facteurs liés aux parents

Les freins à l'éducation à la fièvre du nourrisson prenaient pour point de départ les parents :

- l'angoisse parentale, avec les médecins qui expliquaient que certains parents consultaient en situation d'angoisse : «ça dépend de la sensibilité des parents. Il y en a qui paniquent tout de suite et qui viennent tout le temps, et puis il y en a d'autres qui attendent » (MG1).

Cette angoisse parentale semblait difficilement contrôlable pour la majorité des médecins malgré les explications données et la réassurance.

D'autres médecins exprimaient le contraire et expliquaient que « le fait d'avoir pris du temps pour expliquer [...], ça va mieux, même au fur et à mesure que l'enfant grandit ça va mieux » (MG6).

- l'expérience des parents jouait également un rôle primordial d'après les médecins interviewés : « l'éducation thérapeutique c'est plutôt pour les jeunes mamans, sans expérience » (MG8). En effet, il apparaissait que les parents consultaient moins souvent et plus tardivement pour le deuxième ou le troisième enfant.

MG1 : « le premier bébé il faut quand même leur apprendre beaucoup de choses, [...] le troisième, la maman sait souvent, de toute façon elle vient moins vite au troisième qu'au premier. Le premier il y a la panique ».

- le niveau intellectuel des parents devait être pris en compte. Un des médecins demandait une consultation systématique au bout de trois à quatre jours en cas de doute sur la compréhension des parents.

MG12 : « on a des gens déjà qui sont plus ou moins cortiqués, donc [il y a] des gens [...] chez lesquels faut vraiment mettre les points sur les i ».

- le milieu socio-économique ne paraissait pas être un élément déterminant dans l'éducation. Les médecins interviewés avaient des opinions divergentes sur ce point :

MG2 : « on peut avoir une bonne éducation, être d'un bon niveau socio-économique, et se débrouiller comme un manche [...]. Et on a des gens qui sont d'un milieu économique modeste qui se débrouillent très très bien, tout simplement parce que justement, les mamans [...] issues du milieu socio-économique modeste ont eu des petits frères déjà ou des petites sœurs »

MG1 : « ça dépend du quartier où tu travailles, travailler à Wazemmes ce n'est pas pareil que quand tu travailles à Bondues, le milieu social il joue beaucoup quand même ».

- les médecins insistaient sur la connaissance qu'ils avaient de la famille. Les messages qu'ils donnaient à la famille pouvaient être influencés par ce facteur.

MG2 : « j'insiste encore une fois sur le contexte, la famille qu'on connaît, ou la famille qu'on ne connaît pas [...] ça ne va pas changer l'examen, ça va pas changer l'interrogatoire, mais dans la tête du généraliste ça va changer complètement [...] l'approche [...] du traitement par la suite ».

La majorité des médecins interviewés nous disait adapter les messages d'éducation en fonction du profil des parents.

3.7.3.2. Facteurs liés aux médecins

L'ensemble des médecins interviewés relevait que le principal frein à l'éducation thérapeutique du patient était le manque de temps en consultation. Devant la demande accrue des patients et le manque de médecins généralistes, ils exprimaient clairement le fait qu'ils ne pouvaient pas prendre le temps avec les parents.

MG10 : « si la consultation elle est importante, on peut pas non plus passer une demi-heure avec les gens pour expliquer que bon faut faire comme-ci, on est quand même limité [...], les journées sont longues, on peut pas non plus passer trop de temps avec les patients ».

MG13 : « il y a aussi le manque de temps, et le temps c'est quand même de l'argent, on fonctionne à l'acte et sans faire de l'abattage, on ne peut pas voir que 10 patients par jour et passer une heure avec chaque patient à tout leur expliquer ».

La durée de la consultation était estimée entre dix et quinze minutes par les médecins interviewés.

MG1 : « je crois que là on a fait à peu près le tour d'une consultation qui dure 10 minutes, un quart d'heure »

MG8 : « ça dure en gros un quart d'heure ».

Certains médecins indiquaient également le manque de motivation et d'adhésion des parents dans la prise en charge de leurs nourrissons.

MG13 : « Il faut de l'investissement du médecin, il faut de l'investissement des parents aussi, c'est pas à sens unique [...] il y a des gens qui posent des questions, il y a des gens qui vous en posent jamais aussi ».

3.7.3.3. Autres facteurs

D'autres éléments étaient retrouvés pendant les entretiens semi-dirigés :

- l'entourage familial jouait un rôle important avec notamment les conseils et les anecdotes d'expériences vécues exprimés par la famille.

MG3 : « Oui je pense quand même que [...] c'est plutôt des choses qui ont été transmises des anciens aux plus jeunes et puis qui restent encore fort fort ancrées ».

- les medias actuels et surtout le développement d'internet et des forums de discussions où les parents cherchaient des réponses.

MG11 : « Les forums, j'ai l'impression qu'elles [...] vont beaucoup là-dessus ».

3.7.4. Rôles de l'éducation thérapeutique du patient

Ils reconnaissaient tous que l'ETP était importante et nécessaire, notamment :

- pour que les parents puissent gérer la fièvre du nourrisson à la maison, étant donné que la prise en charge initiale est l'apanage des parents. L'éducation à une autogestion permettrait de diminuer l'angoisse parentale et d'éviter les demandes de consultations en urgence,

MG4 : « il faut qu'ils sachent faire face [...] en cas d'hyperthermie, parce que sinon, [...] les parents vont paniquer et puis ils vont consulter de façon inutile quoi ».

- certains médecins estimaient que les parents pouvaient s'occuper seuls d'un épisode fébrile sans regard médical indispensable,

MG13 : « parce qu'ils peuvent déjà autogérer leur nourrisson et pas consulter inutilement non plus, je vais dire, consulter que si ça en vaut la peine ».

- afin de reconnaître les signes de gravité, « pour agir vite, justement pour ne pas avoir de [...] retard au niveau de certains traitements, certains examens, [...] sincèrement j'ai vraiment l'impression que c'est vraiment primordial » (MG11).

- pour corriger les anciennes pratiques des parents et les erreurs qu'ils ont pu commettre antérieurement,

MG3 : « pour essayer de corriger [...] les pensées [...] ancestrales [...] de revenir à des choses plus [...] scientifiques ».

- pour s'assurer de la compréhension des parents,

MG11 : « ça me semble primordial, il est évident, en tout cas de vérifier s'ils ont bien compris, l'éducation par rapport à la surveillance d'un nourrisson qui fait de la fièvre ».

