



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Fièvre chez l'enfant : analyse qualitative du vécu et de l'attitude
parentale**

Présentée et soutenue publiquement le 01 juillet 2021 à 16h00

au Pôle Formation

par Solène DONVAL

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Alain MARTINOT

Assesseurs :

Madame le Docteur Sabine BAYEN

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Jean Willem VANDERMERSCH

AVERTISSEMENTS

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :
celles-ci sont propres à leurs auteurs.

INDEX

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

LPS : Lipopolysaccharide

IL : Interleukine

INF-& : Interféron alpha

TNF-& : Tumor Necrosis Factor alpha

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

HAS : Haute Autorité de Santé

CCF : Crise Convulsive Fébrile

MSU : Maitre de Stage des Universités

°C : Degré celsius

F : Fille

G : Garçon

COVID-19 : Corona Virus Disease 19

COREQ : Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research

ETP : Education Thérapeutique du Patient

WONCA : World Organization of National Colleges Academies and academic associations of general practitioners

TABLE DES MATIERES

RESUME	7
INTRODUCTION	8
I. Définition	9
II. Régulations de la température corporelle	9
III. Physiopathologie	10
IV. Méthode de mesure	11
V. Signes de gravité.....	13
VI. La tolérance de la fièvre	13
VII. Complications de la fièvre	14
VIII. Traitements	16
IX. La fever phobia.....	19
MATERIEL ET METHODE	21
I. Méthode	21
II. Population étudiée et recrutement	22
III. Guide d'entretien	23
IV. Recueil des données	24
V. Analyse des données	24
VI. Aspect éthique et réglementaire.....	26
RESULTATS	27
I. Description des participants	27
II. Représentations et connaissances des parents sur la fièvre de l'enfant	29
A) La fièvre : une définition polymorphe	29
B) Un signal d'alarme.....	30
C) Origine.....	31
D) Repérage de l'enfant fiévreux	32
III. Ressenti et vécu des parents`	33
A) Motifs d'inquiétudes.....	33
B) Complications possibles.....	35
C) Culpabilité.....	37
D) Retentissement sur la vie personnelle et familiale	38
E) Impact particulier du coronavirus	40
IV. Sources d'informations	41
A) Le corps médical	41
B) L'entourage familial et social	42
C) Recours à Internet.....	43

D) Une influence indéterminée.....	44
E) Caractéristiques de l'information perçue	45
V. Attitude parentale	46
A) Méthode de mesure	47
B) Attitude thérapeutique	48
C) Méthode physique	52
VI. Attentes et représentations des soins	53
A) Recours à un professionnel de santé : un besoin sous influence	53
B) Recours à un professionnel de santé : le délai sous influence	57
VII. La relation médecin-enfant-parent	60
A) Critères de choix du professionnel de santé	60
B) Expériences passées	62
C) Pistes d'améliorations proposées par les parents.....	63
DISCUSSION	66
I. Discussion de la méthode	66
A) Le choix de la méthode	66
B) Forces de l'étude.....	67
C) Limites de l'étude	68
II. Discussion des résultats.....	69
A) Représentations	69
B) Le recours à la consultation	73
C) Qualité de l'information reçue.....	76
D) Attitude parentale et enjeux de communications autour des thérapeutiques.....	78
E) Perceptions de la relation avec le médecin généraliste	80
F) Perspectives.....	82
CONCLUSION	86
BIBLIOGRAPHIE	88
ANNEXES	96

RESUME

Contexte : La fièvre reste un des motifs principaux de consultation en médecine générale. La fièvre résulte pourtant dans la plupart des cas, de pathologies virales bénignes et de nombreuses études quantitatives ont été réalisées portant sur l'état des connaissances parentales. L'objectif principal était l'exploration du vécu et des représentations de la fièvre par les parents, afin de mieux appréhender leurs attentes lors des consultations de premiers recours.

Méthode : Des entretiens semi-dirigés ont été menés auprès de quatorze parents d'enfants de 3 mois à 6 ans, avec recherche de variation maximale jusqu'à suffisance des données. Une analyse qualitative par théorisation ancrée a été réalisée, à l'aide du logiciel NVivo®, avec triangulation des données.

Résultats : Malgré une meilleure compréhension de la fièvre comme étant un procédé physiologique, il persiste une forte angoisse parentale et les parents connaissent peu ses dangers potentiels. Les pratiques et méthodes de gestion variaient selon les participants et leurs sources d'information. Les parents se forment par des moyens non médicaux, malgré l'importance qu'ils donnent aux discours des soignants. La vision et le ressenti parental diffèrent selon le sens donné à la fièvre ainsi que le vécu antérieur. Le recours rapide aux professionnels de santé semble être fréquent, pour une réassurance en premier lieu, mais également pour l'élaboration d'un diagnostic. Les parents pointent du doigt une information médicale divergente, une formation peu adaptée, une mauvaise considération de l'inquiétude.

Conclusion : Les médecins généralistes ont un rôle clé à jouer dans l'information sur la prise en charge de la fièvre infantile. L'éducation parentale doit être centrée sur le vécu propre du patient, afin d'améliorer leurs pratiques d'autogestion.

INTRODUCTION

La fièvre est un des motifs de consultation les plus fréquents, que ce soit aux urgences pédiatriques ou en médecine libérale (pédiatrie ou médecine générale)(1). Elle représente en effet 30 % des consultations. Elle est source d'anxiété et d'émotions diverses pour les parents.

Elle témoigne, le plus souvent, de pathologies infectieuses et bénignes, mais peut également s'avérer être le signe d'une pathologie beaucoup plus sévère et évolutive.

L'examen clinique et l'évaluation de la tolérance sont donc indispensables.

Un grand nombre d'études se sont centrées sur l'état des connaissances et la gestion par les parents de la fièvre infantile. Force est de constater que cette peur reste ancrée chez les parents qui souhaitent traiter la fièvre à tout prix et même si celle-ci est bien tolérée par l'enfant.

Lors de mes stages en médecine libérale ou lors de mes gardes aux urgences pédiatriques de Dunkerque, j'ai pu constater de nombreuses craintes de la part des parents, souvent non justifiées, lorsque leur enfant présentait de la fièvre.

Notre société est actuellement dans une démarche de surconsommation de soins et de consultations médicales. Beaucoup de parents d'enfant jugent une nécessité de consulter de façon très urgente, dans les premières 24 heures, pour une fièvre de leur enfant. Or, ces consultations, souvent très précoces, rendent parfois l'établissement d'un diagnostic difficile.

Je me suis donc intéressée, à travers cette étude, au vécu des parents, à leurs craintes engendrant ces consultations.

I. Définition

Selon l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (l'« AFSSAPS »), la fièvre de l'enfant est définie par « l'élévation de la température centrale au-dessus de 38 °C, chez un enfant exposé à une température ambiante tempérée, et normalement couvert » (2).

La fièvre « aigüe » est définie par une fièvre durant moins de 5 jours, et « prolongée » lorsqu'elle dure plus de 5 jours chez le nourrisson(3).

II. Régulations de la température corporelle

Sur une journée, la température corporelle varie, elle est au plus bas entre 3h et 5h du matin et atteint son paroxysme en fin de journée, entre 16h et 18h.

La température corporelle suit donc un rythme circadien et est réglée aux alentours de 37+/- 1 °C.

La température corporelle est normalement équilibrée malgré les conditions météorologiques grâce à un centre thermorégulateur localisé au niveau de l'hypothalamus antérieur qui assure l'équilibre thermique. L'homéothermie est régulée par un mécanisme de régulation entre la thermolyse (perte de chaleur) et la thermogénèse (production de chaleur) (5).

Elle est à distinguer de l'hyperthermie, qui est une élévation de la température corporelle en raison d'une source de chaleur exogène avec diminution de la thermolyse (coup de chaleur) ou endogène avec augmentation de la thermogénèse (exercice musculaire, dérèglement endocrinien, intoxications...)(2). L'hyperthermie peut donc découler d'une activité physique intense, d'une température extérieure

importante, ou encore d'un apport hydrique insuffisant. Le point d'équilibre thermique n'est alors pas modifié (4)(7).

III. Physiopathologie

La fièvre est provoquée par une augmentation du centre de régulation de l'équilibre thermique, en raison le plus souvent d'une infection bactérienne ou d'un virus, par des pyrogènes exogènes ou endogènes (4).

Le centre thermorégulateur de l'équilibre thermique se situe dans la partie postérieure de l'hypothalamus. Les pyrogènes exogènes sont les endotoxines produites par les micro-organismes infectants, d'origines variées (virales, bactériennes ou fongiques). Ces toxines agissent directement sur l'hypothalamus, ou par l'intermédiaire de pyrogènes endogènes. Les facteurs pyrogènes exogènes sont :

- les endotoxines ou lipopolysaccharides (LPS) produites par les bactéries gram –
- les exotoxines bactériennes produites par les bactéries gram +
- les interférons, d'origine virale.

Les pyrogènes endogènes sont représentés par les cytokines activées par les pyrogènes exogènes comme l'interleukine 1 et 6 (IL-1b, l'IL-6), l'interferon alpha (l'INF-&) et le tumor necrosis factor alpha (TNF-&). De leur action résulterait une production d'anticorps par les macrophages, et de prostaglandines E2 au niveau de l'hypothalamus antérieur, modifiant alors le point d'équilibre thermique.(5)(6)

Dans le cas d'une infection, l'hypothalamus va émettre des influx nerveux permettant alors d'augmenter la production de chaleur et donc une élévation de la température corporelle (7).Le phénomène de thermogénèse est alors activé par tremblements et frissons, tandis que la thermolyse est inhibée avec diminution des pertes cutanées par vasoconstriction.

Au niveau de l'hypothalamus postérieur est déclenché une réaction participant à la hausse de la température :

- la vasoconstriction,
- les frissons.

La fièvre a un effet protecteur qui permet d'augmenter le pouvoir bactéricide du sérum et stimule la production d'anticorps par augmentation de la vitesse du métabolisme. C'est une réaction de défense et d'adaptation de notre organisme, qui est bénéfique, notamment lors d'infections très sévères, où la virulence de bactéries est inhibée par une augmentation de température (5).

IV. Méthode de mesure

La mesure de température dépend du site et des conditions de réalisation(9)(10). Le diagnostic de fièvre est souvent mal posé en raison des mauvaises techniques de mesure par les parents. La connaissance par les parents des différents moyens de mesure disponibles, ainsi que de leurs limites, est nécessaire.

L'*American Academy of Pediatrics* recommande une mesure par voie axillaire (12).

En France, la technique de mesure de référence se fait par le biais d'un thermomètre électronique par voie rectale, jusqu'à deux ans. En pratique, l'autre alternative est le thermomètre électronique par voie axillaire jusqu'à deux ans, puis le thermomètre tympanique à infrarouges à partir de deux ans (2) (11).

- Le thermomètre électronique par voie rectale est notamment la méthode de référence pour évaluer la température de l'enfant. C'est le site de mesure où la température corporelle est la plus élevée, contrairement aux autres méthodes de mesure (buccale, axillaire, tympanique). Il existe cependant un retard de 30 à 45 minutes lors des variations de température. Il est préconisé, pour une mesure fiable, d'une prise avec

une durée de 3 minutes avec un thermomètre au mercure, et de 30 à 60 secondes avec un appareil électronique.

Cette méthode a l'inconvénient d'être désagréable pour l'enfant, perturbée en présence de selles et peut engendrer des traumatismes notamment physiques si l'enfant se débat (perforation de la paroi rectale, ulcération de la muqueuse...).

-Le thermomètre par voie buccale est une méthode simple, non invasive mais malheureusement peu précise, car sujette à de nombreuses variations (ingestion de boissons chaudes ou froides, fréquence respiratoire de l'enfant).

Elle demande des conditions de mesure précises (la pointe du thermomètre doit être en sublingual avec les lèvres de l'enfant fermées). Il existe notamment un risque de contamination avec le contact avec la muqueuse buccale. (12)

-La mesure par voie axillaire est adaptée surtout au nouveau-né car c'est une méthode simple, non invasive. Là encore, le thermomètre doit être maintenu au niveau du creux axillaire durant une dizaine de minutes, et cette prise stricte est difficile à mettre en pratique. Mais cette méthode est encore soumise à des variations importantes et ne reflète pas exactement la température centrale. Il faut ajouter en moyenne 0,5 ° C en comparaison avec la température rectale.(10)(12)

-La mesure tympanique, par thermomètre à infrarouge, demande également une méthodologie fiable, notamment par la position du dispositif : l'embout doit être introduit dans l'axe du conduit auditif, de manière occluse. C'est une méthode précise, fiable, rapide et est un excellent reflet de la température centrale, avec des variations aussi rapides qu'au niveau des centres thermorégulateurs.(7)(12)

-La mesure par voie frontale, à l'aide d'un thermomètre à infrarouges, est de plus en plus utilisée par les parents ces dernières années. C'est une méthode rapide à utiliser, et facile d'accès. La température frontale est inférieure à 0,3°C à la température

rectale. Cette méthode est très influencée par les conditions environnementales et n'est pas recommandée.

V. Signes de gravité

Le niveau de température ne justifie pas en lui-même le caractère potentiellement grave de la fièvre, ni de mauvaise tolérance par l'enfant. A noter qu'une fièvre de l'enfant de moins de 3 mois nécessite toujours une hospitalisation pour la réalisation d'examens complémentaires et notamment d'une éventuelle infection materno-fœtale (7).

Les complications possibles peuvent être liées :

-au terrain de l'enfant: nourrisson inférieur à 3 mois, pathologies chroniques, drépanocytaire, immunodéprimé, porteur de cathétérisme central, mucoviscidose, maladie systémique ...

-à la cause de la fièvre elle-même : tachycardie, hypotension, pouls filant, marbrures, TRC > 3 secondes, anorexie, déshydratation, somnolence, coma , anomalie du tonus , signes neuroméningés, purpura fébrile, signe de détresse respiratoire aiguë...(13).

VI. La tolérance de la fièvre

L'étape fondamentale de l'examen clinique est donc de repérer l'état général de l'enfant, ainsi que d'évaluer son comportement. Il existe donc des scores de gravité, le plus fréquent étant le score de YALE, qui comprend des critères d'évaluation clinique(14).

Plus le score est élevé, plus le risque d'infection sévère est important : un score supérieur à 16 est associé à une infection sévère dans 92 % des cas.

Observation	Normal (1 point)	Anormal (3 points)	Très anormal (5 points)
Cri	O ou fort	pleurs	Faible
Tonus	normal	hypotonie	Hypotonie
Comportement	éveillé	Eveil difficile	Sommeil
Coloration	rose	Extrémités pâles	Pâle/gris/marbré
Réponse à l'entourage	Alerte/ sourit	Sourire bref	Pas de sourire/anxieux

Tableau 1 : échelle d'observation de yale / score de gravité clinique

VII. Complications de la fièvre

-Les crises convulsives hyperthermiques sont des convulsions en réponse à une fièvre. Elles sont dues à une hyperexcitabilité cérébrale. Ces crises touchent environ 2 à 5% de la population et sont la première cause de convulsion dans la population pédiatrique. Elles surviennent en général entre 3 mois et 5 ans (pic d'incidence vers 18 mois) et sont assimilées à la fièvre, sans pathologie infectieuse cérébrale associée.(15)

Les enfants ont une prédisposition génétique dans la majorité des cas. Les enfants les plus à risques sont ceux ayant des antécédents personnels ou familiaux de crises convulsives. (16)

La physiopathologie est encore mal connue, les facteurs prédisposants sont l'immaturation cérébrale, la prédisposition génétique, la réponse inflammatoire et l'augmentation de température corporelle(16).

On distingue notamment les crises simples des crises complexes.

Une crise convulsive dite simple est de courte durée, unique, tonico-clonique, et non associée à un déficit neurologique. Elle n'entraînera pas de conséquences sur le développement psychomoteur et la fréquence de l'épilepsie sera comparable à celle que l'on constate dans la population générale.

Une crise convulsive dite complexe est de durée supérieure à 15 minutes, répétitive, focale et potentiellement responsable d'un déficit neurologique transitoire ou permanent.