4. DISCUSSION

4.1. Force et limites de l'étude

Cette étude qualitative permet d'appréhender la prise en charge de la fièvre du nourrisson de plus de trois mois par les médecins généralistes. Elle permet également de connaître les outils et les méthodes qu'ils utilisent auprès des parents pour les éduquer à la fièvre de leur nourrisson. Peu d'études ont été réalisées sur le sujet ; celles que l'on retrouve dans la littérature ont été faites principalement auprès des parents, au travers de questionnaires, c'est-à-dire des études quantitatives. Le choix de l'étude qualitative est plus adapté à la médecine générale et à la complexité de la pratique. L'entretien semi-dirigé a été privilégié car cela permettait aux médecins une liberté d'expression.

L'échantillon a été constitué de manière aléatoire, avec une sélection des médecins dans les pages jaunes. Cependant, des limites géographiques ont dûes être établies, pour plus de facilité pour les investigateurs. Il s'agit de régions urbaines où l'accès aux soins est plus accessible pour les patients, et l'accès aux urgences ou aux examens complémentaires plus aisé. Ces éléments ont pu induire un biais de sélection. De plus, la participation des médecins reposait sur la base du volontariat, ils étaient peut-être particulièrement intéressés par le sujet qui était évoqué au premier contact téléphonique.

Certains biais non intentionnels peuvent être liés à l'investigateur lui-même tels que la mauvaise lecture d'une question, la mauvaise compréhension de la réponse des médecins généralistes ou encore la prise en compte d'une réponse non pertinente ou mal formulée par le médecin généraliste. Ce type de biais a pu être

limité par l'enregistrement à l'aide d'un dictaphone numérique permettant une restitution ad integrum.

L'investigateur peut aussi avoir influencé les réponses des médecins généralistes par son attitude non verbale (ses réactions aux réponses, son attitude, le ton de sa voix...) ou par ses commentaires effectués hors du contexte de l'étude. Ce type de biais est difficilement contrôlable car un entretien est la rencontre de deux personnes et de deux personnalités. Les investigateurs sont restés aussi neutres que possible, se limitant aux questions, sans commentaires entre les réponses des médecins généralistes. Aucun rappel des dernières recommandations n'a été explicité aux médecins généralistes même s'il y a eu sollicitation de la part de certains.

Conduire un entretien semi-dirigé demande des techniques méthodologiques rigoureuses. Or, il s'agissait de la première expérience des deux investigateurs en recherche qualitative. Ils ont pu être aidés par leur directeur de thèse qui les orientait pour suivre une méthodologie rigoureuse.

La méthode choisie pouvait provoquer une perte d'informations puisqu'elle se basait sur les souvenirs des médecins généralistes. De plus, les médecins pouvaient éprouver une gêne du fait de la présence d'autrui, et adopter une attitude de « prudence », inquiets d'être jugé par un pair. Pour limiter ce biais, les entretiens semi-dirigés laissaient une liberté d'expression et une spontanéité des réponses. Des questions simples ont été posées, et reformulées en cas de mauvaise compréhension initiale. L'entretien était réalisé aux cabinets médicaux permettant aux médecins généralistes d'être dans un environnement connu pour se remémorer des expériences personnelles. Les conditions de l'entretien n'étaient pas forcément optimales (entretien rapide, réalisé entre les consultations, interruption

téléphonique...). C'est pour diminuer cette composante que le rendez-vous était pris par téléphone au préalable, avec une estimation par les investigateurs du temps nécessaire à l'entretien de quinze à vingt minutes.

L'impartialité est nécessaire dans une étude qualitative mais le biais d'interprétation ne peut pas être écarté, du fait d'une exploitation insuffisante des données ou défectueuse des résultats. Une triangulation des sources ou des méthodes est utile afin d'améliorer la validité interne et la qualité de l'étude qualitative ; ce qui sous-entend que les différentes étapes (entretiens, retranscriptions, analyses et interprétations) soient faites par différentes personnes. Cette technique n'a pas pu être réalisée faute de personnes disponibles dans l'entourage.

Les deux investigateurs ont également analysé les résultats de cette thèse. Ils ont pu être influencés par leurs propres représentations et leurs hypothèses préalables à l'étude, induisant un biais d'interprétation. Pour limiter l'influence de ce biais, les deux investigateurs ont réalisé et retranscrit les entretiens seuls. Le codage ouvert a été réalisé par chaque investigateur sur l'ensemble des entretiens, d'abord individuellement, puis conjointement.

4.2. La fièvre du nourrisson

La fièvre est définie par l'AFSSAPS comme l'élévation de la température centrale, au-delà de 38°C, en l'absence d'activité physique, pour un enfant normalement couvert et dans une température ambiante tempérée(1). Selon ces mêmes recommandations, la température corporelle doit être mesurée par voie rectale, à l'aide d'un thermomètre électronique(1).

Cinquante-trois pour cent des parents déclarent ne pas mesurer de façon systématique la température avant une consultation, alors que 98,5% des parents disent avoir un thermomètre à domicile(3). La mesure rectale reste la mesure de référence pour 69.5% des parents interrogés(3).

Les médecins interviewés utilisent ce seuil de température pour définir la fièvre. Ils recherchent également la prise de la température à domicile sans toutefois s'enquérir de la méthode de mesure. Peu de médecins ont dit insister auprès des parents sur la prise de température corporelle à domicile avant la consultation. D'après les médecins interrogés, les méthodes subjectives de prise de la température comme la main sur le front restent fortement utilisées par les parents.

Eduquer les parents à la prise en charge de leur nourrisson fébrile passe d'abord par la prise de température à domicile. Cet élément doit être appuyé par les médecins généralistes pour que les parents puissent s'approprier le concept de fièvre et agir en conséquence avec leur nourrisson. Les méthodes subjectives comme la main posée sur le front pour définir la présence de fièvre restent en effet fortement utilisées par les parents (41,8% des parents(7)). Elles restent utiles en tant que méthode de dépistage, notamment en présence de fortes fièvres, mais il existe un risque de

surestimation de la présence de la fièvre, d'où la nécessité d'une mesure objective de la température (15)(16)(17).

4.3. Le nourrisson

Le nourrisson est âgé de 28 jours à 2 ans selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Les médecins interviewés soulignent cette limite d'âge supérieure pour définir le nourrisson, ce qui correspond à la même population.

4.4. Interrogatoire

Les médecins interviewés insistent sur la notion de ressenti au premier aperçu. Pour beaucoup, le « premier coup d'œil » est fondamental pour leur idée du diagnostic et de leur conduite à tenir ultérieure.

A ce jour, il n'existe aucune étude évaluant l'interrogatoire et le ressenti du médecin dans les situations de fièvre du nourrisson dans la littérature médicale. Nous pensons que ce premier aperçu est fondamental pour juger de la tolérance de la fièvre, qui conditionne ensuite la prise en charge du nourrisson fébrile, notamment la nécessité d'une hospitalisation. Par ailleurs, l'interrogatoire est un temps important de l'examen clinique, au même titre que l'examen physique, qui doit être complet, mais orienté par les éléments récoltés lors de l'entretien.

L'AFSSAPS insiste sur le fait qu'il n'existe pas de consensus pour différencier les fièvres modérées et élevées(1). Par ailleurs, l'intensité ne préjuge d'aucune étiologie. Pourtant, dans une étude sur la compétence des parents à gérer la fièvre du nourrisson(3), 20 % des parents pensent que l'intensité de la fièvre est proportionnelle à la gravité de la maladie, ce qui entraîne un délai de consultation inférieur à 48 heures.

Une fièvre évoluant depuis moins de cinq jours est définie comme une fièvre aiguë(18), et peut être respectée si elle est bien tolérée, chez le nourrisson de plus de trois mois.

Les caractéristiques de la fièvre recherchées par les médecins interviewés sont l'intensité et l'ancienneté de la fièvre. C'est également l'occasion de donner une définition de la fièvre et d'expliquer la prise de la température. La durée et l'intensité de la fièvre peuvent modifier leur prise en charge, notamment par la recherche d'une cause bactérienne avec la prescription d'examen complémentaires ou une consultation en milieu hospitalier. Toutefois, aucune durée précise n'est donnée par les médecins interviewés pour différencier ces deux cas de figure. Ils recommandent aux parents de reconsulter selon un délai de 48 à 72 heures.

Ces données recueillies lors des entretiens contredisent les recommandations actuelles. Une fièvre aiguë, quelle que soit l'intensité, ne représente pas un signe de gravité. Insister auprès des parents sur ces éléments serait un des facteurs permettant de limiter leurs angoisses.

La notion de tolérance de la fièvre paraît plus importante que les notions de durée et d'intensité. Elle est recherchée par les médecins interviewés au travers

d'éventuelles modifications du comportement (interaction avec les parents, sourire, jeux), des prises alimentaires, de l'hydratation. Ils se basent sur les dires des parents et sur leur examen clinique pour appréhender cette notion de tolérance.

En effet, c'est avant tout la tolérance de la fièvre qui doit orienter le médecin vers des étiologies graves, relevant de la prescription d'examens complémentaires ou d'une prise en charge hospitalière, plutôt que l'intensité ou la durée de la fièvre aiguë.

Une étude(9) a montré qu'une partie des parents connaissait les signes de mauvaise tolérance, nécessitant une consultation rapide (vomissements pour 46.8% des parents et troubles du comportement pour 28% d'entre eux). Pourtant, les parents consultent même si ces signes ne sont pas présents, et si la fièvre est bien tolérée. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'ils sont anxieux par rapport à la fièvre de leur nourrisson, et préfèrent bénéficier d'une consultation médicale afin d'être rassurés. Il paraît tout de même important de refaire le point sur les signes objectifs de mauvaise tolérance, afin de s'assurer qu'ils soient connus des parents.

La médecine générale se base sur la notion de prévalence et d'incidence des maladies en soins primaires.

Dans la majorité des cas, une fièvre aiguë chez un nourrisson est due à une infection virale bénigne(18), d'où la recherche d'un contagé infectieux dans l'entourage, du renseignement sur le mode de garde (collectivité, scolarité).

Les médecins interviewés recherchent aussi la notion de contagé infectieux, afin d'étayer leur suspicion d'affection virale.

Quatre-vingt-trois pour cent des parents pratiquent l'automédication en 2010, quel que soit le motif. La fièvre en est la première cause(4). Pourtant, un tiers des parents rapporte ne pas être correctement informé pour automédiquer leur enfant sans risque.

L'automédication n'est pas dénuée de risques, exposant principalement les nourrissons à la survenue d'un surdosage et d'interactions médicamenteuses, qui sont également recherchés à l'interrogatoire. En effet, 25% des parents ont déjà donné un médicament hors AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) et plus de dix pour cent des parents ont déjà inversé les pipettes des différents médicaments(4).

Pour les médecins interviewés, la recherche de l'automédication est bien souvent le moment de vérifier la compréhension des parents sur les indications et posologies des antipyrétiques, et de rechercher une réponse éventuelle aux antipyrétiques donnés.

Pour limiter ces risques, l'éducation des parents prend tout son sens et nécessite une attention accrue des médecins généralistes. Ces derniers devraient insister plus largement sur les risques de l'automédication et la rechercher systématiquement à l'interrogatoire. Cependant, il n'est pas facile pour le médecin de connaître exactement les traitements qui ont pu être donnés avant la consultation. Les parents peuvent omettre ou cacher certaines prises de médicaments, du fait de l'accessibilité des antipyrétiques en pharmacie et par peur du jugement du médecin.

D'après une étude de 2005, plus de cinquante pour cent des parents téléphoneraient au médecin généraliste pour un conseil en cas de fièvre de l'enfant, 61% des parents consulteraient directement leur médecin traitant, et 13% des

parents se rendraient directement aux urgences hospitalières(8). Une autre étude (7) a montré également que le médecin généraliste est le premier interlocuteur pour 82% des parents, suivi du pédiatre avec 68.7%.

La recherche d'une consultation antérieure permet d'éliminer un « nomadisme médical ». Les médecins interviewés recherchent notamment une consultation antérieure aux urgences ou chez le pédiatre, voire chez un confrère généraliste.

Une relation médecin-patient basée sur la confiance mutuelle permet d'établir un lien privilégié. Le médecin généraliste est le premier recours des parents en cas de fièvre. Nous pensons que la notion de nomadisme médical est ici limitée du fait de ce lien privilégié entre le patient et le médecin, et de l'accessibilité du médecin généraliste. Le pédiatre garde une place importante dans le suivi des nourrissons, mais sa disponibilité pour des consultations en urgence est plus difficile, ce qui a d'ailleurs été souligné par les médecins interviewés.

Les antécédents recherchés à l'interrogatoire par les médecins interviewés sont les éventuelles pathologies périnatales et les antécédents personnels du nourrisson, notamment la notion de pyélonéphrite.

Par ailleurs, tout antécédent de déficit immunitaire congénital ou acquis doit faire craindre la survenue d'un tableau infectieux sévère(19).

4.5. Examen clinique du nourrisson

Un article paru dans le Journal de Pédiatrie et de Puériculture (20) rappelle l'importance de l'examen cutané du nourrisson. Il doit être réalisé de façon méthodique sur un enfant nu dans une température ambiante suffisante. Ses objectifs sont de conseiller les mères sur les soins d'hygiène, de diagnostiquer les problèmes dermatologiques bénins et de dépister les affections acquises ou génétiques à expression cutanée.