Il n'y a pas de traitement préventif des convulsions fébriles. (2)

-La déshydratation aiguë peut apparaître par une majoration des pertes cutanées sur un enfant trop couvert ou une température extérieure très élevée. Il peut aussi y avoir des diarrhées et vomissements associés à la fièvre, avec des apports hydriques non adaptés et donc une mauvaise compensation des pertes. La déshydratation entraîne un enfant cerné, hypotonique, présentant un pli cutané et/ou une fontanelle déprimée, une sécheresse des muqueuses, des troubles de vigilance.

Une évaluation de la perte de poids est très importante. Une déshydratation avec perte de poids supérieure à 10 % nécessite une réhydratation intraveineuse urgente.(17)

-Le syndrome d'hyperthermie majeure est devenu rarissime et survient chez les enfants de moins de deux ans. Il associe une défaillance multi viscérale avec collapsus, une coagulation intravasculaire disséminée, une hyperthermie supérieure à 41°. Il peut entraîner un décès ou des séquelles neurologiques. Son mécanisme est double : il survient dans le cadre d'une fièvre élevée résultant d'une infection virale ou

bactérienne , et d'une thermolyse entravée (enfant trop couvert, chambre surchauffée, mauvaise hydratation...) .(18)

VIII. Traitements

Les recommandations à l'heure actuelle ne préconisent pas à tout prix l'obtention de l'apyrexie. Le rôle physiopathologique de la fièvre est en effet d'apporter une réponse en cas d'agression infectieuse. L'utilisation d'un traitement antipyrétique a pour but de pallier l'inconfort de l'enfant (modification du comportement, enfant geignard, diminution des activités et de l'appétit, changement d'humeur...). Certains auteurs ont démontré que les antipyrétiques pourraient contre balancer les effets bénéfiques de la fièvre. (5)

En effet, la fièvre aurait un effet bénéfique lors d'infections invasives. Il est justifié de la traiter surtout lorsque l'enfant présente un inconfort marquant (anorexie, diminution des activités...).

En 2016, l'HAS a publié des recommandations permettant une prise en charge homogène de la fièvre de l'enfant. (2)

Les méthodes physiques ont pour but de réguler l'homéostasie thermique (19). Leur efficacité est de courte durée.

Ces méthodes permettent d'assurer la régulation thermique en reproduisant les échanges de l'organisme avec le milieu extérieur : perte de chaleur par radiation (déshabillage), par convection (ventilateur), par évaporation (brumisation, mouillage), par conduction (prise de boissons fraîches). (2)(5)

Ces méthodes ont beaucoup évolué au cours des années, notamment le bain frais qui est désormais non recommandé, car peu efficace et responsable d'un inconfort chez l'enfant.(20)(21)

Leur efficacité reste limitée et de courte durée. Il s'agit notamment de :

- découvrir l'enfant, de façon à ce que la chaleur puisse s'évacuer plus facilement,
- ne pas chauffer la pièce et lieu de vie, afin que la température se situe entre 18 et 20 °C,
- proposer à boire régulièrement, en proposant une boisson acceptée par l'enfant, car la fièvre engendre des pertes hydriques importantes. (2)(11)

Les traitements médicamenteux ont pour but d'agir sur les mécanismes de régulation thermique de l'organisme.(22)

-**Le paracétamol** : médicament de première intention recommandé par l'AFSSAPS, et utilisable dès la naissance. Sa prise est orale à 60mg/kg/jour, en 4 prises soit 15 mg /kg/jour toutes les 6 heures. Il est à la fois antalgique et antipyrétique. (2)(23)

La concentration plasmatique maximale est atteinte environ 20 à 30 minutes après l'administration par voie orale.

Ses principaux effets indésirables sont :

°toxicité hépatique, notamment en cas de surdosage avec cytolyse hépatique avec insuffisance hépatocellulaire, entraînant un coma et le décès,

° réaction d'hypersensibilité : érythème, urticaire, œdème de Quincke...,

°affections hématologiques : thrombopénie, leucopénie, neutropénie. (14)

-L'ibuprofène et le kétoprofène :

Ils sont recommandés si l'enfant présente une contre-indication au paracétamol. Ces molécules sont anti-inflammatoires, antalgiques et antipyrétiques, liées à l'inhibition de la synthèse des prostaglandines. Ils représentent 25% du total des prescriptions d'antipyrétiques chez l'enfant. (21)

L'ibuprofène est indiqué chez l'enfant de plus de 3 mois à la dose de 20 à 30 mg/kg/jour, en 3 à 4 prises par jour.

Le kétoprofène est indiqué à la dose de 2 mg/kg/jour, chez l'enfant de plus de 6 mois.

Les principaux effets indésirables sont :

°infection des tissus mous, surtout en cas de varicelle,

°risque d'insuffisance rénale aiguë, avec pour facteurs favorisants des terrains à risque ou de déshydratation (24),

°réactions allergiques et cutanées (Lyell, Stevens -Johnson),

°risques hématologiques (neutropénie, anémie, allongement du temps de saignement),

°effets indésirables digestifs : risque d'ulcération gastrique ou oesophagienne,

°hémorragie digestive.

-L'aspirine :

L'aspirine est réservée aux enfants de plus de 6 kg (environ 3 mois). La dose est de 50mg/kg/jour en 4 à 6 prises. Elle représente 5 % des prescriptions médicales d'antipyrétiques.

Ce médicament est anti-agrégant plaquettaire, antipyrétique, anti-inflammatoire et antalgique. Elle présente les mêmes effets secondaires que les anti-inflammatoires (en particulier rénal, digestif).

On retient également :

°le syndrome de Reye : rare, mais souvent mortel, qui correspond à une atteinte cérébrale non inflammatoire et atteinte hépatique, en contexte d'infection virale,

°effet sur l'hémostase : allongement du temps de saignement par inhibition irréversible de la cyclo-oxygénase plaquettaire. (2)(22)

Les recommandations de l'AFSSAPS datant de 2005 ne préconisaient pas une alternance ou une association systématique d'antipyrétiques.

Il ne faut prescrire en première intention, un seul médicament antipyrétique, le paracétamol. Ce n'est qu'en cas d'échec thérapeutique, c'est-à-dire au bout de 24h d'un traitement antipyrétique en monothérapie bien conduit, que l'on peut proposer un second médicament. (2)(11)

IX. La fever phobia

L'idée de la « fever phobia » a été la première fois décrite par Schmidt dans les années 80. Celui-ci dénonce une peur irrationnelle de la fièvre par les parents avec des croyances erronées. Les parents craignaient alors la peur de complications, notamment de lésions cérébrales, ce qui expliquait le recours très rapide aux antipyrétiques (plus de la moitié des parents donnaient des antipyrétiques pour des seuils inférieurs à 38°C)(25).

Une méta-analyse 20 ans plus tard rassemble les résultats d'études sur la prise en charge de la fièvre infantile par les parents, notamment les attitudes, les pratiques et l'utilisation des antipyrétique. En dépit du statut socio-économique des parents, les peurs concernant les séquelles neurologiques, les convulsions et même le décès persistent.(26)(39)

Cette peur de la fièvre engendre une pression accrue sur les médecins par les parents. Le but des parents est d'obtenir l'apyrexie à tout prix, pensant agir pour le bien de l'enfant, ce qui engendre des consultations rapides. En effet, le délai moyen des consultations reste en moyenne inférieur à 48H et la mesure de la fièvre par les parents n'est pas toujours réalisée avant la consultation(27).

MATERIEL ET METHODE

I. Méthode

L'objectif principal est de recueillir les attentes et les besoins des parents, à travers le vécu et le ressenti de leurs propres expériences personnelles. Il s'agissait donc d'évaluer le retentissement de la fièvre pour les parents, d'évaluer leurs attitudes et ainsi optimiser leur demande pour les aider à gérer cette problématique.

Nous avons décidé de réaliser une étude qualitative, par l'intermédiaire d'entretiens semi-structurés individuels (28).

La méthode qualitative est de plus en plus utilisée dans les travaux de recherche, notamment en matière de soins primaires. Elle permet de répondre à des interrogations soulevées par la pratique quotidienne. Elle permet également de construire des hypothèses et d'aboutir à un raisonnement interprétatif, selon une analyse par théorisation ancrée. (29) (30)

La méthode qualitative était la plus appropriée pour pouvoir obtenir le ressenti des parents, de recueillir leurs opinions, leurs difficultés rencontrées. La méthode qualitative ne mesure pas des données quantifiables, mais permet d'appréhender les expériences et comportements.

Nous avons choisi d'utiliser, à l'aide d'un guide d'entretien, des entretiens individuels semi-directifs. Ce guide permet une orientation des questions et trames souhaitées, mais autorise une grande liberté de parole, afin de recueillir les opinions et sentiments des parents interviewés.(28)

Les entretiens individuels ont été préférés au focus groupe qui aurait pu être source d'influence, de gêne et de retenue des participants.

II. Population étudiée et recrutement

La population étudiée sont les parents d'enfants âgés de 3 mois à 6 ans qui consultent pour une fièvre en médecine générale. Les enfants de moins de 3 mois présentant de la fièvre nécessitent des explorations complémentaires et ne sont donc pas inclus dans notre étude. L'âge de 6 ans défini comme l'âge préscolaire, a été retenu afin d'avoir un mode de vie dépendant le plus possible de l'éducation familiale.

Les critères d'inclusion étaient représentés par des parents de tout âge ou sexe, venant consulter au cabinet du généraliste pour le motif de fièvre de leur enfant de moins de 6 ans et qui étaient volontaires pour participer.

Les critères d'exclusion étaient représentés par des parents, dont les enfants étaient porteurs de maladie chronique.

Nous avons recruté des patients de cabinets de médecins généralistes dans le nord et pas de calais, de zones géographiques différentes, que ce soit la thésarde qui effectuait des remplacements dans plusieurs cabinets, ou le directeur de thèse. Une fiche d'information (**annexe n°1**) leur était remise.

Si le recrutement était réalisé par le MSU (maitre de stage universitaire), un contact téléphonique était réalisé afin de d'obtenir leur consentement pour leur participation à ce travail et d'expliquer les modalités de l'entretien. Puis une date et un lieu de rendez-vous à la convenance du patient étaient décidés.

Lors ce premier contact, le sujet précis de la thèse n'était pas abordé afin de permettre la réalisation d'entretiens spontanés. Les entretiens ont été réalisés individuellement, au domicile des parents.

Le choix des patients s'est fait de manière aléatoire, au hasard des consultations, ce qui a permis d'avoir des profils assez variés, l'échantillonnage n'étant pas conditionné par une nécessité de représentativité comme une méthode quantitative, mais plutôt par l'abord d'une diversité maximale d'opinions (30). L'échantillon a donc été réalisé en variation maximale selon des caractéristiques qui apparaissaient susceptibles d'influencer les réponses (âge des parents et enfants, nombres d'enfants dans la famille, lieu de vie rural ou urbain, niveau socio-économique, famille mono ou biparentale), dans le but de recueillir des points de vue variés.

La taille de l'échantillon ne pouvait être déterminée à l'avance car elle dépendait de la suffisance des données, c'est à dire lorsque les entretiens n'apportaient plus d'éléments nouveaux (31).

III. Guide d'entretien

Le guide d'entretien comprend une liste de thèmes clés à aborder sans ordre pré-défini. Le recueil des données s'effectuait à l'aide d'un guide d'entretien. Ce guide a été testé sur un entretien puis retravaillé au fur et à mesure, notamment dans le but d'approfondir certaines thématiques apparues au cours des entretiens et de mieux préciser certains sujets (**annexe n°3**).

Le premier canevas d'entretien a été initialement testé sur une mère, mais il n'a pas été pris en compte dans les résultats, car il a été réalisé dans le but de s'assurer de la bonne compréhension des questions, afin d'améliorer le guide d'entretien.

Le guide était composé de questions courtes, ouvertes. Des questions de relance ont été élaborées dans le but d'approfondir des réponses parfois évasives, et d'aborder tous les thèmes.

L'entretien a été conduit par la thésarde. Son rôle était donc une structuration et une écoute active, et des relances si la conversation s'essouffait.

IV. Recueil des données

Le recueil des données par entretien a été réalisé entre juin 2020 et février 2021. Tous les entretiens se sont déroulés au domicile des patients, à l'exception d'un entretien qui a été enregistré au cabinet médical, dans un souci d'organisation pour une des participantes. La période de recrutement a été longue dans le cadre de l'épidémie de Covid-19, car il y a eu moins d'enfants consultant pour ce motif dans les cabinets.

Nous précisons que les données recueillies étaient strictement confidentielles, anonymes et que le/la participant(e) pouvait changer d'avis à tout moment. Nous recueillions au début de l'entretien l'accord écrit des participants (**annexe n°2**).

Nous commençons par quelques questions préliminaires, pour entamer le dialogue mais aussi obtenir des données démographiques : âge du parent, situation familiale, catégorie socio-professionnelle, lieu d'habitation, âge et sexe de l'enfant.

V. Analyse des données

Les entretiens ont été enregistrés grâce à une application dictaphone puis une retranscription a été faite mot pour mot, avec l'aide du logiciel Microsoft Word®, en

rapportant également les émotions, les hésitations et manifestations non verbales composant le verbatim.

Cette étape était réalisée le plus rapidement possible après les entretiens afin de ne pas perdre les données non verbales.

L'analyse et codage des données ont été effectués grâce au logiciel QRS NVivo 12®, un logiciel d'analyse de données qualitatives. Il a été effectué une triangulation des données par une médecin remplaçante, également en cours de réalisation de sa thèse.

Cent vingt-quatre codes ont été créés à partir de l'analyse des données.

Le recueil des données a été interrompu lorsque la suffisance des données a été atteinte, c'est-à-dire lorsque l'analyse des entretiens n'apportait plus de nouvelles créations de codes. Le codage a été réalisé après chaque entretien. Le codage consistait en plusieurs lectures des verbatims, puis à une analyse détaillée des propos tenus par les participants.

Une première étape était le codage ouvert, qui consistait en une exploration initiale de la retranscription des verbatims des entretiens en synthétisant leurs contenus par mots-clés(codes).

Les codes retenus ont été répertoriés et classés en catégories (regroupement analytique de codes), constituant le codage axial.

L'analyse de tous les entretiens permettait de compléter la liste des codes et de développer de nouvelles catégories. Les thèmes principaux de notre étude ont émergé par l'analyse et la mise en relation des différentes catégories. (30)

La suffisance des données était atteinte lorsqu'il n'émergeait plus de nouveaux codes. Cette suffisance a été obtenue après le douzième entretien. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés.

VI. Aspect éthique et réglementaire

Ce travail de thèse a eu l'accord de la part de la commission de recherche de département de médecine générale et de maïeutique (CRD2M) de la faculté de médecine et maïeutique de Lille.

Après explications orales, les parents interviewés signaient un consentement écrit dont un exemplaire était laissé en leur possession (**annexe n°2**). Ils pouvaient se retirer de l'étude à tout moment. Les résultats ont été anonymisés et un code a été attribué à chaque parent, par ordre chronologique des entretiens : Entretien(E) + numéro d'inclusion). Après avis du département de médecine générale, ce travail n'a pas été soumis au comité de protection des personnes (CPP).

RESULTATS

I. Description des participants

Il s'agissait de quatorze parents d'enfants de 3 mois à 6 ans. Aucun des enfants n'était porteur d'une maladie chronique ou d'un suivi hospitalier régulier. Les parents étaient âgés de 27 à 50 ans. Les lieux de résidence étaient variés, ainsi que les catégories socio-professionnelles.

Chaque verbatim des participants a été décrit par la lettre E, nommés de E1 à E14, dans l'ordre chronologique des résultats. Trois parents, initialement d'accord pour participer, n'ont pas donné suite à nos relances de rendez-vous. Les entretiens ont été réalisés entre juin 2020 et février 2021.

La durée moyenne des entretiens était de 26 minutes, avec des variables allant de 19 minutes à 40 minutes. Les 14 entretiens se sont déroulés en présentiel, au domicile des parents. Un seul a été réalisé au cabinet médical.