Les médecins interviewés nous rapportent l'importance de l'inspection générale du nourrisson, dès l'arrivée des parents, puis l'inspection de la coloration de la peau, de la respiration et du comportement de l'enfant une fois entièrement nu. L'impression générale est fondamentale, ce temps de l'examen leur permet de les guider sur leur orientation diagnostique, avant l'examen physique à proprement parler (auscultation, palpation).

Dans la fièvre du nourrisson, l'examen cutané est d'autant plus important qu'il permet également de rechercher des signes de gravité comme un purpura, un teint grisâtre, des signes de tirage, de déshydratation ou un syndrome méningé...

Les médecins interviewés mesurent également la température au cours de la consultation, soit pour vérifier la présence d'une fièvre, soit de manière systématique avant l'examen physique.

Les méthodes principalement utilisées par les médecins interviewés sont le thermomètre auriculaire ou infra-rouge, contrairement à l'AFSSAPS qui recommande la prise de la température rectale(1). Nous ne savons pas pourquoi les médecins

généralistes ne favorisent pas la prise de température rectale, peut-être pour plus de commodités ou pour limiter les stress ou les traumatismes de la prise de température rectale comme le souligne l'AFSSAPS.

Dans les pays anglo-saxons, la reconnaissance du purpura est enseignée à la population générale sous forme d'affiches exposées dans les salles d'attente des médecins, sous forme de fiches données aux parents lors des consultations ou encore par le biais d'internet et des applications pour smartphone. Ils apprennent ainsi à différencier le purpura d'une éruption cutanée maculeuse ou vésiculeuse grâce au test du verre (« tumbler test » ou « glass test »)(21).

Un des médecins dit expliquer aux parents comment reconnaître le purpura.

Nous pensons qu'il est en effet important de donner aux parents ce type d'information, de leur enseigner le test du verre afin de reconnaître une éruption cutanée banale d'un purpura, et bien sûr de leur expliquer la nécessité d'un appel du SAMU.

Toujours dans les pays anglo-saxons, les signes de méningite en fonction de l'âge de l'enfant sont également enseignés à la population (22). Chez le nourrisson, les signes de méningite sont moins évocateurs que chez l'enfant (23). Il s'agit principalement de signes digestifs, de troubles du comportement à type d'irritabilité, d'une hypotonie et d'une fontanelle bombante dans un tiers des cas.

Les médecins interviewés évoquent l'examen neurologique, insistent sur la notion de tonus et l'examen de la fontanelle.

L'examen neurologique est bien sûr fondamental. Il permet de vérifier l'absence de syndrome méningé. Cependant, ces signes peuvent être difficiles à interpréter chez le nourrisson, où la symptomatologie digestive peut apparaître au premier plan, d'où la nécessité d'un examen complet et minutieux.

Alors que certains médecins interviewés profitent de la consultation du nourrisson fébrile pour faire le point sur les courbes de croissance, d'autres ne contrôlent que le poids, afin de vérifier l'absence d'une perte supérieure ou égale à 10%, signe de déshydratation et critère de gravité amenant à une hospitalisation.

La pesée est importante afin de rechercher une déshydratation du nourrisson, notamment en cas de diarrhée, vomissements ou de refus alimentaire.

De plus, de par son mécanisme physiopathologique, la fièvre, elle-même, entraîne un risque de déshydratation du fait de l'augmentation de la thermolyse par évaporation cutanée et respiratoire. Le maintien d'une température corporelle normale s'effectue par augmentation de la vasodilatation et de la sudation(19).

Il nous paraît inutile de mesurer la taille et le périmètre crânien du nourrisson dans ce contexte aigu, sauf si ces valeurs n'ont pas été mesurées précédemment. En effet, certains nourrissons ne sont vus par le médecin généraliste que lors des épisodes aigus. Il nous semble donc important de profiter de ces consultations pour faire le point sur la croissance staturo-pondérale de l'enfant.

4.6. Prise en charge d'un nourrisson fébrile

4.6.1. Examens complémentaires et recours au milieu hospitalier

Selon la commission scientifique de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), les examens complémentaires sont indiqués en cas de fièvre nue, mal supportée ou durable. Ils comprennent une numération formule sanguine (NFS) et un dosage de la protéine C-réactive (CRP), un examen cyto bactériologique des urines (ECBU) avec réalisation d'une bandelette urinaire (BU) au préalable, puis une radiographie de thorax devant la présence de signes respiratoires, des hémocultures en cas de fièvre mal tolérée(19). L'hospitalisation avec recours aux services d'aide médicale urgente (SAMU) est impérative en présence d'un purpura, de troubles hémodynamiques, de signes de mauvaise tolérance ou à cause d'un terrain particulier. Une hospitalisation peut-être décidée en fonction de la nécessité d'une surveillance ou d'examens complémentaires en milieu hospitalier(19).

Dans notre étude, nous avons vu que les médecins interviewés justifient la demande d'examens complémentaires par la présence d'une fièvre nue, des antécédents personnels ou la suspicion de pyélonéphrite, ou encore la suspicion d'une pneumopathie.

Les examens complémentaires qu'ils demandent sont donc concordants avec les données de la littérature. La prescription de ces examens nécessite des explications aux parents afin de limiter le pouvoir anxiogène lié à la peur d'une maladie grave.

Le recours au milieu hospitalier était justifié par les médecins interviewés par la présence de signes de gravité (signes de déshydratation, altération de la conscience, troubles du comportement), en fonction du milieu socio-économique, ou plus particulièrement de l'aptitude des parents à gérer la situation (angoisse parentale).

Les médecins interviewés orientent donc facilement les nourrissons fébriles en cas de signes de gravité. Parfois, ils préfèrent avoir une expertise hospitalière en cas de doute diagnostique ou peur d'une mauvaise gestion des parents. Nous pensons que cette attitude s'explique par le fait que l'accès aux examens complémentaires est plus facile en milieu hospitalier. De plus, la médecine ambulatoire ne permet pas une surveillance continue du patient et entraîne donc des décisions différentes par rapport à la médecine hospitalière. Le recours au milieu hospitalier est donc privilégié et légitime dans certaines situations d'incertitude.

4.6.2. Mesures physiques

Les connaissances des parents restent limitées quant aux mesures physiques à instaurer en cas de fièvre. Alors que 94,4% des parents disent donner un bain ou une douche à l'enfant en cas de fièvre, 69,4% découvrent l'enfant, 30% l'hydratent et seuls 5% contrôlent la température de la chambre(7) (mesure connue par les parents mais rarement pratiquée, la température considérée comme adaptée par les parents était en moyenne de 18.7°C). Cette étude montre bien que les parents continuent à pratiquer le bain comme mesure physique. L'AFSSAPS remet en cause les bienfaits du bain et préfère mettre en avant l'hydratation, découvrir l'enfant et contrôler la température de la pièce(1).