Entretien	Parent	Age	Catégorie socio-professionnelle	Lieu de vie	Situation familiale	Enfants Et âge	durée
E1	Mère+Père	46 ans +50ans	Mère : Sans emploi Père : Chauffeur	Rural	En couple	F : 11 mois	29,22
E2	Mère	30 ans	Conseillère en économie sociale	Rural	Pacsée	F : 4 ans G : 7 mois	25,28
E3	Mère	28 ans	Enseignante en primaire	Urbain	Pacsée	F : 4 ans F : 18 mois	18,24

E4	Mère	26 ans	Infirmière en HAD	Rural	Célibataire	F :13 mois	23,46
E5	Mère	30 ans	Technicienne territoriale	Rural	Pacsée	G :19 mois	20,07
E6	Mère	31 ans	Professeur en primaire	Péri- urbain	Mariée	G :7 mois F : 3 ans	19,16
E7	Mère	30 ans	Ingénieur	Péri- urbain	En couple	G :2 ans G :4 ans	28,44
E8	Mère	44 ans	Au chômage	Urbain	En couple	G :21 mois	27,31
E9	Mère	39 ans	Femme de ménage	Urbain	Pacsée	Fille :19 mois	25,50
E10	Mère+père	35 et 37 ans	Directeur ressources humaines/ingénieur	Péri- urbain	Mariés	Fille 16 mois	30,38
E11	Mère	31 ans	Comptable	Urbain	Pacsée	F 3 ans G 6 ans	21,35
E12	Mère	27 ans	Maman au foyer	Urbain	En couple	F : 6 ans F :3 ans	40,32
E13	Mère	28 ans	Maman au foyer	Urbain	Mariée	G :4 ans F :2 ans	38,43
E14	Mère	30 ans	Gérante d'un restaurant	Urbain	En couple	G :17 mois	22,46

Tableau 2 : description des participants en fonction de l'âge, de la catégorie socio-professionnelle, du lieu d'habitation, du nombre d'enfants et de leur âge, de la situation familiale

II. Représentations et connaissances des parents sur la fièvre de l'enfant

A) La fièvre: une définition polymorphe

La fièvre a des représentations très variées pour les parents. A l'évocation de l'origine de la fièvre, la plupart des parents ont évoqué la notion de l'attaque de l'organisme par un virus extérieur, la notion de fièvre comme un processus **physiologique**.

E3 : « *Je sais que c'est pour combattre les microbes, qu'il faut la laisser. »*

E9 : « *Pour moi la fièvre, faut qu'elle sorte, c'est naturel. »*

E12 : « *Parce que je sais qu'il y a une température qui peut -être tolérée, qui est même bonne pour l'enfant ».*

E7 : « *Et justement, mon docteur avait évoqué la bonne fièvre, qui n'était pas dangereuse mais qui permettait au corps de se défendre. »*

Ce processus physiologique apparait bénéfique pour certains des participants, notamment après **vaccination**.

E7 : « *Oui je me suis pas affolée ; j'avais mis ça sur le coup du vaccin, je savais que c'était une fièvre normale, une bonne fièvre j'appellerai ça même. »*

E13 : « *Mon fils c'est automatique avec les vaccins, il y a toujours un jour de fièvre derrière. Mais pour moi c'est normal, c'est une réaction naturelle je suppose, il essaye de combattre ce qu'on lui a injecté. »*

A l'inverse, malgré cette conscience de processus physiologique, les parents ont évoqué la nécessité d'apporter une aide extérieure.

E1 : « *Elle se bat, ouai ! Son corps se bat se bat contre quelque chose ! faut faire quelque chose. »*

La fièvre apparaît également comme une mesure **numérique**, chiffrée, qui là encore varie beaucoup selon les parents.

E13 : « *Pour moi, la fièvre, c'est à partir de 38.* »

E6 : « *Moi je dirai qu'à partir de 37,8 oui il chauffe. »*

E14 : « *Je la situe à partir de 38,5 je dirai. »*

B) Un signal d'alarme

La fièvre apparaissait également pour certains parents comme un avertissement, un signal d'alarme pour l'entourage et donc la potentielle gravité de l'infection en cours.

E1 : « *Pour nous c'était grave, vu qu'elle avait de la fièvre. Donc il fallait qu'on agisse maintenant. »*

E5 : « *Après ce que ça m'évoque, c'est une réaction du corps qui montre qu'il y a quelque chose qui va pas... »*

E6 : « *Je pense que c'est un malaise dans le corps, la façon dont le corps agit pour signaler le problème. »*

L'apparition même de la fièvre induit un sentiment de panique pour les parents.

E11 : « *Ben c'est vrai qu'on est tout de suite inquiets... On sait que quand le corps réagit, c'est que derrière il y a quelque chose, donc c'est vrai qu'on est tout de suite inquiets... »*

E12 : « *Ben le truc, c'est qu'on se dit, je pense que c'est la base, si on fait une température, c'est parce que notre corps se défend contre quelque chose, donc ils ont quelque chose. Donc à ce stade là, moi déjà quand ils en ont je suis vraiment*

pas bien. »

La fièvre est **sacralisée**, impressionne.

E10 : « *A la maternité on nous faisait prendre la température tout le temps, du coup c'est vrai que ça sacralise beaucoup ce symptôme je trouve. »*

C) Origine

L'origine et les causes de la fièvre restent **floues** pour la plupart des parents. La fièvre reste le témoin d'une infection pour la majorité.

E5 : « *Comme ça je vous aurai répondu une infection, plutôt d'un virus...et puis après les dents, comme ça travaille sous la gencive, quoi...ça peut créer une réaction, la dent perce donc ça provoque la fièvre. »*

E6 : « *Ça peut être due aux dents, ou je ne sais pas vraiment, quelles causes possibles... les fièvres dues à la méningite, ect... »*

E14 : « *Pour moi la fièvre, c'est une réaction à un virus. »*

Des mères ont évoqué d'autres causes à la fièvre, en dehors des processus infectieux.

E8 : « *Donc je me disais peut-être, parfois ben on a mangé quelque chose, on a une mauvaise digestion et puis ben ça peut aussi nous donner de la fièvre pour x raison qu'est-ce que j'en sais. »*

E11 : « *Je pense que ça peut être due aussi à une poussée de croissance »*

Des parents évoquent notamment la fièvre comme un signe **avant couteur**.

E7 : « Je pense que c'est son corps qui n'arrive plus à maintenir la température moyenne, on va dire...ou alors, pas forcément infectieux, mais du coup, une préparation à quelque chose. Je veux dire une avant varicelle, avant poussée dentaire. Prévenir de quelque chose qui va arriver. »

E9 : « Pour moi la fièvre, c'est pour prévenir que l'infection arrive ».

D) Repérage de l'enfant fiévreux

Pour repérer l'enfant fiévreux, les parents ont évoqué la modification de coloration cutanée, ou l'augmentation de la chaleur cutanée.

E6 : « C'est moi qui me suis réveillée, et je suis allée le voir, et je sentais qu'il était chaud, donc j'ai pris sa température et il avait 39, donc j'ai mis tout de suite un doliprane. »

E1 : « Parce que je l'ai prise dans mes bras et j'ai senti ...enfin, j'ai senti qu'elle était chaude. »

E7 : « Euh... généralement il est un petit peu frissonnant, il a surtout les joues un peu rouges. »

La modification du comportement de l'enfant, avec **rupture** avec son état habituel, revient aussi très fréquemment dans les signes de repérage.

E4 : « J'avais vu qu'elle était inconfortable donc à partir de là, je me suis dit qu'il y avait quelque chose. C'était un bébé très très facile à vivre, et donc là ça se voyait ...Ca se voyait vraiment qu'il y avait quelque chose. »

E9 : « Généralement, elle est ronchon avant, on voit qu'elle râle, qu'elle est pas bien...Elle s'agace, je vois des petites choses dans son comportement qui n'est pas normal... »

Le repérage de l'enfant fiévreux par une personne **extérieure** apparaît comme inquiétant pour les parents.

E5 : « Le fait que la nounou appelle aussi, ça nous a un peu interpellé. Elle, elle connaît bien les enfants, donc elle avait remarqué qu'au niveau de son comportement il y avait un changement. »

III. Ressenti et vécu des parents`

A) Motifs d'inquiétudes

Les différents motifs d'inquiétudes perçus par les parents sont :

-une survenue nocturne, qui a tendance à aggraver l'inquiétude parentale :

E9 : « Les nuits ou elle a de la fièvre, clairement je dors pas. Je me réveille pour regarder si elle a pas chauffé, si elle est bien...Donc oui, vraiment quand elle fait de la fièvre, c'est horrible... Je vais toucher son front, voir si elle transpire pas trop...C'est comme si je m'interdisais de dormir, en me disant si il se passe quelque chose la nuit. »

E5 : « Bah faut le dire la nuit on n'est pas sereins. »

E10 (père) : « ça avait vraiment commencé un soir à 22H...Franchement la nuit on subit. »

-un jeune âge, qui les rendrait plus vulnérables à des infections :

E7 : « Il était encore tout jeune, il avait même pas un an. Et puis cet âge, c'est

difficile, ils peuvent pas s'exprimer pour dire ce qu'ils ressentent, donc ouais, je me suis un petit peu affolée. »

E8: *« Et puis après je le voyais si petit, enfin comment un si petit ça peut lutter contre une maladie. »*

-la durée de l'épisode

E7: *« Et voyant vraiment que j'arrivais pas à faire tomber la fièvre au bout de deux jours, là j'ai commencé à paniquer ... »*

E9: *« Quatre jours, ça me paraissait énorme... »*

-un chiffre haut, critère de gravité pour les parents

E1 : *« Mais après elle n'a pas fait non plus un pic de haute température. Pour moi, plus c'est haut plus c'est grave aussi. »*

E5 : *« Je me dis que c'est plus grave si le chiffre est plus élevée... »*

E11 : *« De toute façon j'aurai quand même appelé le 15 même si j'avais eu du doliprane, car bon 40 ... Autant 38 je me serai pas inquiétée... »*

E13 : *« On m'a toujours dit que les fièvres au-dessus de 40 c'était grave, que ça peut potentiellement avoir des issues mortelles »*

-un premier enfant, et donc une inexpérience parentale

E7 : *« Oui pour un premier, j'essayai d'avoir des conseils un peu plus réguliers car je paniquais tellement, et au bout d'un moment j'ai réussi à déceler si c'était grave, si c'était normal, si ça prépare... »*

E1 : *« En fait je me suis dit je panique parce que c'est la première fois quoi. On ne sait pas quel comportement avoir. »*

E14 : *« La première fois, j'étais en panique. »*

L'inquiétude diminue avec l'expérience acquise au cours des années.

E5 : « Non mais c'est clair que le deuxième, on serait encore stressés, mais on serait moins perdus, je pense. »

-une histoire familiale ou une mauvaise expérience antérieure

E7 : « Je crois que ma mère avait fait une forte fièvre enfant qui avait tourné en méningite, ça s'est très mal fini, elle a perdu l'audition... »

E9 : « Elle a été hospitalisée dans un contexte de fièvre pour bronchiolite. Donc maintenant régulièrement je vais chez le médecin pour les suivis habituels, puis dès qu'elle commence à faire de la fièvre ou qu'elle commence à s'encombrer, j'y vais pour pas que ça tombe en bronchiolite. »

-un enfant rarement malade, qui rend un épisode de fièvre très alarmant pour les parents.

E10(Mère) : « Franchement on n'y pensait pas car pendant un an elle a jamais rien eu, mais la preuve c'est même pas d'avoir de doliprane à la maison parce qu'on se disait qu'elle était tellement solide !»

E5 : « De côté-là, on a de la chance, il n'a jamais été beaucoup malade. »

-le caractère brutal de l'apparition

E13 : « Quand on a pris sa température, il était à 39,7, ça a été un pic de fièvre de fièvre fulgurant, d'un coup comme ça, impressionnant !! »

B) Complications possibles

La fièvre est synonyme de **complications**, pourtant parfois méconnues.

E13 : « Très honnêtement je ne connais même pas les complications liées à la fièvre, c'est plus une idée pré-reçue, concrètement je ne sais pas ce que ça peut entraîner vraiment. »

Dans notre étude, la quasi-totalité des parents évoquent la peur des **convulsions**, une peur ancrée.

E10 : « *Je ne connais même pas vraiment, je ne me suis pas renseignée sur les convulsions, quoi...mais c'est vrai qu'on n'arrête tellement pas de nous en parler, et je ne sais même pas les complications qu'on peut avoir derrière. Mais je ne sais pas c'est ancré. »*

Leur propre histoire familiale, ou encore le retour d'**expérience** des proches, accentue cette peur.

E8 : « *Je me rappelle un de mes frères, la fièvre a fait faire des convulsions, et là ça m'a choquée au point où je ne me rappelle même plus qui a fait ces convulsions. On dirait que mon cerveau a voulu effacer cet épisode. »*

E9 : « *C'est les convulsions. Ça, j'en ai entendu parler. Je connais une collègue qui a eu sa fille qui a convulsé vers l'âge de 18 mois, à cause de la fièvre... »*

E2 : « *C'est vraiment la convulsion qui m'a marquée. C'est vraiment une amie qui m'a dit que sa fille était montée à 40 et qu'elle a convulsé et là, prise de panique, elle a dû appeler les pompiers... Enfin voilà. »*

La peur des **séquelles** neurologiques est prédominante, voire du décès de l'enfant.

E3 : « *Et du coup je sais qu'après les convulsions, ça peut engendrer des problèmes au niveau du cerveau. »*

E4 : « *C'est les séquelles qu'il puisse y avoir... si elles sont violentes en tout cas. Après si elle est petite et qu'il ne se passe rien, enfin qu'il n'y a pas de dommages...S'il y a un dommage derrière, c'est plus compliqué quoi. »*

E1 : « *Ben elle peut tomber dans les pommes, trop faire de fièvre et puis ... faire un choc ! Oui c'est ce que j'imagine !* »

La **gestion des convulsions** est une peur parentale.

E6 : « *Ce qui est inquiétant, c'est qu'il peut convulser, et le pire en fait c'est pas les convulsions c'est de devoir gérer ça. Et pourtant j'ai fait les premiers secours, mais vraiment ça me ferait trop peur.* »

La **déshydratation** apparaît également comme un motif d'inquiétude, d'autant plus quand des vomissements sont associés.

E1 : « *Moi c'est surtout quand elle a vomi ! J'ai eu peur qu'elle se déshydrate !* »

E4 : « *C'est le fait qu'elle ait vomi beaucoup d'eau ! Je la pose et ça sort de son corps.* »

C) Culpabilité

La notion de culpabilité est très marquante dans les propos recueillis. Cette notion de culpabilité s'appuie sur le fait de passer à côté d'une pathologie qui pourrait être potentiellement grave.

E3 : « *Je m'en voudrai tellement d'être passée à côté d'une maladie qui pourrait être grave. Je m'imagine les pires maladies à chaque fois.* »

E5 : « *C'est uniquement la culpabilité de me dire, j'ai laissé passer quelque chose en fait ... Nous on n'est pas médecins...* »

E9 : « *C'est notre part de responsabilité ! Si ça s'aggrave, c'est notre faute !* »

Il y a parfois une remise en question très forte de leur rôle parental.

E8 : « *J'étais un peu frustrée, enfin je me sentais coupable, je me suis dit comment ça se fait que moi en tant que maman je ne pouvais pas me rendre compte que ce n'était pas un cauchemar, mais que c'était la fièvre qu'il faisait !* »

E14 : « *Je pense qu'on se sent totalement impuissants face à ce genre de situation.* »

Les parents se jugent aussi parfois fautifs, coupables de l'état de santé de leur enfant.

E4 : « *Je pense que j'aurai une énorme part de culpabilité car si elle l'a eu, c'est plus ou moins à cause de nous vu qu'elle côtoyait peu de monde.* »

Les mères culpabilisent de ne pas adopter la conduite adaptée, notamment avec les thérapeutiques.

E12 : « *Il y a la fièvre qui joue beaucoup, et le côté j'ai peur donc je ne sais pas ce que je fais, donc je culpabilise.* »

E7 : « *Je me dis qu'est-ce que je peux lui donner? Je sais qu'il y a des contre-indications à certaines choses, j'ai peur de me tromper...* »

D) Retentissement sur la vie personnelle et familiale

Certains parents interrogés exprimaient une véritable sensation de détresse.

E2 : « *Bah ... Il le faut, on n'a pas le choix (rires). C'est stressant quand même. Des fois, on se pose quand même des questions. A se lever, et tout ça, plusieurs fois par nuit quoi.* »

E14 : « *Parfois, j'ai l'impression de transmettre mon stress à mon enfant, du coup c'est pire.* »

L'organisation familiale est remise en cause, **bouleversée**.

E7 : « *Moi c'est plus au niveau organisation... Quand ils ont de la fièvre, je sais que j'ai pas la possibilité de rester avec eux, de prendre des journées comme ça , enfin si je peux prendre des journées enfant malade, mais ça va avoir des répercussions... »*

E2 : « *Pareil dès qu'elle fait de la fièvre, dès qu'elle est malade elle vomit. Je me suis déjà retrouvée des 24h solo à devoir changer deux fois son lit ... Enfin bref, c'est la misère, c'est ma hantise. »*

E12 : « *Après dans mon cas à moi, en tant que maman, je sais que je vais veiller la nuit. Même si mon corps demande de dormir, je peux pas, parce que je me dis que mon enfant a besoin de moi et qu'il faut que je la surveille. Donc les 3 quarts du temps, si je somnole, je prends mes enfants avec moi dans ma chambre. Tout simplement pourquoi, si ils en viendraient à vomir, j'ai peur qu'ils ne se réveillent pas et s'étouffent... »*

A l'évocation de ces épisodes, certaines mères expriment une gestion **en solitaire** de ces épisodes.

E6 : « *Mon conjoint me laisse faire, il me fait confiance... En général c'est moi qui gère ce genre de choses. Donc il me laisse faire. »*

E7 : « *Mon conjoint, il revient le week-end, donc il n'a pas trop à gérer... Il n'a pas trop de poids là-dedans... »*

Cette gestion solitaire est ressentie comme une difficulté pour certaines.

E2 : « *Enfin si je me l'étais posée mais plus en me disant mais si elle est malade la nuit, que je suis toute seule, et que c'est grave... Parce que mon conjoint fait des postes*

de nuit. Du coup je me suis déjà dit si elle fait des fortes fièvres, et je suis toute seule, comment est-ce que je vais réagir ? »

Parallèlement, il peut exister une **dichotomie** entre les deux parents sur la conduite à tenir, ce qui peut être source de conflit.

E3 : « Lui, il s'inquiète pas du tout, c'est moi qui m'inquiète plus que la normale. Et...du coup, c'est moi qui vais consulter alors que lui me dit de ne pas y aller, quoi. »

E1 : « Papa il a un gros problème, c'est avec le doliprane! Il dit ouais faut pas abuser du doliprane ! Alors que bon, on lui en a presque jamais donné! Il part du principe qu'il faut laisser faire ! Mais bon ...du coup on s'engueule (rires). »

E14 : « Non mais lui il est pas du tout stressé... Je pense que c'est parce que c'est un père, pas une mère. C'est sûr qu'il y a une prise de position différente. »

E) Impact particulier du coronavirus

Beaucoup de parents ont évoqué la pandémie de coronavirus comme étant une alerte en plus lorsque les enfants présentent de la fièvre.

E5 : « Puis dans cette période-là, ça fait quand même davantage peur, avec la covid...Même si on sait peut-être que les enfants sont moins touchés, mais c'est vrai que la fièvre, là, c'est une alerte en plus. »

E11 : « Ben là en ce moment avec le covid...comme la dernière fois j'étais inquiète car il y avait vraiment aucun autre symptôme...à part sa fièvre. »

La pandémie influe sur l'**attitude** parentale.

E9 : « Depuis le covid, je surveille sa température tous les jours. Une fois par jour je vérifie sa température, et entre temps, si je vois qu'elle est chaude, je vérifie. »

E11 : « *Après en ce moment, je vais vite chez le médecin à cause du covid. »*

Les médias jouent dans l'inquiétude parentale.

E3 : « *Au début je me suis carrément couchée en pensant la perdre, car à la télé il montrait vraiment les choses les pires. Et après, rapidement, on a dit que chez les enfants c'était moins grave... »*

E2 : « *C'est vrai que le coronavirus, au début, enfin ...ça nous a tous inquiété, je pense, avec tout ce qu'on a entendu à la radio. »*

IV. Sources d'informations

A) Le corps médical

Les parents citent tous spontanément leurs principales sources d'information venant des professionnels de santé.

Ces informations apparaissaient comme **essentiels** et primordiales.

E7 : « *C'est surtout le discours du docteur qui me semble le plus judicieux à suivre. »*

E2 : « *Après l'avis du médecin, ça reste quand même l'avis du médecin... »*

La lecture du carnet de santé a été citée à quelques reprises par les participants.

E5 : « *Et puis forcément dans le carnet de santé je feuillette tout. »*

E7 : « *Dans le carnet de santé de l'enfant, il y a les pages que faire en cas de fièvre, je trouve ça très utile je trouvais ça vraiment bien fait, avec les petites images, c'est attrayant, c'est parlant...je pense que c'est intéressant d'avoir ça sous la main si besoin. »*

E9 : « *Après dans le carnet de santé, j'avais tout lu sur les conseils en cas de fièvre... et puis dans le cabinet médical là il y a un écran ou on donne quelques situations, donc je trouve ça bien, c'est parlant ...ça permet de savoir, moi ça m'avait conforté parce qu'ils disent qu'il n'y a pas de nécessité de consulter tout de suite. »*

B) L'entourage familial et social

Beaucoup de parents ont tendance à alors se tourner vers l'entourage présent, notamment avec des parents déjà expérimentés, ayant déjà eu des expériences dans ce domaine. La demande de conseils se fait alors dès l'apparition des symptômes, avant la consultation médicale.

E2 : « *Je me dis que toute expérience est bonne à prendre des parents qui sont déjà passés par là. »*

E4 : « *Les retours d'expériences, autant par exemple l'entourage, mes belles sœurs elles ont des enfants...Il y a forcément des choses à tirer dedans, qui peuvent être enrichissantes... »*

Les dialogues avec l'entourage peuvent même **influencer** la conduite à tenir.

E5 : « *Ben forcément, j'en avais parlé avec ma mère, en me disant bah il n'est pas bien, t'en penses quoi ...Après ma mère, elle est plutôt du genre à me dire, bah va consulter quand même, plus le côté rassurant...donc j'y vais. »*

A l'inverse, des parents évoquaient ne pas demander d'informations, notamment lorsque les enfants des proches étaient plus grands, avec donc une expérience passée jugée trop **ancienne**.

E1(Mère) : « On n'a pas vraiment de parents proches, leurs enfants sont tous trop grands. Donc on a pas forcément posé de questions...»

Il y a cependant une limitation ou une sélection des interlocuteurs choisis pour répondre à leurs interrogations.

E3 : « Bah en fait non, volontairement je ne demande rien du tout...Déjà, on n'a pas la même conception de l'éducation, de tout ça... »

E11 : « Oui, j'ai tendance après maintenant ça dépend à qui je vais demander. Après voilà du côté de ma belle-mère, on va m'aider, même si j'ai déjà tendance à savoir pas mal de choses... Après du côté de ma mère, c'est autre chose. »

C) Recours à Internet

Une des sources d'information beaucoup citée était le recours à **internet** : forum, sites spécialisées, réseaux sociaux...

E2 : « On regarde sur internet, on en parle avec des amis, ça vient comme ça. Mais je ne vais pas vous mentir, on regarde beaucoup sur internet aujourd'hui. »

E10 : « En fait, je pense qu'on regarde sur internet quand on ne comprend pas les explications et qu'on n'ose pas demander(rires). »

Ils reconnaissent l'impact parfois **rassurant** des témoignages trouvés sur les sites, ils sont dans la recherche de parents ayant vécu des expériences similaires.

E4 : « Et je regarde sur internet, car parfois je me dis que sur internet il y a des petits commentaires, des retours d'expériences. Sur les pages Facebook, c'est enrichissant.... » .

Au contraire le recours à ces sites peut augmenter l'angoisse.

E6 : « Mais c'est plus anxiogène qu'autre chose, on imagine le pire ».

E12 : « Non mais moi, le téléphone là, internet, j'arrête, ça m'a rendue malade ».

Les parents semblent parvenir néanmoins à reconnaître les **limites** des informations diffusées sur les sites.

E4 : « Enfin, il y a de tout ...il faut prendre les infos avec parcimonie...compléter. »

E6 : « Parfois je regarde internet (rires). Je sais qu'il ne faut pas parce que je vois de ces trucs ... Mais bon comme tout le monde c'est tentant, maintenant qu'on a Google à proximité, on se dit qu'il va nous répondre. »

D) Une influence indéterminée

Dans certains cas, les participants ne parvenaient pas à savoir les sources dont ils tenaient leurs connaissances. Paradoxalement, ces informations peuvent avoir plus d'impact sur leurs attitudes.

E7 : « J'avais entendu dire que les bains maintenant n'étaient plus efficaces pour faire tomber la température. »

Cela pouvait être évoqué comme des idées reçues, connues de tous.

E4 : « Ben les convulsions c'est connu, enfin, c'est quelque chose qu'on a déjà tous entendu... »

E5 : « Bah on entend souvent, quand ça dépasse 38, il faut consulter... »

E) Caractéristiques de l'information perçue

L'avis général sur l'information perçue dans notre étude variait beaucoup.

Seulement un tiers des parents estiment avoir été suffisamment informés.

E3 : « *Ben je sais qu'il ne faut pas donner de doliprane tout de suite forcément, que ça ne sert à rien de consulter dès le premier jour. Moi je me sens suffisamment informée. »*

E2 : « *Donc je ne pense pas avoir été mal conseillée ou sous conseillée. »*

D'autres parents, a contrario, évoquaient plutôt une mauvaise information, notamment peu adaptée au moment de la naissance à la **maternité**.

E10 : « *On n'a pas de formation au départ, c'est vrai qu'à la maternité on nous parle tellement de plein de choses....je suis pas sûre qu'on enregistrerait forcément à ce moment là. Il faudrait peut-être une consultation dédiée. On nous a baigné avec les vaccins, mais la fièvre rien... »*

E9 : « *Non franchement pas du tout, pour moi c'était l'inconnu total...A la maternité on m'avait beaucoup conseillé, mais c'est parce qu'elle avait fait un peu de fièvre déjà...je ne sais pas si on m'en aurait parlé si elle avait pas eu cet épisode... »*

E6 : « *Non, juste une fois il était malade, ou elle m'avait dit faut prendre la température et si ça ne baisse pas ben faut venir ; mais c'est tout ... »*

Certaines informations étaient considérées comme **incomplètes**, à leur regret.

E5 : « *Enfin à partir de quand c'était plus gênant, enfin est ce qu'il y a un délai sur lequel il faut s'inquiéter. Mais je n'ai pas le souvenir d'avoir eu une réponse vraiment claire. »*

E6 : « *Alors, ça c'était quelque chose que je ne savais pas, et le médecin ne m'en avait pas informé...je pense que j'aurai aimé le savoir. »*

Pour certains, l'information est souhaitable mais impossible à mettre en pratique, car l'affect et la détresse ressentie des parents est difficile à surmonter en pratique.

E8 : « *Cela va paraître un peu fou, mais je pense qu'il ne faut pas trop donner libre arbitre aux parents, car comme nous les parents on est touchés affectivement par nos enfants, on ne peut pas vraiment retenir... »*

Il est soulevé l'importance d'une **information orale** de la part des médecins mais difficile à mettre en pratique du fait du manque de temps.

E4 : « *Après, un support papier c'est bien mais franchement les explications pour moi c'est le plus important ; les explications faut les avoir en direct, qu'on nous dise la conduite à tenir sur ça. Avoir une éducation un peu plus vaste. Mais je sais pas si c'est votre rôle à vous, c'est vrai que vous avez pas beaucoup le temps.»*

Le manque d'information des parents est aussi lié parfois à un manque d'**intérêt**.

E11 : « *Je pense qu'on peut toujours avoir de nouvelles informations, après honnêtement je ne cherche pas plus... »*

E14 : « *Je ne pose pas de questions, je fais confiance. Et pour être franche, ça ne m'intéresse pas vraiment. »*

V. Attitude parentale

A) Méthode de mesure

Les méthodes de mesure ne semblent pas toujours **maitrisées** chez les parents interrogés.

E1: *« Et puis on a pris sa température. Mais on avait du mal avec le thermomètre à juger. »*

La plupart des parents utilisent un thermomètre frontal mais reconnaissent une mesure non fiable.

E11 : *« Parce que j'ai déjà eu le coup avec ma fille j'avais un frontal, et pourtant je l'avais acheté dans un magasin de bébés, et il marchait pas en fait... »*

E5: *« Après c'est pareil, le thermomètre, enfin nous on a un thermomètre frontal, on sait pas vraiment si c'est fiable... On prend plusieurs fois et ça peut varier de 0,2... »*

Il existe une difficulté ressentie avec la prise de température rectale, ce qui peut expliquer sa faible utilisation.

E3 : *« Je prends la température avec le thermomètre à flash, car vraiment le thermomètre rectal je ne peux pas. J'ai l'impression de rentrer dans leur intimité, même quand elles étaient bébés je ne pouvais pas. »*

E11 : *« Je me dis, tous les jours le thermomètre rectal, mais c'est clairement invasif ! »*

Pourtant, cette méthode apparaît comme étant la plus fiable.

E7 : *« Et si vraiment ça continue, je regarde leur température; je favorise la prise de température anale pour avoir quelque chose de précis. »*

E9 : « *Je prends avec le thermomètre frontal, et si je vois qu'elle est au dessus de 37, je prends en rectal pour être sûre. »*

Tous les parents de notre étude ont évoqué une prise de température au domicile.

B) Attitude thérapeutique

Dans leur attitude, que ce soit par des moyens physiques ou thérapeutiques, la disparition de la fièvre est l'objectif à atteindre pour beaucoup d'entre eux.

E12 : « *Moi la fièvre je cherche à la faire disparaître. »*

Le médicament cité de tous les parents est le recours au doliprane.

E11: « *Mais pour moi à part le doliprane il y a pas grand-chose qui fait effet. »*

E7: « *C'est vrai que le doliprane dans ce genre de situation, c'est un peu le sauveur (rires). »*

E12 : « *Je donne du doliprane tout de suite sur le tas. »*

Les parents reconnaissent tous pratiquer l'automédication, avec le paracétamol, mais plusieurs des interviewés précisent l'utiliser avec **précaution**.

E9 : « *Et puis si après je trouve qu'elle est douloureuse, je lui donne du doliprane.*

Mais vous voyez j'en donne pas systématiquement. Parce que je me dis que ça peut couvrir la fièvre, en fait et du coup si il y a quelque chose, je verrai pas... »

E7 : « *Ben je vois un peu leur état général, et si je vois que c'est juste passager, et une heure après je refais un check. J'essaie de pas leur en donner immédiatement, je vais pas dire inutilement, mais j'essaie de voir vraiment si il y pas...enfin, il suffit de les découvrir un petit peu. »*

Il existe une peur de l'**accoutumance**.

E6 : « *Après c'est pareil moi elle baisse bien avec le doliprane, mais parce qu'elle a jamais été habituée à autre chose, et qu'elle n'a pas eu enfin ...Le doliprane il est efficace, parce qu'elle a pas été habituée, et du coup le peu qu'elle en a bah ça doit fonctionner... »*

Les parents l'utilisent à partir d'un certain **seuil**, qui varie complètement d'un foyer à l'autre.

E10(Père) : « *Si elle fait moins de 38, on n'en donne pas c'est sûr. »*

E7 : « *Ça je le donne vraiment quand ça commence à monter...On va dire que 38, ou 38,5 je vais surveiller leur état, je vais voir si j'ai besoin de consulter. Mais quand ça attends 39, là par contre je leur donne...Mon seuil c'est 39. »*

E3 : « *Si c'est très haut, même si elle a l'air bien, mais qu'elle monte à plus de 39 je lui donne...Et sinon, non, je lui donne pas de doliprane. »*

E2 : « *A partir de 37, 5 / 38 je donne du doliprane. »*

Dans notre étude, aucun des parents n'a cité l'utilisation d'un **anti-inflammatoire**, que ce soit en automédication, ou sur la prescription d'une ordonnance, notamment parce qu'ils ont reçu des informations sur ces molécules.