Comme nous l'avons vu, les médecins généralistes insistent sur les mesures physiques telles que découvrir l'enfant, l'hydratation, la température de la pièce, sans donner de détails aux parents. Le bain reste une mesure physique abordée spontanément par les médecins interviewés. Certains s'appuient sur les nouvelles

recommandations pour cautionner le fait de ne plus le préconiser. D'autres le conseillent encore en admettant ne pas tenir compte de ces recommandations. D'autres n'en parlent pas spontanément aux parents mais seulement lorsqu'il est abordé par les parents eux-mêmes. Enfin quelques médecins continuent à le recommander aux parents sans aborder l'existence de nouvelles recommandations.

Nous n'avons pas trouvé de recommandation spécifique concernant la température optimale de la pièce ni sur le fait de découvrir le nourrisson, mais nous avons remarqué que les sites dédiés aux parents, ainsi que les études, évoquent une température de la pièce comprise entre 18 et 20°C et préconisent de laisser le nourrisson en couche et body. De même, l'AFSSAPS ne donne pas de valeur de la température ambiante, ni de détail sur le déshabillage du nourrisson. En ce sens, les médecins généralistes se doivent de donner une valeur approximative de cette température et de préciser la notion de déshabillage. En effet, dans notre pratique, nous avons remarqué qu'il persiste la croyance de surchauffer la pièce, et l'idée de couvrir l'enfant par peur qu'il « attrape froid ». Il ne semble pas exister de mesure physique plus importante l'une que l'autre. Comme le souligne l'AFSSAPS, c'est la synergie des trois mesures, associées au traitement médicamenteux qui doit être privilégiée.

Concernant le bain, nous avons remarqué une divergence d'opinions. Elle peut s'expliquer par une connaissance insuffisante des nouvelles recommandations ou par leur expérience personnelle et professionnelle sur l'efficacité de cette mesure. En effet, c'est la notion de confort du nourrisson qui est à privilégier. Pourquoi interdire

cette pratique si le nourrisson y trouve un plaisir et les parents un réconfort ? Il nous paraît cependant important de préciser aux parents de bien surveiller la tolérance du bain, lequel ne doit pas être pratiqué s'il provoque un inconfort, ou s'il est source de stress et d'angoisse pour eux-mêmes.

4.6.3. Traitement antipyrétique

L'AFSSAPS recommande la prescription d'un seul antipyrétique, l'alternance médicamenteuse n'ayant pas montré d'intérêt dans la prise en charge de la fièvre et l'initiation d'un traitement (mesures physiques plus ou moins traitement médicamenteux) pour une fièvre persistante, à partir de 38,5°C(1).

Dans une étude réalisée en 2004, les parents utilisent le paracétamol en première intention pour 91.5% d'entre eux, l'ibuprofène et l'aspirine pour 64% et 16% respectivement, et l'alternance médicamenteuse est pratiquée par 75% des parents(7).

Soixante-six pour cent des parents initient un traitement antipyrétique à partir de 38°C, contre 23% à partir de 38,5°C(3).

Cinquante-trois pour cent des parents adaptent la posologie du paracétamol en fonction de l'âge de l'enfant, 35% en fonction de son poids. Soixante-six pour cent des parents respectent un intervalle de quatre à six heures entre deux prises médicamenteuses, 45% des parents se basent sur un nombre de quatre prises sur vingt-quatre heures(9).

Les antipyrétiques cités par les médecins interviewés sont le paracétamol, l'ibuprofène et l'aspirine. Le paracétamol est l'antipyrétique le plus prescrit. Certains pratiquent l'alternance médicamenteuse, soit par l'association paracétamol-ibuprofène, soit paracétamol-aspirine. Les médecins ne pratiquant pas l'alternance médicamenteuse, justifient leurs prescriptions par le risque d'incompréhension des parents et le risque de surdosage qui en découle.

Les médecins généralistes recommandent l'initiation du traitement antipyrétique pour une température supérieure à 38,5°C ou à partir de 38°C en cas d'inconfort du nourrisson ou de son âge, sans toutefois donner de précision sur ce dernier.

Les posologies du paracétamol et de l'ibuprofène sont données en dose-poids, à l'aide des pipettes graduées fournies avec le médicament. La posologie de l'aspirine est invariablement de 100mg pour les médecins interrogés qui l'utilisent. La fréquence d'administration varie de quatre à six heures selon les médecins interviewés.

Le traitement de première intention (le paracétamol) est bien connu des médecins et des parents. En revanche, l'alternance médicamenteuse reste trop souvent pratiquée par les médecins généralistes et par les parents, ce qui est contradictoire avec les nouvelles recommandations. Le seuil d'initiation du traitement est parfois anticipé par les parents, probablement du fait de leur angoisse (84% des parents ont peur de la fièvre(9)) ou d'un manque d'éducation. Nous remarquons également que les médecins généralistes donnent parfois un seuil d'initiation du traitement antipyrétique plus bas (37,9°C). Nous pensons que cela peut s'expliquer par le fait qu'ils peuvent

ne pas se sentir à l'aise dans l'approche du nourrisson fébrile, et cela peut se répercuter sur les conseils et prescriptions qu'ils font aux parents.

Les médecins insistent bien sur la posologie en dose-poids, que les parents semblent connaître même s'il persiste des croyances sur l'adaptation en fonction de l'âge. Il nous semble donc nécessaire que le médecin généraliste approfondisse ces données pour éviter les risques de mésusage et de surdosage médicamenteux. Les intervalles entre deux prises sont bien connus des médecins et sont conformes aux recommandations.

4.6.4. Traitement étiologique

La faible place des antibiotiques dans un épisode fébrile du nourrisson est connue des parents puisque seuls 7% des parents estiment que les antibiotiques font toujours baisser la fièvre(3).

Dans une étude sur la prescription des antibiotiques dans les infections ORL de l'enfant en ville(24), un tiers des parents souhaite une prescription d'antibiotique avant la consultation, pourtant seuls 5% insistent auprès du médecin pour l'obtenir en cas de refus de celui-ci. Ce souhait des parents est vécu comme une pression par les médecins généralistes. Elle a montré également que chaque partie est prête à attendre 3 jours avant l'administration des antibiotiques. Les aminopénicillines sont prescrites en première intention pour 69% des médecins.

Les médecins interviewés abordent le sujet du traitement antibiotique, qu'ils justifient par la présence d'un point d'appel infectieux nécessitant sa prescription, un doute

diagnostique, la durée d'évolution de la fièvre, les pressions des parents sur le médecin, les consultations répétées, ou le milieu social. Le seul antibiotique cité dans les entretiens est l'amoxicilline en l'absence d'allergie.