E11 : « *Avant, j'avais de l'advil là, l'ibuprofène pour l'enfant et au final on me l'a déconseillé plusieurs fois. Je l'ai eu qu'une fois en prescription, et je ne l'ai jamais redonné. C'était un médecin qui me l'avait déconseillé, que c'était mieux d'utiliser le doliprane car l'advil dans certains cas c'était pas forcément bien, mais je ne sais plus pourquoi... »*

E12 : « Je sais que pour une de mes filles, à un moment donné, on m'avait donné de l'advil. Mais je suis contre l'advil. Mon médecin me le déconseille, mais je ne sais pas pourquoi. »

E2 : « On me l'a vraiment déconseillé, ça. C'était le médecin qui me l'avait déconseillé, il n'en prescrit jamais. Je sais que ben c'est de l'ibuprofène, c'est un anti-inflammatoire, que ça a des effets secondaires, quoi. Enfin je sais que ça peut être dangereux si on n'a pas posé un diagnostic sur telle ou telle maladie...comme la varicelle, je sais que ça peut être dangereux. »

Les mentalités ont changé par rapport à l'usage des **antibiotiques** mais l'avis parental diverge encore sur leur utilisation.

E12 : « Après inconsciemment je pense, je vous avoue que ça rassure d'avoir l'antibiotique.

Parce que je sais, enfin je ne sais pas comment expliquer...une impression de guérison plus rapide. Oui je présume que l'antibiotique accélère la guérison. »

E11 : « Après c'est vrai qu'avec la campagne, on nous a dit l'antibio, c'est pas automatique, c'est vrai que maintenant, bon c'est ancré quoi. Au départ, c'est vrai que ouai, quand on ne m'en donnait pas...j'aimais pas. »

Certains parents ne comprennent pas toujours la **non-prescription**, même s'ils l'acceptent.

E2 : « On me donne que du doliprane, ce que j'ai chez moi quoi ...(rires). Dans ma pharmacie. Je sais que mon médecin n'est pas pour les antibiotiques. Après je suis

d'accord, hein, je ne suis pas pour les antibiotiques, je sais qu'on peut soigner différemment. Mais voilà, des fois, c'est un peu frustrant de se dire, en fait on va chez le médecin mais on n' a pas de traitement. »

E8 : « *C'est vrai que quand on pense infection, on pense antibio... »*

Parmi les effets indésirables, les personnes interviewées revenaient sur le risque de dépendance des antibiotiques.

E9 : « *Je ne veux pas qu'elle ait trop de médicaments pour qu'après ça soit un enfant qui soit malade toute le temps ...je pense que le corps après il s'habitue...Je le vois par rapport à ma sœur qui a des enfants parce que le médecin en prescrivait systématiquement dès que ça n'allait pas ou qu'il y avait de la fièvre... Et ben la maintenant je le vois elles sont adolescentes et elles sont tout le temps malade. »*

L'homéopathie a été citée quelques fois, au niveau de l'attitude thérapeutique.

E7 : « *On a déjà utilisé de l'homéopathie, c'était un pédiatre qui nous l'avait conseillé, je crois...je trouve que c'est efficace. »*

E12 : « *L'homéopathie en douleur ça serait bien... car c'est vrai que du doliprane à chaque fois... Toutes les 4 à 6 heures... pour moi ça fait beaucoup... si je ne me trompe pas, c'est le foie qui est beaucoup touché avec les médicaments. »*

Deux parents s'interrogent sur la notion même de **médicament**, en citant l'homéopathie.

E10 : « *Le camillia avec le combo fièvre et dents ça fonctionnait ... c'est pour ça qu'on n'en avait pas de vrais médicaments »*

E5 : « *Je ne sais pas l'homéopathie c'est considéré comme un médicament ou pas ? On utilise un peu d'homéopathie, on l'a donné assez tôt, surtout quand il fait de la fièvre. »*

C) Méthode physique

Les méthodes utilisées par les parents sont de plusieurs types :

-la **proximité** avec leur enfant

E3 : « *Ben honnêtement, les bras ...Je la câline. Bien plus que le doliprane, je trouve. Physiquement, elle se sent mieux, elle se sent rassurée, enfin plus forte pour affronter ça, je pense. »*

E9 : « *Alors moi je fais du peau à peau...Quand elle est vraiment pas bien, je la prends sur moi, même si elle est grande... Après je fais une douche un bain, un peu plus frais... »*

-le **déshabillage** de l'enfant

E3 : « *Moi, premier réflexe, c'est de la déshabiller. Et si vraiment, ça ne passe pas, on lui fait prendre un bain tiède, en fait. Pour essayer de faire descendre, pour la rafraichir. »*

E11 : « *Je sais qu'il faut les déshabiller mais honnêtement je le fais mais j'ai vraiment beaucoup de mal...ils sont grelottants et tout ça. »*

-**linges et bains frais**

E6 : « *Moi j'utilise le bain. Je fais un bain un plus tiède que d'habitude. En tout cas il avait dormi toute sa nuit après. »*

E5 : « Je sais qu'à un moment on lui avait mis un gant, un petit peu sur la tête pour le rafraichir...Et puis bien sur le classique bain frais. »

Un seul des parents a évoqué le bain comme une méthode inconfortable pour l'enfant.

E12 : « Mais en aucun cas j'irai lui faire un bain ou une douche. Car je me dis c'est comme si je prenais une glace et je la mettais dans l'eau chaude (rires).Si on met un enfant très brûlant dans l'eau je me dis ça peut faire un choc ...»

-méthode **traditionnelle familiale**

E8 : « Au Venezuela, là où j'ai grandi, on utilise beaucoup l'aloé vera, ça pousse dans la nature comme des mauvaises herbes. Ma mère, elle l'a beaucoup utilisée avec nous, et ça marche. Il faut couper une longue tige, couper le vert, il ne faut pas donner trop sinon vous pouvez tuer la personne, juste 5 ou 6 cm. Il faut le mixer avec du miel et du citron, et on le boit, ça marche. »

E6 : « La seule chose, admettons, c'est le thé. Donc des fois je lui donne du thé avec du miel du citron. Mais pas plus que ça. Ou une cuillère de miel. »

E9 : « Ou sinon, ma mère nous plongeait dans l'eau froide, et vraiment ça marche. C'est assez martyrisant...(rires). »

VI. Attentes et représentations des soins

A) Recours à un professionnel de santé : un besoin sous influence

1) La réassurance

La consultation médicale apparaît essentielle et **primordiale**.

E3 : « *Moi je pars du principe qu'il faut consulter le médecin, et faire confiance.* »

Pour la plupart des parents que nous avons interrogés, c'est la **peur** qui prédomine le recours à une consultation médicale.

E5 : « *Je pense que c'est un peu psychologique en fait, le fait d'aller voir le docteur, ça nous rassure, quoi... En sortant de là on se dit, bah il a dû voir... Enfin, si il y avait quelque chose qui n'allait pas, il l'aurait vu, quoi...* »

E10 : « *Elle est très rassurante, enfin même sa voix, c'est un tout... Moi j'étais rassurée par le fait d'être juste aller consulter en fait...* »

Cette notion de réassurance apparaît même comme le premier motif reconnu et évoqué par les parents.

E3 : « *C'est juste pour me rassurer, car clairement je sais que je vais repartir avec du doliprane* »

E 3 : « *La fièvre pour moi, ça peut montrer des milliers de diagnostics possibles ; c'est pour me rassurer en fait, vraiment faire un check-up complet.*»

Les parents s'**autocritiquent** parfois d'ailleurs, après avoir consulté.

E 3 : « *A chaque fois, je sors de la consultation, en me disant, ça a servi à rien. Mais dans le sens ou c'est moi qui suis venue pour rien.* »

E5 : « *Après ça fait plusieurs années ou je me dis, les consultations de médecin j'y vais plus pour me rassurer, enfin vraiment. Souvent je me dis mais en fait je pourrai m'en passer...* »

E13 : « *J'ai tendance à y aller pour rien, je pense.* »

2) Un diagnostic

L'énonciation d'un **diagnostic** précis par le professionnel de santé est une des motivations principales de consultation, ainsi éliminer une étiologie grave.

E12 : « *Après pour moi, l'origine de la fièvre, on ne peut pas la connaître tant qu'on ne va pas voir le médecin. »*

E 8: « *Mon médecin, j'attends qu'il analyse bien la situation, parce qu'elle va me dire exactement ce qu'il faut pour lui... »*

Le fait que le médecin donne un **nom** sur le diagnostic rassure les parents.

E2 : « *La cinquième maladie, ou la toxoplasmose, on m'a vraiment posé un nom sur la maladie... »*

E9 : « *Qu'on me pose un diagnostic ça me rassure quand même. Mais c'est vrai que comme je ne peux pas m'empêcher de venir tout de suite, je me dis que ce n'est pas encore sorti. »*

L'**absence** de diagnostic posé peut interpeller les parents.

E2(Orateur) : « *Et le fait qu'on vous ai dit c'est un virus mais qu'on n'a pas posé de diagnostic, ça change quelque chose à votre prise en charge ?*

Mère : *Bah... quelque fois, j'ai le sentiment d'y aller pour rien en fait, chez le médecin. »*

E10 : « *Ca m'avait interpellé qu'on me donne pas de diagnostic, mais bon après on fait confiance... »*

E11 : « *Après c'est vrai que quand on n'arrive pas à me poser un diagnostic, honnêtement ça m'énerve un peu. Mais bon si ça se passe... »* »

3) Le traitement médicamenteux

Une attente des médicaments est majoritaire pour les parents interrogés.

E3 : « *C'est sûr que j'attends une ordonnance, enfin un traitement efficace... »* »

E5 : « *On est pas franchement adeptes des médicaments, mais c'est sûr qu'on attend ça, pour que son état s'améliore quoi... »* »

E6 : « *Qu'on me donne le diagnostic ; et qu'on me donne un traitement. »* »

Il représente même la nécessité et le **but** de la consultation parfois.

E11 (Orateur) : « *C'est quoi votre but quand vous consultez le médecin ?* »

Mère : *Souvent c'est pour l'antibiotique... »* »

E10 : « *Je consulte quand je me dis qu'il faut des antibiotiques ».* »

Devant l'absence de prescription médicamenteuse, les parents peuvent remettre en doute la parole du médecin. Pourtant, une méfiance à l'égard des médicaments est fréquemment exprimée dans les propos des parents, notamment par rapport au jeune âge de l'enfant.

E4 : « *Ca reste des médicaments, je suis un peu frileuse. Essayer les méthodes naturelles. »* »

E9 : « *Pour nous on fait déjà attention, alors pour elle ...Encore plus ! »* »

E14 : « *Ça me fait rien, car je suis pas trop médicaments...De plus si c'est pas nécessaire, pourquoi donner ? C'est un petit, normalement il a des capacités* »

supérieures à nous pour se bagarrer, en fait, pour lutter contre une maladie, se soigner lui-même. »

Les parents attendent l'aval du médecin sur l'usage des thérapeutiques.

E9 : « *Mais par exemple j'ai une collègue qui disait que quand ses enfants toussaient, c'était sirop direct. Moi j'en ai parlé à mon médecin, elle n'était pas pour le sirop, ben du coup j'en ai pas donné, j'en ai même pas acheté, car je préfère demander l'avis. »*

E10 : « *On m'avait dit tu verras le camilla ça marche, alors j'en ai parlé au médecin avant car il y a des choses franchement moi je n'ose pas donner n'importe quoi. J'en ai parlé au médecin avant, et qui m'a dit bah oui il n'y a pas de soucis »*

B) Recours à un professionnel de santé : le délai sous influence

1) Recours en urgence

E1 : « *Moi je me disais mais c'est grave, on ne peut pas attendre demain ...J'en ai même perdu mon organisation, des choses à prendre, pris le gosse sous le bras, montée dans la voiture, si j'avais pas de chaussures c'était pas grave. »*

Le chiffre **élevé** est associé à une urgence de situation et donc à une consultation immédiate, en urgence.

E13 : « *Très honnêtement le chiffre, car j'ai vu que c'était un chiffre très élevé, j'ai même pas réfléchi à l'association de symptômes, je suis partie voir mon médecin direct. »*

E5 : « *Après j'ai jamais été confrontée à un chiffre très haut, mais oui si je voyais un chiffre important, ça m'inquiéterais, je crois que j'irai même direct aux urgences avant de passer chez le médecin ... plus de 39... »*

E3 : « *Mais dès que c'est élevé, généralement j'ai le réflexe d'appeler le 15 pour avoir un avis. »*

Souvent, le recours aux services hospitaliers d'urgences apparait en derniers recours, quand les autres ressources sont dépassées.

E14 : « *Ben clairement c'était un vendredi soir à 21H, donc pas le choix...je suis allée un autre jour à la maison médicale de garde, d'ailleurs j'ai halluciné sur cet endroit, personne n'en parle ou ne connaît »*

Le sentiment de ne pas maîtriser la situation entraîne le recours aux urgences

E 6 : « *Franchement, je comprends qu'on y aille dans le sens ou si c'est la nuit, qu'on est toute seule... »*

E 11 : « *J'ai fini par consulter aux urgences pédiatriques, car vraiment je ne savai plus quoi faire pour m'en sortir. »*

2) Recours dans les 48H

E11 : « *Euhhh ... souvent je prends rendez- vous tout de suite oui...j'aime pas trop trainer. »*

E5 : « *Après je pense qu'on irait toujours rapidement quoi, le premier ou le deuxième jour max... »*

E13 : « *Si la fièvre persiste, je pense que je consulte en 24 heures... »*

E2 : « *Après j'ai un peu le délai de 2 ou 3 jours dans ma tête. »*

3) Facteurs influençant le délai

Des parents ont cité les **signes associés** à la fièvre qui les pousse à consulter et non pas la fièvre en elle-même.

E4 : « *Moi je pense que ce n'était pas la fièvre en tant que telle mais une éruption. De l'urticaire. Enfin elle a attrapé plein de petits boutons, juste au moment où après son hyperthermie. Je me disais, mince, j'avais pas la notion de ça. »*

E9 : « *Moi j'appelle quand elle est encombrée surtout... mais si c'est juste un petite rhume, je vais pas consulter...Moi la fièvre sans autres symptômes, ça m'amène pas forcément à consulter... »*

Pour d'autres, c'est la modification **comportementale**.

E3 « *J'ai consulté quand elle a plus mangé, elle ne faisait que dormir, elle jouait plus. »*

E7 : « *C'est la fièvre, ajoutée à la perte d'appétit, au comportement anormal, un manque d'entrain et d'énergie dans la journée, et des difficultés de sommeil. Je ne me focalise pas uniquement sur la fièvre. Je connais mes enfants, j'arrive à voir. »*

Une **longue durée** de l'épisode et l'absence de défervescence thermique imposent une consultation.

E8 : « *Parce que je vois bien que la fièvre elle baisse pas, je ne domine pas la maladie, donc le problème pour moi, il n'est pas solutionné. Il faut que j'aie chercher de l'aide professionnelle pour qu'il voit qu'est ce qu'il se passe . »*

E11 : « Celle qui m'a le plus marqué c'était ma fille je pense, car en fait ça se passait pas. J'avais beau donner le doliprane, ça duré plusieurs jours, voire pratiquement une semaine du coup j'avais consulté mais il y avait aucun signe autre... »

E12 : « Mais parfois je ne comprends pas, la dernière fois j'avais consulté pour fièvre, on lui avait décelé une angine virale. Mais le lendemain, elle faisait toujours 39, je me suis dit mais c'est pas possible faut que je reconsulte. »

VII. La relation médecin-enfant-parent

A) Critères de choix du professionnel de santé

Le professionnel est choisi pour ses méthodes de soins. La plupart des parents interrogés ont décrit leurs relations avec leur médecin traitant comme positives. La réassurance des parents par les professionnels de santé apparait comme primordiale.

E10 : « Elle sait rassurer la personne, je ne sais pas, c'est comme ça. »

La réassurance passe par une **attitude**.

E1 : « Le fait d'être là-bas, ça m'a rassuré tout de suite. La dame a pris sa température elle n'avait pas l'air inquiète. Donc le fait qu'elle n'ait pas l'air inquiète, ça m'a déstressée. »

E14 : « Je vois qu'il est rassuré, donc je suis rassuré. »

La relation se construit et s'axe sur la confiance qui revient dans 10 des entretiens. La relation de confiance apparait primordiale pour les parents.