Finalement, ce qui est ressenti comme une pression par les médecins relève plutôt d'une inquiétude des parents. Les rassurer et leur expliquer l'évolution spontanée de la maladie permettent souvent d'éviter les prescriptions inutiles d'antibiotiques pour des pathologies principalement virales chez le nourrisson. Les médecins convaincus de jouer un rôle dans l'éducation ont certainement moins tendance à en prescrire.

4.7. Education des parents à la fièvre du nourrisson

Selon l’OMS, l’éducation thérapeutique du patient (ETP) a pour objectifs d’aider les patients « à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique »(12).

Ses buts sont l’acquisition de compétences d’autosoins et de compétences d’adaptation.

L’ETP a été définie dans le cadre des maladies chroniques. Cette définition est étendue, dans le cadre de cette étude, à la prise en charge de la fièvre du nourrisson de plus de trois mois par les parents. Il ne s’agit pas là d’une maladie chronique, mais d’un symptôme aigu, récurrent à cet âge de la vie. Il paraît donc indispensable d’apporter aux parents les connaissances et les compétences nécessaires à la compréhension et à la gestion de ce symptôme, puisqu’ils y seront confrontés à plusieurs reprises. Et selon l’OMS, « la plupart des patients souffrant de maladies aiguës [peuvent] bénéficier d’une ETP ».

En ce sens, les compétences d’autosoins qui peuvent être reprises dans le cadre de la fièvre du nourrisson sont :

- « soulager les symptômes » : mise en place du traitement antalgique et antipyrétique,
- « prendre en charge les résultats d’une autosurveillance, d’une automesure » qui correspond à la prise de la température,

- « adapter des doses de médicaments, initier un autotraitement » qui correspond à l'automédication par le paracétamol avec respect de la posologie à adapter en fonction du poids,
- « mettre en œuvre des modifications à son mode de vie » qui peut être approximativement corrélé aux mesures physiques telles que le déshabillage et le maintien d'une température de la pièce optimale,
- « prévenir des complications évitables » peut-être mis en rapport avec la surveillance à domicile,
- « faire face aux problèmes occasionnés par la maladie » avec la surveillance clinique et l'identification des signes amenant à consulter en urgence.

Quant aux compétences d'adaptation, elles nous paraissent tout aussi importantes dans le cadre de notre étude que dans le cadre des maladies chroniques : « savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress », « prendre des décisions et résoudre un problème », « s'observer, s'évaluer et se renforcer ». Travailler sur les peurs et les représentations des parents sur la fièvre du nourrisson leur permettrait d'agir de manière plus sereine.

Nous pensons que les médecins généralistes insistent surtout sur les compétences d'autosoins, plus que sur les compétences d'adaptation.

Par ailleurs, le suivi des traitements et les résultats cliniques dépendraient de la qualité de la relation médecin-patient(25). Une meilleure communication

permettrait également d'améliorer la qualité de vie du patient et de diminuer son anxiété.

Différents modèles de relation médecin-patient ont été décrits depuis les années cinquante, en fonction du rôle joué par chacun, qu'il soit actif ou passif, de la personne décideuse, des interactions entre les deux, ou encore du partage du pouvoir(25).

La médecine générale actuelle utilise la médecine fondée sur les preuves : le concept d'*Evidence Based Medicine* (EBM), qui tourne autour de trois champs : les données actuelles de la science, le contexte clinique et les préférences, valeurs et choix du patient. Intégrer le patient dans le parcours de soins et non lui imposer un choix, lui permettent de s'approprier sa maladie et de vivre au quotidien avec elle(26).

Une étude qualitative réalisée dans les départements de l'Indre et du Loiret(27) a évalué l'éducation thérapeutique du patient diabétique en médecine générale. Cette étude ne porte pas sur le même sujet que l'étude actuelle, mais des similitudes sur les moyens employés par les médecins généralistes pour éduquer leurs patients sont retrouvées entre les deux. Dans cette étude, 96.9% des médecins généralistes déclarent pratiquer l'éducation thérapeutique, ce qui concorde avec notre étude où la majorité des médecins interviewés pensent faire de l'ETP. Cependant, la description qu'ils font de l'ETP représente plutôt une information, parfois une négociation, et des conseils de prévention, ce qui ne correspond qu'à une infime partie de l'ETP.

Une seconde étude(28) montre que les professionnels de santé libéraux sont convaincus de la nécessité d'impliquer les patients dans la prise en charge de leur maladie, et qu'ils sont 88% à affirmer participer à leur éducation thérapeutique. Cependant, cet accompagnement ne fait pas partie d'un programme coordonné, puisque 81% des médecins y participent seuls. Ceci peut s'expliquer par une confusion dans la définition de l'ETP, souvent considérée par les praticiens comme « éducation thérapeutique » au sens large, et non ETP dans son acceptation officielle et administrative définie par l'OMS.

Jusqu'à ces dernières années, l'ETP relevait le plus souvent d'une prise en charge hospitalière ou de réseaux. Les structures pluridisciplinaires libérales (28) qui étaient rares commencent à se développer.

Nous avons noté qu'une partie des médecins ne pense pas faire d'ETP, mais qu'aucun d'eux ne nous en a donné de définition. Nous pensons que cette confusion dans la définition de l'ETP peut s'expliquer en partie par le fait que ce concept reste flou dans l'esprit des médecins en exercice. L'ETP est enseignée depuis peu dans la formation médicale initiale.

Cette étude(27) montre également que les difficultés rencontrées par les médecins pour éduquer leurs patients sont majoritairement le manque de temps (72.56%), suivi par le manque d'outils pédagogiques, de formation, de motivation et d'adhésion des patients (10.98%).

Selon le rapport de l'Académie Nationale de Médecine(29), les freins à l'ETP se situent à cinq niveaux : au niveau des patients (difficultés d'accès aux soins, barrières de communication), au niveau des soignants (manque de formation initiale,

manque de temps), difficultés structurales (dispersion des initiatives, prévalence des actions d'ETP en milieu hospitalier, rareté des structures pluridisciplinaires libérales, hétérogénéité territoriale), absence de valorisation financière, et difficulté d'évaluation du rapport coût/bénéfice.

Ces constatations concordent avec ce qui a été retrouvé lors des entretiens où les médecins évoquent leurs difficultés à passer du temps avec les parents pour leur expliquer la prise en charge de la fièvre du nourrisson. Certains prennent un temps dédié, ce qui peut être un choix judicieux permettant un apprentissage des parents.