E9 : « Après je ne remets pas en doute le diagnostic, j'ai confiance en les médecins que je consulte... »

E3 : « Non moi je fais confiance à mon médecin. »

E1 : « Et puis pour moi, un médecin c'est un médecin. C'est lui qui me rassure. Moi le monde médical, j'ai confiance. »

E5 ; « Bah après moi, je pars du principe ou je vous fais confiance, à vous médecin...donc je pense pas, je pense qu'il est bien pris en charge. »

E7 : « Moi j'ai l'impression d'avoir confiance, en tout cas j'ai jamais eu à me plaindre (rires). »

Les parents cherchent une **attitude** particulière de soins pour le suivi de leurs enfants.

E8 : « J'ai besoin que les enfants soient à l'aise avec le médecin. »

E10(mère) : « Avec les enfants, je la trouve super, depuis qu'elle est toute petite. Je pense qu'avec un autre médecin, ça n'aurait pas été pareil...On arrive avec elle, elle l'a prend en charge, elle la déshabille, voilà c'est enfin il y a une vraie interaction. »

E14 : « J'attends qu'il soit sensible aux enfants, je le sens compétent. »

Côté pratique, les parents sont demandeurs d'une grande **disponibilité** de la part du médecin.

E6 : « On m'avait dit de toute façon le jour ou ton fils il a quelque chose d'important et d'urgent, les pédiatres ils ne prennent pas forcément tout de suite, donc c'est pas la peine... Enfin si t'as confiance avec ton médecin traitant, continue avec lui. »

E12 : « Quand je lui dis que c'est pour mes enfants, tout de suite elle me case un rendez-vous dans la journée. J'ai envie de savoir tout de suite ce qu'il a. »

Le médecin généraliste doit savoir orienter en cas de besoin d'**avis spécialisé**, et reconnaître ses limites.

E10(Mère) : *« Ca rassure car à un moment donné, elle dit qu'elle a ses capacités en tant que médecin aussi, mais que quand c'est nécessaire, elle sait nous orienter. Comme quand notre fille a fait une arthrite.*

Père : *Oui c'est important un médecin qui reconnaît que ça sort de son cadre et qui n'hésite pas à adresser. »*

Pour des parents, la formation supplémentaire en **pédiatrie** est indispensable.

E9 : *« Ben mon docteur, elle a une spécialité en pédiatrie... parce qu'au début on m'avait dit d'aller voir un pédiatre, mais mon pédiatre il m'a dit que c'était difficile de recevoir en urgence, à cause du monde et tout ça, du coup j'ai voulu chercher un autre médecin, et j'ai vu qu'elle avait un diplôme de pédiatrie, ça c'est obligatoire. »*

E13 : *« Mon médecin elle a une spécialisation dans la pédiatrie. Je suis partie la voir pour ça à la base. Avec un médecin généraliste de base, ça n'aurait pas été possible. Avec les enfants, je la sens à l'aise. »*

B) Expériences passées

Certains parents regrettent des discours **divergents**.

E13 : *« C'est pareil le pédiatre m'avait dit de donner le traitement pendant 24h...doliprane, donc ...et que si ça ne passait pas, fallait une consultation. Mais du coup pendant 24h je me faisais engueuler car je ne donnais pas le traitement dans la nuit. Alors que lui me disait de les réveiller toutes les 6 heures. Et un autre médecin m'avait dit que ça servait à rien la nuit... »*

E6 : « *Ben clairement tu vois trois médecins différents, et les trois te tiennent absolument pas le même discours ! Il y a de quoi être complètement perdus !* »

D'autres regrettent des explications rapides, non **adaptées**.

E1 : « *Après c'est vrai, notre docteur il est pas causant donc on l'embête pas. Il répond, mais à sa façon, donc bon on le laisse tranquille Mais on est contents d'avoir des internes. Ils sont plus causants, on a moins peur de demander.* »

E4 : « *Je pense que les explications ont été un peu brèves. Pour lui, c'est complètement logique, ce que j'entends...mais moi j'aurai aimé être un peu plus rassurée, et qu'il me dise, venez me voir il y a aucun souci. Mais pour lui, cette gestion de l'épisode c'est normal. Enfin pour moi aussi, mais il y a toujours une part d'inquiétude en plus.* »

E14 : « *Je l'amène en consultation, on me dit il y a ça, et basta, je ne sais rien de plus.* »

Une mauvaise **considération** de l'inquiétude reste marquante.

E12 : « *Oui ben la dernière fois je me souviens ma fille faisait 40,2. Donc je suis allée à l'hôpital. C'était il y a deux ans. Et à l'hôpital ils m'ont dit bah madame, faut donner du doliprane ça va passer. Ils ne m'ont même pas pris en charge.* »

E3 : « *Un jour, un médecin m'a fait la morale 5 minutes en me disant que l'état de mon fils ne justifiait en rien d'une consultation. Qu'en gros je lui faisais perdre son temps, quoi.* »

C) Pistes d'améliorations proposées par les parents

Il existe une réelle demande d'**écoute** bienveillante et de prodigation de conseils associés.

E7 : « *Moi c'est qu'elle soit bienveillante avec les enfants...qu'elle soit douce et patiente, car les enfants ce n'est quand même pas évident qu'ils soient coopératifs. A l'écoute, qu'elle puisse me donner des conseils en adaptant son vocabulaire car n'ayant jamais fait médecine, parfois on est perdus, et ce n'est pas accessibles à tous. »*

Les parents interrogés souhaitent davantage de **formation** de la part de leur médecin, en dehors des consultations pour ce motif.

E5 : « *Ce serait bien que les professionnels de santé nous en parlent plus, et peut – être dans des consultations de suivi classique, avant que l'on consulte pour ce motif. »*

E13 : « *Après je pense que ça serait bien qu'on ait une formation en aval, par exemple au cours de préparation à l'accouchement, on nous a jamais parlé de ça, alors qu'on reste sur des choses superficielles entre guillemets, comment laver, comment baigner, ect. Alors qu'on sait pas les gestes à avoir. »*

Une formation **en amont** est souhaitée.

E14 : « *On m'avait jamais évoqué la prise en charge si fièvre, ça serait plus simple qu'il y ait des soignants qui en parlent avant que ça arrive. »*

Trois des parents ont énoncé l'idée d'un **service téléphonique** joignable à toute heure du jour et de la nuit.

E12 : « C'est vrai qu'un numéro joignable ça rassure beaucoup de monde... je suppose qu'il y a pas que moi dans mon cas, en tant que maman stressée...Un numéro joignable à toute heure en disant voilà j'ai mon enfant qui fait de la fièvre, qu'est-ce que je fais...enfin le 15 ils permettent de nous aiguiller, mais c'est vrai que le 15 bon certes il y a des médecins je dis pas mais c'est quand même un gros centre... »

E1 : « Surement une ligne téléphonique, avec un médecin disponible pour nous aiguiller directement, sans passer par la case consultation. »

Une demande de **support papier**.

E13 : « Je regrette de pas avoir eu de support papier récapitulatif sur ce qu'il faut faire (...).C'est vrai que je trouve ça rassurant car encore une fois en tant que parent, on a pas de mode d'emploi. Après oui c'est scolaire hein, mais ça pourrait éviter des erreurs.»

E8 : « Ce serait bien un guide à regarder à la maison. »

Les parents estiment être mal informés sur la nature de la pathologie, les signes de gravité et le délai de consultation.

E7 : « Je souhaiterai plus qu'on me guide sur quand consulter ou reconsulter, enfin les signes véritables qui doivent amener à consulter. »

E14 : « C'est vrai que j'ai peur de ne pas voir quand ça devient grave, enfin, qu'il soit réellement en danger, quoi...J'ai besoin qu'on m'explique. »

DISCUSSION

I. Discussion de la méthode

A) Le choix de la méthode

Peu d'études ont été réalisées sur le vécu par les parents de la fièvre. La plupart des études sont des études quantitatives sur l'état des connaissances des parents dans la prise en charge de la fièvre de l'enfant. (32)(33)(34)(35) Malgré des prises en charge parfois peu adaptées, il existe tout de même une amélioration des connaissances parentales. Malgré des mesures simples pour la prise en charge et la faible fréquence des complications et infections bactériennes sévères, la peur parentale persiste.

Mais peu d'études se sont intéressées à l'expérience des parents pouvant influencer les pratiques et le recours aux soins, dans le futur.

La méthode qualitative était adaptée à notre objectif, qui était de comprendre les perceptions, attentes et représentations des parents des consultations pour fièvre de l'enfant, et donc les déterminants d'un changement de comportement. Elle permettait d'explorer à la fois les expériences et comportements des parents ainsi que leurs relations avec les médecins à ce sujet.(36) Ainsi, les entretiens semi-dirigés permettent une spontanéité des propos recueillis.

L'échantillon de petite taille, ainsi que le recrutement des patients dans une région donnée, peut limiter l'extrapolation à la population générale, ce qui n'est pas le but de la recherche qualitative.

L'analyse par théorisation ancrée était la plus adaptée afin de développer des concepts, à partir du vécu et du point de vue des participants. L'analyse par théorisation ancrée, ou *grounded* théorie, est une analyse qualitative, de type inductif. Elle est fondée sur des théories recueillies à partir de données issues du travail de recherche. (29)

B) Forces de l'étude

La recherche de **variation maximale** a été effectuée en fonction de plusieurs critères : l'âge des participants, leur statut marital, leur statut socio-professionnel, leur lieu d'habitation, et l'âge de leur enfant. En effet, les lieux de recrutement sont variés dans notre étude, ainsi que le profil des participants. Cet échantillonnage théorique induit une sélection des participants selon les théories déduites de l'analyse des données.

Bien que le profil du médecin traitant ne fasse pas partie des critères d'échantillonnage, les patients ont été recrutés chez différents médecins généralistes afin que les idées des participants ne soient pas le reflet de la pratique médicale d'un seul et même praticien.

La spontanéité des réponses était recherchée car la question de recherche n'était pas évoquée lors du recrutement. Les participants étaient juste prévenus qu'il s'agissait d'une thèse de médecine portant sur la fièvre de l'enfant.

Une des forces de l'étude est la réalisation des entretiens au domicile des parents ce qui a permis de mettre à l'aise les participants et d'être dans leur propre

environnement. De plus, la date et le lieu étaient choisis par les participants, ce qui permettait plus de flexibilité.

La théorisation ancrée a permis de faire émerger des concepts à partir des vécus des parents et de leurs expériences.

De même, la triangulation des données a permis de s'affranchir des idées reçues du chercheur. La suffisance des données a été atteinte à partir du douzième entretien et confirmée par la réalisation de deux entretiens supplémentaires. La grille COREQ (*Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*) a été utilisée tout le long de l'étude, renforçant la validité d'une étude qualitative.(37)

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à suffisance des données et vérifiées par l'intermédiaire de deux entretiens successifs pour le confirmer.

C) Limites de l'étude

Il s'agissait d'un **premier travail** de recherche qualitative, ce qui a pu altérer la réalisation des entretiens, la chercheuse ayant peu d'expérience dans le domaine. La technique de conduite des entretiens s'est améliorée au fur et à mesure de l'enquête. Pour limiter ce biais, une recherche et des lectures sur la technique de réalisation de l'entretien semi-dirigé et de l'analyse qualitative ont été réalisées. (29)(30)(31)

Il existe un **biais de recrutement** par la volonté d'investissement des patients participant aux entretiens. En effet, les participants recrutés étaient volontaires et ont donc pu être intéressés ou marqués par la problématique de la fièvre chez leur enfant, même si le sujet exact n'était pas exposé.

De plus, la parité dans l'échantillon n'a pas été respectée, seulement deux pères ont participé. Il existe probablement un investissement moindre du père dans la prise en charge des maladies infantiles.

Le **biais d'interprétation**, presque inhérent à la méthode qualitative, est dû aux idées préconçues de l'enquêteur et de ses expériences passées. Il a pu être réduit par la triangulation des données par une autre interne de médecine générale, elle-même en cours de réalisation de sa thèse.

L'entretien semi-dirigé nécessite de questionner et reformuler de la manière la plus neutre possible. Il ne peut être garanti que cela ait été respecté de façon systématique. Certaines interventions ont pu légèrement influencer les témoignages, en laissant transparaître mon opinion sur certains sujets. De plus, l'enregistrement des entretiens a pu limiter les propos spontanés des participants.

Il peut également exister un **biais déclaratif**, plusieurs parents pouvant craindre d'être jugé dans leurs propos. De plus, le statut de médecin de l'enquêteur peut influencer les parents dans leurs discours.

De la même façon, les parents étant interrogés sur leur expérience personnelle, parfois passée, s'exposant donc à un **biais de mémorisation**.

II. Discussion des résultats

A) Représentations

1) Une phobie persistante

Les parents interrogés se sont exprimés très spontanément sur leurs représentations de la fièvre chez l'enfant. Le fait que la fièvre apparaisse comme « inquiétante » voire dangereuse pour certains parents contraste cependant avec la connaissance des parents comme un processus bénéfique permettant de lutter contre les infections ou un mécanisme de défense du corps. Il persisterait une phobie de la fièvre et cela même en sachant qu'elle est un mécanisme de lutte physiologique.

Concernant la visualisation de la fièvre, la modification comportementale ou physique et la chaleur cutanée sont des indicateurs de fièvre pour les parents.

Lorsque le parent évoque ce rôle bénéfique à la fièvre, il lui associe des sentiments d'inquiétude qui varient individuellement selon plusieurs facteurs. Ces facteurs sont représentés dans notre étude par la survenue nocturne ou une durée prolongée de l'épisode, l'inexpérience parentale, le chiffre élevé, l'apparition brutale, le jeune âge, ou encore les expériences antérieures négatives...Ce dépassement du seuil de tolérance induit alors une inquiétude croissante pour les parents, et participent à des sentiments et expériences négatives.

Les parents reconnaissent un manque d'objectivité, quand le sujet touche la santé de leur enfant :(E8 : « *ça va paraître un peu fou, mais je pense qu'il ne faut pas trop donner de libre arbitre aux parents, car comme nous les parents on est touchés affectivement par nos enfants, on ne peut pas vraiment retenir...*).

Il existait dans notre étude une très grande peur des convulsions qui persistent et notamment des risques de lésions neurologiques et même de décès qui pourraient en découler.

La représentation des complications repose beaucoup sur les expériences de l'entourage proche ou rapportées par un tiers. L'exemple le plus frappant dans notre étude est la citation quasi-systématique des convulsions fébriles, alors qu'aucun des parents de notre étude n'y a été confronté, et que la plupart n'en connaissent pas le mécanisme ou les conséquences.

Les parents sont très marqués par les convulsions fébriles. Dans l'étude de M. Van Stuijvenberg , 47% des parents avaient l'impression d'une mort imminente lorsqu'ils assistaient à une crise convulsive fébrile, ce qui altère par la suite leur comportement (prises répétées de température, surveillance nocturne de l'enfant) (38).

Ces résultats concordent avec l'étude de Crocetti (39) où 340 soignants ont répondu à un questionnaire : pour 91 % d'entre eux la fièvre pouvait être considérée comme nocive, 21% pour ses lésions cérébrales et pour 14 % d'entre eux par son risque de décès.

On peut penser que les soignants participent également et involontairement à la phobie de la fièvre, des études rapportant également une préoccupation excessive de ce symptôme de la part des professionnels de santé (40).

2) L'importance de la valeur numérique

Tous les parents interviewés au cours de notre étude ont fait état de la valeur numérique de la fièvre. En effet, ils possèdent tous une définition propre numérique, ou un seuil de température avant de recourir aux antipyrétiques, ou encore un seuil de température à ne pas dépasser. Il paraît difficile pour eux de faire abstraction du chiffre. Pourtant, une fièvre haute n'est pas associée à une pathologie plus grave ou à des complications plus importantes. (2)(7)

Et pourtant, dans notre étude nous avons constaté que beaucoup de parents voyaient le chiffre élevé comme directement lié à la gravité de la maladie et donc à un risque plus élevé de faire des complications. Et comme nous avons pu le constater dans les résultats, cette hausse de température pousse les parents à consulter, et même souvent en urgence.

En effet, dans la thèse de Nathalie Chappelle, 46,2 % des parents avaient consulté uniquement pour le symptôme de fièvre chez leur enfant (35). Dans la thèse de Marion Wary, 64% des parents pensaient qu'une fièvre élevée était un motif de consultation en urgence (32). La valeur chiffrée apparaît comme un indicateur d'actions à mener par les parents.