Comme le souligne le rapport de l'Académie Nationale de Médecine (29), « l'ETP prend du temps, or le temps des soignants est limité ». Cependant, « toute consultation médicale devrait comporter un temps de communication, de réflexion et donc d'éducation thérapeutique ». En effet, le manque de temps ne doit pas être un obstacle à l'ETP. Les médecins interviewés nous ont indiqué passer dix à quinze minutes avec les nourrissons. Ce temps ne devrait-il pas être utilisé pour distiller des messages d'éducation auprès des parents ? Nous pensons qu'il serait important de réorganiser la consultation et d'aborder les parents sur un mode « éducationnel ».

Le manque d'outils pédagogiques n'est pas évoqué dans notre étude. La majorité des médecins interviewés utilise le carnet de santé comme support auprès des parents, certains utilisent également des brochures informatives et des notes sur les ordonnances.

Le manque de formation n'est pas évoqué dans notre étude.

L'Académie de médecine propose une formation à l'ETP dès la première année de médecine, renforcée au cours du second cycle, puis dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC)(29).

Elle propose également un développement de l'ETP en ambulatoire, où les besoins sont les plus importants : « Idéalement, l'ETP doit s'exercer dans des équipes pluridisciplinaires pilotées par un médecin agréé par l'ARS (Agence Régionale de Santé), responsable des programmes. Le médecin traitant pourra, sur la base d'une formation spécifique à l'ETP (initiale et/ou permanente), assurer la coordination des actions de chaque intervenant. Le pharmacien, dont le rôle est essentiel, relatera les conseils donnés aux patients »(29).

Certains médecins interviewés ont parlé de la nécessité d'obtenir une adhésion minimum des parents.

En effet, l'ETP doit être centrée sur le patient, adaptée à ses besoins, ses attentes, sa réceptivité et doit prendre en compte les différents aspects de sa vie et de sa personnalité, selon ses potentialités, ses demandes et son projet(13).

Les moyens employés pour éduquer les patients à la prise en charge du diabète(27) sont par ordre de fréquence : fournir des documents papiers (30.99%), expliquer (29.24%), dialoguer (24.56%), répéter (5.26%), évaluer le patient (4.09%), l'encourager/le féliciter (2.34%), consulter (2.34%), écouter (1.75%), utiliser des dessins ou un support pédagogique sans précision (1.75%). Tous ces moyens sont retrouvés dans nos entretiens, d'autres méthodes plus spécifiques de la prise en charge du diabète n'ont pas été reprises.

L'éducation des parents à la fièvre du nourrisson passe donc par un savoir que les médecins interviewés répètent et imposent aux parents comme les mesures physiques ou les consignes de surveillance. Mais ces éléments donnent-ils aux parents un savoir-faire au moment de l'épisode fébrile ? Cela sous-tend une

approche plutôt directive dans la communication médecin-patient. La réévaluation des compétences acquises entre dans le champ de l'ETP.

Une autre étude réalisée en 2006(7) sur un panel de parents aux conditions socio-économiques différentes, met en évidence une exacerbation des méconnaissances sur les causes de la fièvre et les pratiques antipyrétiques chez les personnes à conditions socio-économiques défavorables. Il en ressort une inquiétude plus élevée dans ces populations, avec une plus grande fréquence des consultations en urgence. Les parents interrogés sur les risques de la fièvre(9) attribuent à cette dernière des conséquences graves : risques neurologiques (convulsions, perte de conscience, coma, délire, malaise, étourdissement, paralysie...), risques divers (perte de poids et d'appétit, vertiges, stérilité, allergie, embolie, spasme, troubles de la croissance, problèmes respiratoires ou cardiaques...).

Dans notre étude, les médecins interviewés mettent en avant l'angoisse des parents comme frein à l'éducation. Ils prennent en compte également le niveau intellectuel ainsi que l'expérience des parents. Le milieu social de la famille ne semble pas jouer de rôle prépondérant dans l'ETP pour les médecins interviewés.

L'HAS rappelle par ailleurs que les difficultés d'apprentissage, le statut socio-économique, le niveau culturel et d'éducation et le lieu de vie ne doivent pas priver les patients de l'ETP. Ces particularités doivent être prises en compte pour adapter le programme d'ETP en termes d'accessibilité géographique, culturelle, de choix des techniques et outils pédagogiques les plus adaptés aux publics concernés(13). Ceci est retrouvé dans nos entretiens semi-dirigés où les médecins essaient, dans la

mesure du possible, d'adapter les messages qu'ils donnent aux parents, à l'aide de schémas ou d'explications plus brèves.

Il nous paraît en effet primordial de se baser sur les acquis des parents et de ne pas avoir de préjugés quant au milieu social. Les médecins se doivent de reprendre avec les parents ce qu'ils savent déjà sur la fièvre, et surtout de corriger avec tact et pédagogie les idées fausses des parents, au fil des consultations. Le médecin généraliste se doit de rester neutre et ne pas avoir d'*a priori*. Réguler l'angoisse des parents en leur précisant bien la bénignité de la fièvre, tout en leur expliquant les risques potentiels. Il est vrai que faire entendre ces éléments en cas d'épisode fébrile peut être difficile pour les médecins du fait de l'angoisse parentale. Réévaluer en dehors des épisodes aigus nous semble également important.

Pour 82% des parents, le médecin généraliste est l'interlocuteur privilégié et leur principale source d'informations, suivi par le pédiatre (68.7%). Les autres sources d'informations sont : famille, amis, médias (magazines, télévision, internet), pharmacien, PMI(7).

Ces éléments sont retrouvés dans nos entretiens, et les médecins interviewés utilisent l'éducation thérapeutique pour corriger les croyances des parents.

Internet et les médias jouent un rôle prépondérant dans la société actuelle, le médecin se doit d'en parler avec les parents, afin de réajuster les sources d'informations utiles et sérieuses.

Une étude sur l'impact d'un programme d'éducation des parents face à la fièvre de l'enfant(30) retrouve une satisfaction de ceux-ci à 96%. Après ce programme d'éducation, les parents sont moins angoissés par un épisode fébrile, il en résulte également moins de mésusages des antipyrétiques ou de consultations en urgence inappropriées. Ils savent au terme de ce programme comment mesurer la température, quels traitements appliquer et quand/qui consulter. Cette étude montre bien l'importance et l'utilité de l'éducation des parents face à la fièvre. Elle montre l'efficacité d'un tel programme, sur l'aptitude des parents à gérer les épisodes fébriles ultérieurs.

5. CONCLUSION

Nous avons vu au cours de notre étude que les médecins reconnaissent l'importance et l'utilité de l'éducation. Cependant, leurs pratiques relèvent surtout de l'information et de la prévention, ce qui ne correspond qu'à une infime partie de la définition de l'ETP selon l'OMS et l'HAS.

Bien que l'ETP soit définie dans le cadre des maladies chroniques, nous avons vu qu'elle pouvait s'appliquer aux situations aiguës récurrentes, comme la fièvre du nourrisson.