Nous nous sommes interrogés sur cette donnée. Force est de constater que pour les parents de l'enfant qui n'a pas encore acquis la parole, ce chiffre fait foi de l'état de santé de leur enfant à un moment précis. C'est une valeur chiffrée qui leur permet alors d'objectiver et de guider leurs actions, cette vision est retrouvée dans d'autres études qualitatives(41).

Nous pouvons également constater que nous donnons raison à ces parents de l'importance de la valeur chiffrée, puisque beaucoup de professionnels posent systématiquement la question du chiffre dans les consultations. Or nous ne demandons pas aux parents quel sens ils donnent à ce chiffre. Cela peut être illustré par l'entretien numéro dix où la prise quotidienne et répétée de température à la maternité sacralise cette valeur chiffrée pour la mère. Il paraît donc primordial à l'avenir de relativiser la valeur numérique et de préciser que ce n'est pas synonyme d'un critère de gravité.

B) Le recours à la consultation

Le délai de consultation qui transparait d'après les dires des interviewés paraît encore trop précoce selon les recommandations officielles. Plusieurs des parents interviewés disent en effet prendre rendez -vous avec leur médecin traitant dès la constatation de l'hyperthermie ou dans les 48 premières heures. Ce recours très rapide aux médecins a déjà été décrit de nombreuses fois dans la littérature, notamment dans l'étude de Boivin, où 77% des parents interrogés consultaient immédiatement en cas de fièvre, et 26,8 % d'entre eux suspectaient une pathologie grave (42). Or l'AFSSAPS recommande d'attendre 48h avant une consultation si l'enfant a moins de deux ans, et 72H si l'enfant a plus de 3 ans, en dehors de l'apparition de critères de gravité (11).

De manière générale, dans notre étude, nous pouvons identifier plusieurs facteurs jouant dans l'initiative des parents de consulter un professionnel de santé.

Les parents constatent une souffrance de leur enfant et une altération du comportement habituel. C'est rarement la découverte seule de la fièvre qui amène les parents à consulter, mais bien un ensemble d'arguments.

Un jeune âge et donc l'absence de parole de l'enfant, peuvent inquiéter les parents car ils se sentent moins capables de discerner la cause du problème. Il persisterait aussi dans l'imaginaire collectif une plus faible capacité de résistance du système immunitaire en fonction de l'âge (E8 : « *Et puis après je le voyais si petit, enfin comment un si petit ça peut lutter contre une maladie.* »). Pour les parents, l'enfant est une priorité.

Les 3 principales causes énoncées par les parents dans notre étude sur leur décision à consulter par ordre de fréquence sont :

-la réassurance,

-le diagnostic,

-l'attente des médicaments.

On retrouve les mêmes résultats dans une étude menée à Rennes en 2018. Dans cette étude, 202 parents d'enfants fiévreux, consultant pour ce motif ont rempli un questionnaire avant et après la consultation avec un médecin généraliste. 83,7 % des parents ont déclaré être rassurés tout de suite après la consultation : c'est ce qu'on appelle « l'effet médecin ». Comme dans notre étude, un autre élément clé de réassurance est la citation du diagnostic. En revanche, les parents ne portaient pas beaucoup d'importance à la délivrance d'une ordonnance. (43)

Pour les parents, la consultation en urgence permettrait aussi de reprendre rapidement une meilleure vie familiale, en ayant des nuits plus paisibles et en se consacrant d'avantage sur les autres enfants du foyer et leur vie professionnelle. La consultation est donc une démarche visant à retrouver un quotidien normal.

Concernant les parents qui ont consulté immédiatement, en urgence, les parents se sentaient perdus face à la situation, ou jugeaient la situation grave. Comme dans le premier entretien, où la mère est confrontée à un premier épisode d'hyperthermie, qui pour elle est très grave et qui se précipite aux urgences.

Le recours aux urgences a été cité de manière anecdotique dans notre étude, les parents de notre étude ayant l'air d'y recourir lorsque les autres ressources sont dépassées, notamment en dehors d'ouverture des cabinets de médecine ambulatoire.

Une autre peur récurrente qui a souvent été exprimée par les mères dans nos entretiens est la gestion seule de ces épisodes, ou encore la peur de ne pas savoir gérer ce genre d'épisodes, et donc des doutes sur leurs propres capacités parentales. Au-delà du sentiment de peur ou d'inquiétude qui était attendu dans nos résultats, il existe aussi un sentiment de culpabilité parentale, de solitude dictant parfois le besoin d'une consultation. Nous devrions prendre en compte les situations personnelles et familiales d'isolement.

Dans plusieurs des entretiens, les parents ont cité spontanément des éléments qui pourraient à la fois les rassurer mais aussi les rendre plus autonomes, notamment le développement d'un support écrit sur lequel se référer lors du retour au domicile. Certains interviewés parlaient de la création d'une ligne téléphonique, joignable 7 jours sur 7, dédiée pour les urgences pédiatriques, et notamment pour la fièvre.

Une étude réalisée à Lyon par l'association Courgytone, avec la création et la mise en place d'une ligne téléphonique dédiée à la pédiatrie a montré, par le biais de cette plateforme, une réduction sur le nombre de consultations non programmées, notamment dans les services d'urgence(44).

De même, ce réseau de santé Courgytone à Lyon a développé plusieurs fiches explicatives standardisées, notamment sur la prise en charge de la fièvre de l'enfant. Une étude a démontré l'influence positive de ces fiches sur le délai de consultations non programmées(45). En effet, les parents peuvent se retrouver démunis lors du

retour à la maison, car ils n'ont pas retenu, ou encore n'ont pas osé faire part de certains questionnements.

C) Qualité de l'information reçue

Comme nous avons pu le voir dans notre étude, les parents reçoivent des informations de sources diverses. Même si pour la plupart, les professionnels de santé restent la référence, de nombreux autres interlocuteurs rentrent en jeu. Les informations provenant des proches, par exemple, restent ancrées.

De plus, certains parents ont dit avoir consulté sous la pression de l'école, la crèche ou encore des proches. Les injonctions de l'entourage peuvent avoir tendance à restreindre l'autonomie des parents, et même à aggraver leur inquiétude.

Ces sources d'informations variées sont retrouvées dans d'autres études.

Dans l'étude de Crocetti, les parents avaient cité également les médecins et paramédicaux comme principale source d'information, puis par ordre décroissant : les amis, leur propre expérience, la lecture et la télévision (39).

Dans une étude plus récente, la principale source d'information reste le médecin dans 85%, le pharmacien dans 51% des cas, internet dans 32% des cas, les forums dans 8% des cas(46).

Notre étude confirme également la tendance du recours à internet comme source d'information, le patient se considérant comme acteur de sa santé. Cette utilisation massive d'internet démontre la volonté des patients d'améliorer leurs connaissances

médicales. En 2005 déjà, une enquête portant sur l'usage d'internet révélait que 52 % des foyers en étaient équipés, et que 28,5 % d'entre eux l'avait utilisé pour se renseigner sur des sujets de santé (47).

Cependant, beaucoup de critiques ont été faites concernant la qualité de l'information perçue. En effet, le recours à internet aurait un impact particulier sur la décision de recourir aux soins, notamment car comme l'ont souligné les parents, internet est très anxiogène. Il est difficile d'empêcher les parents de consulter Internet, mais il serait judicieux de les orienter vers des sites scientifiques et fiables.

On peut penser qu'à l'ère de l'essor numérique, des outils pertinents et scientifiquement validés pourraient être utilisés par les parents, comme les applications téléphoniques, par exemple. C'est le cas en Allemagne où les pédiatres ont développé et expérimentent actuellement une application pour la gestion de la fièvre, *FeverApp*. Cette application contient de courtes vidéos visant à former les parents, mais est également une aide pour la gestion à domicile, afin d'éviter les erreurs de prise en charge, notamment thérapeutiques.(48)

L'étude a permis de comprendre que la plupart des parents sont dans une attente de formation au cours des consultations. Dans l'étude de Chapelle N, 88 % des parents estimaient n'être pas suffisamment formés sur leurs conduites à tenir en cas de fièvre (35).

Ces résultats concordent également avec l'étude qualitative menée par Eefge de Bont en 2015 aux Pays-Bas, qui a exploré les attentes des parents consultant en soins primaires en dehors des horaires de travail pour fièvre infantile. Il en ressortait que les parents reconnaissaient une anxiété irrationnelle en lien avec la montée en

température de leur enfant, et que le but premier de ces consultations était la réassurance par le professionnel de santé, ainsi que des techniques d'autogestion à domicile (49). Les médecins généralistes interrogés sur ces consultations d'urgence avaient des idées erronées sur des attentes éventuelles d'antibiotiques de la part des parents. Comme dans notre étude, ce n'était pas forcément la présence seule de fièvre qui poussait les parents à consulter, mais bien un ensemble d'arguments.

D) Attitude parentale et enjeux de communications autour des thérapeutiques

Concernant l'attitude parentale, le bain est encore largement employé, les parents de notre étude le percevant comme efficace, par le biais de leur expérience, malgré la disparition de cette recommandation (50)(21). Cela témoigne, encore une fois, de l'influence des pratiques familiales. Dans l'étude de Veron A en 2004, le bain était également le moyen physique le plus utilisée par les parents (27).

Aucun des parents n'a mentionné l'hydratation avec l'augmentation des apports hydriques dans notre étude, pourtant deux des parents ont cité la déshydratation lorsqu'ils évoquaient les complications pouvant être liées à la fièvre. D'autres études confirment la négligence des parents vis à vis de cette mesure, notamment dans l'étude de Boivin ou seulement 30 % des parents pensaient à hydrater l'enfant. (27)(42)

Il est ressorti de notre études des avis très variés et des représentations polymorphes du recours aux médicaments. D'un côté, les parents ont tendance à recourir très rapidement aux méthodes médicamenteuses antipyrétiques, par crainte de la dangerosité de la fièvre. Les parents associent l'usage du médicament à une guérison accélérée, ou alors à une prévention des complications. Nous avons pourtant vu que

l'administration systématique d'antipyrétiques pour la prévention d'éventuelles convulsions fébriles n'est pas fiable.(51)(11)

En effet, dans notre étude, tous les parents reconnaissent pratiquer l'automédication, et ce avant d'avoir consulté un médecin. Ils donnent l'antipyrétique selon un seuil qui varie individuellement en fonction des habitudes, et non par rapport au confort de l'enfant. Des études précédentes confirment le recours quasi systématique à l'automédication par les parents, qui est pourtant encore pourvoyeur d'erreurs thérapeutiques (33)(34)(52).

Ces résultats concordent avec la thèse de Jonathan Pourrier en 2018 portant sur l'automédication. En effet, dans sa thèse, 90 % des parents pratiquaient l'automédication à domicile par le paracétamol, dans le but de combattre la fièvre à tout prix, avec seulement 11 % des parents qui l'utilisaient dans le but de réduire l'inconfort de l'enfant. Comme dans notre étude, la pratique de la monothérapie par doliprane semble être acquise par les parents, et l'utilisation des anti-inflammatoires en automédication ne semble plus être utilisée couramment, puisqu'ils étaient seulement 9 % à pratiquer l'alternance thérapeutique (53).

Au contraire, dans l'étude de Boivin en 2007, en effet, 75 % des parents pratiquaient alors l'alternance thérapeutique avec paracétamol et anti-inflammatoires non stéroïdiens. (42). Il semblerait donc qu'il y ait une évolution des pratiques sur et à mesure du temps, et probablement moins de prescription et d'utilisation d'anti-inflammatoires.

En effet, il est surprenant de constater qu'aucun parent de notre étude n'a évoqué l'usage des anti-inflammatoires. Il serait intéressant de voir si cela est en lien avec la

campagne à destination du grand public sur la dangerosité de ces molécules avec l'épidémie de coronavirus (-70 % de consommation des anti-inflammatoires non stéroïdiens durant le premier confinement en France), nos entretiens ayant débuté après le premier confinement (54).

Mais il ressort aussi de notre étude une crainte prédominante des effets secondaires, et donc potentiellement nocifs des médicaments, d'autant plus qu'il s'agit d'administration non pas pour eux-mêmes, mais pour leurs enfants. L'usage d'internet participe certainement aussi à la dépréciation du médicament.(55)(56) En effet, de plus en plus de parents ont l'air de s'interroger sur une potentielle toxicité des médicaments.

Cette crainte du médicament peut s'expliquer également par l'impact des médias, comme les campagnes de santé, avec des messages forts et répétés (« *l'antibiotique c'est pas automatique* »), qui a été cité à plusieurs reprises par les parents, notamment ceux parfois suspicieux de l'usage des antibiotiques(57).

Paradoxalement, l'antibiotique n'a plus le statut d'un médicament indispensable, mais dans l'esprit collectif, les antibiotiques sont encore nécessaires parfois pour combattre une infection, même virale. Ces résultats concordent notamment avec l'étude menée par la commission européenne en 2013, révélant qu'encore 49% de la population européenne ne sait pas que les antibiotiques ne sont pas efficaces sur les affections virales (58).

E) Perceptions de la relation avec le médecin généraliste

La majorité des parents interviewés ont mis en lumière une relation privilégiée avec leur médecin traitant. Il était essentiel pour eux d'avoir une relation basée sur la confiance. Une grande disponibilité du médecin leur apparaissait également comme

primordiale et les mettait en confiance. Une attitude rassurante apaise les craintes parentales.

Notre travail met également en lumière l'évolution de la relation médecin-patient, où les parents deviennent des acteurs de soins, participent activement à la santé de leur enfant.

Les parents insistent sur leur droit à l'information. Le choix du médecin consulté, pour les épisodes infectieux, est primordial car il va conditionner les conduites à tenir futures, la bonne transmission des informations, et il reste l'interlocuteur privilégié pour les parents (27).

Cependant, il ressort des transcriptions des entretiens que les parents ne se sentent pas toujours écoutés par les professionnels de santé. De par leur attitude, parfois à banaliser la fièvre, les parents ne se sentent pas légitimes à poser des questions et ont le sentiment d'être venu pour rien. Les professionnels étant confrontés plusieurs fois par jour à cette problématique, notamment lors des périodes hivernales, ont sûrement tendance à la banalisation de la situation.

Cette constatation est également mise en lumière dans une étude qualitative et quantitative de 2017, à Rotterdam, qui évaluait les comportements et besoins des parents consultant avec leur enfant fébrile. Cette étude montre que les parents recherchaient une aide médicale, soit parce que leur enfant présentait des symptômes qui pour eux étaient alarmants, soit par leur propre intuition parentale. Lorsque ces parents se sentent jugés, mal accueilli par les professionnels de santé, leur anxiété augmente et donc le délai de consultation diminue. Les médecins ne doivent pas remettre en doute la légitimité des inquiétudes parentales. (59)

L'autre point de notre étude sur les attentes des parents est la transmission d'informations. En effet, beaucoup de parents pointent du doigt des informations médicales divergentes, et demandent une harmonisation des pratiques. Cette notion est retrouvée dans d'autres études. Dans une étude australienne, 400 parents d'enfants âgés de 6 mois à 5 ans ont été interrogés : ils sont 41,9 % à dénoncer les messages contradictoires reçus, notamment sur l'alternance des antipyrétiques, ou encore leur usage systématique (60).

Les parents ont besoin de recommandations claires, précises notamment sur les potentiels signes alarmants, le délai de consultation, la durée d'évolution de la pathologie.

F) Perspectives

1) La communication : un enjeu fondamental

Il serait utile de développer alors des outils de communication face aux parents. Tout d'abord dans les consultations « urgentes » face à des parents déboussolés, au lieu de donner une multitude de conseils pour une bonne prise en charge, il faudrait repérer le sens que donne le parent à cette fièvre, les raisons profondes de l'inquiétude qui mènent à une consultation. Il est important de s'adapter au profil culturel, et socio-économique du patient.

Korsch s'était aussi intéressé à la communication des médecins généralistes avec les patients et notamment les parents, démontrant que le comportement de santé chez les parents est influencée par les caractéristiques sociales du patient, mais aussi par la communication du médecin envers lui(61).