Les médecins interviewés ne semblent pas travailler suffisamment sur les représentations des parents, sur leurs craintes par rapport à la fièvre. Nous pensons que ceci peut être corrigé par une approche de la formation initiale centrée sur l'éducation et par un développement de l'ETP en médecine ambulatoire.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Le traitement de la fièvre chez l'enfant - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 29 nov 2013]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Presse-Communiques-Points-presse/Le-traitement-de-la-fievre-chez-l-enfant>
2. Sermet-Gaudelus I, Chadelat I, Lenoir G. La mesure de la température en pratique pédiatrique quotidienne. Arch Pédiatrie. août 2005;12(8):1292 - 1300.
3. Veron A, Depinoy D. Fièvre de l'enfant en médecine générale : Les parents sont-ils compétents ? Rev Prat Médecine Générale. (748-49):1231 - 1236.
4. Escourrou B, Bouville B, Bismuth M, Durrieu G, Oustric S. Automédication des enfants par les parents: un vrai risque ? Enquête descriptive transversale. Rev Prat. 60(6):27 - 34.
5. Crocetti M, Moghbeli N, Serwint J. Fever Phobia Revisited: Have Parental Misconceptions About Fever Changed in 20 Years? Pediatrics. 6 janv 2001;107(6):1241 - 1246.
6. Kramer MS, Naimark L, Leduc DG. Parental Fever Phobia and Its Correlates. Pediatrics. 6 janv 1985;75(6):1110 - 1113.
7. Boivin J-M, Weber F, Fay R, Monin P. Prise en charge de la fièvre de l'enfant : les connaissances et pratiques des parents sont-elles satisfaisantes ? Arch Pédiatrie. avr 2007;14(4):322 - 329.
8. Stagnara J, Vermont J, Dürr F, Ferradji K, Mege L, Duquesne A, et al. L'attitude des parents face à la fièvre de leurs enfants: Une enquête transversale des résidents de l'agglomération lyonnaise (202 cas). Presse Médicale. sept 2005;34(16, Part 1):1129 - 1136.
9. Grass L, Claudet I, Oustric S, Bros B. Connaissances et attitudes des parents face à la fièvre de l'enfant de moins de 6 ans. Rev Prat Médecine Générale. (686-87):381 - 384.
10. Veron A, Depinoy D. Fièvre de l'enfant : L'éducation des parents contre les idées fausses! Rev Prat Médecine Générale. (748-49):1239 - 1241.
11. Grenier B, Bourdillon F, Gagnayre R. Le développement de l'éducation thérapeutique en France : politiques publiques et offres de soins actuelles. Santé Publique. 1 déc 2007;Vol. 19(4):283 - 292.
12. Régional pour l'Europe OB. Education thérapeutique du patient, programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Recommandations d'un groupe de travail de l'OMS, Copenhague. Version française UCL Bruxelles. 1998 p. 84.
13. Haute Autorité de Santé - Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques [Internet]. [cité 29 nov 2013]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_601290/fr/structuration-dun-programme-

deducation-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques?xtmc=&xtr=1

14. Derlon J-J. ETP: une démarche profitable à tous ? La Revue du praticien Médecine générale [Internet]. Huveaux; [cité 29 nov 2013]. p. 630-632. Disponible sur: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsid=23297082>
15. Banco L, Veltri D. Ability of mothers to subjectively assess the presence of fever in their children. *Am J Dis Child* 1960. oct 1984;138(10):976-978.
16. Hooker EA, Smith SW, Miles T, King L. Subjective Assessment of Fever by Parents: Comparison With Measurement by Noncontact Tympanic Thermometer and Calibrated Rectal Glass Mercury Thermometer. *Ann Emerg Med*. sept 1996;28(3):313-317.
17. Akinbami FO, Orimadegun AE, Tongo OO, Okafor OO, Akinyinka OO. Detection of fever in children emergency care: comparisons of tactile and rectal temperatures in Nigerian children. *BMC Res Notes*. 2010;3(1):108.
18. Fièvre aiguë et Critères de gravité d'un syndrome infectieux chez l'enfant (203a) - Corpus Médical de la Faculté de Médecine de Grenoble [Internet]. [cité 29 nov 2013]. Disponible sur: <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/sante/corpus/disciplines/pedia/malinfped/203a/lecon203a.htm>
19. Pedespan L, Pillet P, Llanas B. Fièvre chez le nourrisson de plus de trois mois, démarche diagnostique. Commission scientifique SFMU. 2002.
20. Plantin P. L'examen cutané du nourrisson. *J Pédiatrie Puériculture*. oct 1998;11(7):388-391.
21. Meningitis rash - the glass test | Meningitis Now [Internet]. [cité 9 déc 2013]. Disponible sur: <http://www.meningitisnow.org/meningitis-info/signs-and-symptoms/glass-test/>
22. Meningitis Symptoms in Babies and toddlers | Meningitis Now [Internet]. [cité 9 déc 2013]. Disponible sur: <http://www.meningitisnow.org/meningitis-info/signs-and-symptoms/babies-and-toddlers/>
23. Mercier J-C. Signes évocateurs de méningite chez le nourrisson. *Médecine Mal Infect*. juill 2009;39(7-8):452-461.
24. De Saint-Hardouin G, Goldgewicht M, Kemeny G, Rufat P, Perronne C. Evaluation de la pression des parents sur les médecins pour la prescription des antibiotiques dans les infections ORL de l'enfant en ville. *Médecine Mal Infect*. avr 1997;27(4):372-378.
25. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. *Santé Publique*. 15 déc 2007;Vol. 19(5):413-425.
26. Drahi E. ETP séquentielle en médecine générale. La Revue du praticien Médecine générale [Internet]. Huveaux; [cité 29 nov 2013]. p. 673-675. Disponible sur: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsid=23297097>

27. Bourit O, Drahi E. Education thérapeutique du diabétique et médecine générale : une enquête dans les départements de l'Indre et du Loiret. *Médecine*. 1 mai 2007;3(5):229-234.
28. JIM - Exclusif : 78 % des professionnels participent à l'éducation thérapeutique de leurs patients [Internet]. [cité 17 déc 2013]. Disponible sur: http://www.jim.fr/e-docs/00/02/2C/D7/document_actu_pro.phtml
29. JAFFIOL C, CORVOL P, REACH G, BASDEVANT A, BERTIN E, Académie Nationale de Médecine, France. L'éducation thérapeutique du patient (ETP), une pièce maîtresse pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine [Internet]. 2013. 23 p p. Disponible sur: http://mediatheque.lecrips.net/index.php?lvl=notice_display&id=92029
30. 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.