Il serait plus judicieux de faire une rétroaction et de revenir sur des épisodes qui ont pu être compliqués à vivre pour les parents, à distance de ces épisodes et des consultations en urgence. Une consultation dédiée à la gestion de ce symptôme, vu sa fréquence, pourrait être intéressante. Cette constatation peut être illustrée par une étude prospective dans plusieurs centres d'urgences pédiatriques, qui s'interroge sur le degré de compréhension des informations médicales perçues par les parents lors de leurs venues. Seul 19 % des parents ont compris le diagnostic, le traitement reçu, l'éventuelle hospitalisation et le degré de sévérité de la pathologie. De plus cette compréhension est encore plus limitée lorsque le parent juge que son enfant est algique, ou inconfortable (62). Nous pouvons penser que c'est la même chose lors d'un épisode infectieux, ou les parents se sentent démunis et donc peu enclins à recevoir l'information.

2) Éducation thérapeutique centrée sur le patient

La notion d'éducation thérapeutique apparaît primordiale dans notre sujet de recherche, et est une priorité en santé publique depuis plusieurs années. Elle vise à rendre les parents plus autonomes, à engendrer des changements de comportements, des stratégies d'autogestion, par l'appropriation de savoirs et connaissances.

Selon la définition de la WONCA, le médecin généraliste joue un rôle clé car il doit « *promouvoir la santé et le bien-être par la prévention et l'éducation thérapeutique.* »(63).

De même, l'éducation thérapeutique serait mieux assimilée et perçue, à distance de des épisodes aigus, ou le parent est plus enclin à recevoir ces informations. Il persiste certainement un décalage entre les connaissances réellement acquises des parents

et ce que les professionnels de santé perçoivent des compétences et savoirs parentaux. Même si de nombreuses études ont démontré l'évolution positive des connaissances parentales sur la fièvre infantile au cours des années, paradoxalement, le nombre de consultations précoces pour ce motif ne cesse d'augmenter. (27)(39)

Il est intéressant d'avoir le point de vue des médecins. Une thèse a déjà été réalisée sur le concept d'autonomisation des parents, via une étude qualitative, en interrogeant des médecins généralistes. Les médecins généralistes pensent que l'autonomisation des parents est capitale, mais pointent du doigt des obstacles difficilement surmontables en pratique, notamment le manque de temps. Certains pensent que les parents seraient incompetents, négligents ou encore que l'inquiétude parentale serait impossible à contrôler. Certains médecins sont donc dubitatifs face à cette notion d'éducation thérapeutique, souvent car il existe la peur de passer à côté d'une pathologie grave(64).

Or, plusieurs études ont déjà démontré l'impact positif de stratégies d'interventions éducatives; et les parents ont évoqué l'idée de certaines consultations propices à la formation.(32)(65)(66)(67) Une étude a été réalisée à Taiwan en 2016, en se basant sur deux groupes de parents. Le premier groupe recevait une éducation sur la fièvre basée sur la simulation ainsi qu'une brochure explicative, le deuxième groupe recevait uniquement la brochure. Il a été démontré que les compétences et comportements parentaux étaient largement améliorés dans le groupe ayant bénéficié d'une mise en situation par simulation (67).

Par ailleurs, une campagne de publicité avec un message de santé fort reste marquant, rappelons la campagne télévisuelle lancée par la sécurité sociale dans les années 2000 avec le slogan « *les antibiotiques, c'est pas automatique* ». Cette

campagne avait permis la baisse de consommation de 15% d'antibiotiques dans les deux ans qui ont suivi (55). Un message fort pourrait sensibiliser les parents, et ainsi désengorger les services d'urgences et les consultations précoces.

Il serait intéressant de confronter le point de vue des soignants (médecins généralistes, pédiatres) à plus grande échelle, pour évaluer leurs stratégies de formation de leurs patients sur le sujet.

CONCLUSION

Ce travail a permis de mieux appréhender les représentations et préoccupations des parents lors de la prise en charge de la fièvre infantile.

Les résultats révèlent que tous les parents ont des aptitudes et ressources variées face à la fièvre infantile et que la démarche de consultation s'appuie donc sur un procédé réfléchi dépendant de leurs perceptions et de leurs attentes face à leur enfant malade. Cette inquiétude est véritablement à prendre en compte par les soignants.

La phobie de la fièvre est toujours présente, avec une peur des complications, notamment neurologiques. Les parents reconnaissent des sentiments d'anxiété, d'impuissance, de culpabilité, et de difficulté de gestion. Les critères de gravité sont encore représentés par la durée ou l'intensité de la fièvre et très peu de parents ont évoqué la notion de tolérance de leur enfant. La valeur numérique de la fièvre, critère objectif pour les parents, conditionne leurs actions et le délai de consultation.

Une meilleure compréhension du concept de fièvre des parents peut favoriser l'adaptation des conseils du professionnel de santé à leurs besoins. Le médecin semble être l'interlocuteur à privilégier, en qui les parents ont confiance, ce qui apparaît comme le premier critère de choix du médecin.

La qualité de l'information, adaptée à chaque situation familiale, ainsi que l'élaboration d'une formation parentale adaptée ne peut se faire que si le médecin est sensibilisé et formé à ces pratiques. L'information apparaît encore bien trop succincte pour les parents, qui sont demandeurs d'intégration à la démarche de soins.

Devant la fréquence élevée de la phobie de la fièvre, et de l'impact sur notre système de santé, une campagne éducative à échelle nationale devrait être menée.

BIBLIOGRAPHIE

- (26)1. Angoulvant F, Jumel S, Prot-Labarthe S, Bellettre X, Kahil M, Smail A, et al. Multiple health care visits related to a pediatric emergency visit for young children with common illnesses. *Eur J Pediatr.* juin 2013;172(6):797-802.
2. fiche_memo_-_prise_en_charge_de_la_fievre_chez_lenfant.pdf [Internet]. [cité 23 janv 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/fiche_memo_-_prise_en_charge_de_la_fievre_chez_lenfant.pdf
3. Mécanismes de la fièvre [Internet]. [cité 15 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/archive/mecanismes-de-la-fievre>
4. Cimpello LB, Goldman DL, Khine H. Fever pathophysiology. *Clin Pediatr Emerg Med.* 1 mars 2000;1(2):84-93.
5. Conti B, Tabarean I, Andrei C, Bartfai T. Cytokines and fever. *Front Biosci J Virtual Libr.* 1 mai 2004;9:1433-49.
6. Walter EJ, Hanna-Jumma S, Carraretto M, Forni L. The pathophysiological basis and consequences of fever. *Crit Care* [Internet]. 2016 [cité 10 mai 2021];20. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4944485/>
7. Pedespan L, Pillet P, Llanas B. FIÈVRE CHEZ LE NOURRISSON DE PLUS DE TROIS MOIS, DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE. :10.
8. Leduc D, Woods S, Committee CP. Temperature measurement in paediatrics. *Paediatr Child Health.* 1 juill 2000;5(5):273-6.
9. Masson E. La mesure de la température en pratique pédiatrique quotidienne [Internet]. *EM-Consulte.* [cité 4 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/34538/la-mesure-de-la-temperature-en-pratique-pediatriqu>

10. Robinson JL. Body temperature measurement in paediatrics: Which gadget should we believe? *Paediatr Child Health*. sept 2004;9(7):457-9.
11. Le traitement de la fièvre chez l'enfant - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 20 oct 2020]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Communiqués-Communiqués-Points-presse/Le-traitement-de-la-fièvre-chez-l-enfant>
12. La mesure de la température en pédiatrie. *Paediatr Child Health*. 2000;5(5):281-4.
13. Van den Bruel A, Aertgeerts B, Bruyninckx R, Aerts M, Buntinx F. Signs and symptoms for diagnosis of serious infections in children: a prospective study in primary care. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. juill 2007;57(540):538-46.
14. Bang A, Chaturvedi P. Yale observation scale for prediction of bacteremia in febrile children. *Indian J Pediatr*. 1 juin 2009;76(6):599-604.
15. Leung AK, Hon KL, Leung TN. Febrile seizures: an overview. *Drugs Context* [Internet]. 16 juill 2018 [cité 6 juin 2021];7. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6052913/>
16. Auvin S, Vallée L. Connaissances actuelles sur les mécanismes physiopathologiques des convulsions fébriles. *Arch Pédiatrie*. 1 mai 2009;16(5):450-6.
17. Hubert P. Déshydratation aiguë du nourrisson. *J Pediatr Pueric*. juin 2008;21(3):124-32.
18. Tréluyer J, Hubert P. Hyperthermie majeure de l'enfant. *J Pédiatrie Puériculture*. 1 mai 1997;10(3):153-6.
19. Corrad F. Traitement de la fièvre : les moyens physiques. *Médecine Thérapeutique Pédiatrie*. 12 janv 2001;3(6):457-62.

20. Agbolosu NB, Cuevas LE, Milligan P, Broadhead RL, Brewster D, Graham SM. Efficacy of tepid sponging versus paracetamol in reducing temperature in febrile children. *Ann Trop Paediatr.* sept 1997;17(3):283-8.
21. CORRARD F. Moyens de lutte contre la fièvre : les bains tièdes restent-ils indiqués ? *Moyens Lutte Contre Fièvre Bains Tièdes Restent-Ils Indiq.* 2002;9(3):311-5.
22. Section on Clinical Pharmacology and Therapeutics, Committee on Drugs, Sullivan JE, Farrar HC. Fever and antipyretic use in children. *Pediatrics.* mars 2011;127(3):580-7.
23. Fièvre chez l'enfant : paracétamol et/ou ibuprofène ? [Internet]. Minerva Website. [cité 22 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.minerva-ebm.be/fr/article/169>
24. Misurac JM, Knoderer CA, Leiser JD, Nailescu C, Wilson AC, Andreoli SP. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs are an important cause of acute kidney injury in children. *J Pediatr.* juin 2013;162(6):1153-9, 1159.e1.
25. Schmitt BD. Fever phobia: misconceptions of parents about fevers. *Am J Dis Child* 1960. févr 1980;134(2):176-81.
26. A W, H E. Management of childhood fever by parents: literature review [Internet]. Vol. 54, *Journal of advanced nursing. J Adv Nurs*; 2006 [cité 14 oct 2020]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16553708/>
27. Veron A, Dépinoy D. Fièvre de l'enfant en médecine générale : Les parents sont-ils compétents ? [Internet]. undefined. 2006 [cité 15 oct 2020]. Disponible sur: </paper/Fi%C3%A8vre-de-l%27enfant-en-m%C3%A9decine-g%C3%A9n%C3%A9rale-%3A-Les-Veron-D%C3%A9pinoy/167e622f64c8ea4c9d77c4ac6676e910a6e93418>
28. Cardon D. L'entretien compréhensif (Jean-Claude Kaufmann). Réseaux

Commun - Technol - Société. 1996;14(79):177-9.

29. Herpin N. Barney G. Glaser, Anselm Strauss, La découverte de la théorie ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative. Lectures [Internet]. 26 oct 2010 [cité 2 mars 2021]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/lectures/1357>
30. Netgen. La recherche qualitative en médecine de premier recours [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 19 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS-2497/24011>
31. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
32. Cavagna E. Education des parents à la prise en charge de la fièvre chez l'enfant: une évaluation d'action d'éducation pour la santé [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2019.
33. Lesoin L. THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT) DES DE MEDECINE GENERALE: étude des connaissances et du comportement des parents face à la fièvre de leur enfant. :58.
34. Wary M W. Évaluation des connaissances et pratiques des parents sur la fièvre de l'enfant. Thèse Pour Diplôme Médecine GénéraleAngers2018. oct 2018;70.
35. Chapelle N. Fièvre aiguë de l'enfant de moins de six ans. Evaluation des connaissances et des comportements des parents. A partir d'une étude menée de janvier à juin 2011 chez des parents d'enfants vus par SOS Médecins Meurthe et Moselle. 2011.
36. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. Prat Psychol. 1 mars 2004;10(1):79-86.
37. Masson E. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative [Internet]. EM-Consulte. [cité 1 mai

2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/949716/traduction-francaise-des-lignes-directrices-coreq->

38. van Stuijvenberg M, de Vos S, Tjiang GC, Steyerberg EW, Derksen-Lubsen G, Moll HA. Parents' fear regarding fever and febrile seizures. *Acta Paediatr Oslo Nor* 1992. juin 1999;88(6):618-22.

39. Crocetti M, Moghbeli N, Serwint J. Fever phobia revisited: have parental misconceptions about fever changed in 20 years? *Pediatrics*. juin 2001;107(6):1241-6.

40. Betz MG, Grunfeld AF. « Fever phobia » in the emergency department: a survey of children's caregivers. *Eur J Emerg Med Off J Eur Soc Emerg Med*. juin 2006;13(3):129-33.

41. Landes E, Guyon G. Analyse du vécu des parents devant un épisode de fièvre chez leur enfant. France; 2017.

42. 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 ?
</data/revues/0929693X/00140004/07000024/> [Internet]. 23 avr 2007 [cité 29 janv 2020]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/60220>

43. Chapron A, Brochard M, Rousseau C, Rousseau A-C, Brujean M, Fiquet L, et al. Parental reassurance concerning a feverish child: determinant factors in rural general practice. *BMC Fam Pract*. 9 janv 2018;19(1):7.

44. Stagnara J, Vermont J, Jacquelin J, Bagou G, Masson S, Kassai B, et al. Réduction des consultations non programmées et non justifiées dans le cadre des urgences pédiatriques grâce à une plateforme téléphonique. *Presse Médicale*. 1 nov 2010;39(11):e258-63.

45. Joder M. Fièvre chez l'enfant: comportement des parents et évaluation d'un

message de santé [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2013.

46. Santé : sources d'information France 2015 [Internet]. Statista. [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/531466/principaux-relais-information-sante-france/>

47. Renahy E, Parizot I, Chauvin P. Internet et santé : les enseignements de l'enquête permanente sur les conditions de vie des ménages, France, 2005. Rev D'Épidémiologie Santé Publique. 1 avr 2008;56(2):117-25.

48. Martin D, Wachtmeister J, Ludwigs K, Jenetzky E. The FeverApp registry - ecological momentary assessment (EMA) of fever management in families regarding conformity to up-to-date recommendations. BMC Med Inform Decis Mak. 1 oct 2020;20(1):249.

49. de Bont EGPM, Loonen N, Hendrix DAS, Lepot JMM, Dinant G-J, Cals JWJ. Childhood fever: a qualitative study on parents' expectations and experiences during general practice out-of-hours care consultations. BMC Fam Pract [Internet]. 7 oct 2015 [cité 8 mars 2021];16. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4597376/>

50. Copin C. Les bains dans le traitement de la fièvre : traitement antique, traitement en toc? Arch Pédiatrie. 1 janv 1999;6(1):110-2.

51. Camfield PR, Camfield CS, Shapiro SH, Cummings C. The first febrile seizure-antipyretic instruction plus either phenobarbital or placebo to prevent recurrence. J Pediatr. juill 1980;97(1):16-21.

52. ESCOURROU (Brigitte), ESCOURROU (Brigitte), BOUVILLE (Bénédicte), BISMUTH (Michel), DURRIEU (Geneviève), OUSTRIC (Stéphane). Automédication des enfants par les parents : un vrai risque ? Enquête descriptive transversale.

Automédication Enfants Par Parents Un Vrai Risque Enq Descr Transversale. 2010;

53. Pourrier J. Automédication des enfants par les parents lors d'un épisode fébrile: connaissances, prise en charge et éducation des parents. 2018;124.

54. Actualité - Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et complications infectieuses graves - ANSM [Internet]. [cité 19 avr 2021]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/anti-inflammatoires-non-steroidiens-ains-et-complications-infectieuses-graves>

55. Thoër C. Internet : un facteur de transformation de la relation médecin-patient ? Commun Rev Commun Soc Publique. 1 déc 2013;(10):1-24.

56. Gouverneur A, Bourenane H, Chung A, Daguerre C, Devarieux M, Malifarge L, et al. [How people use the internet to find information on medicines?]. Therapie. avr 2014;69(2):169-74.

57. « Les antibiotiques, c'est pas automatique ! » [Internet]. VIDAL. [cité 7 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/utilisation/antibiotiques/antibiotiques-pas-automatique.html>

58. La Commission européenne fait le point sur la résistance antimicrobienne - Europaforum Luxembourg - Avril 2010 [Internet]. [cité 29 mars 2021]. Disponible sur: <https://europaforum.public.lu/fr/actualites/2010/04/eb-resistance-microbienne/index.html>

59. van de Maat JS, van Klink D, den Hartogh-Griffioen A, Schmidt-Crossen E, Rippen H, Hoek A, et al. Development and evaluation of a hospital discharge information package to empower parents in caring for a child with a fever. BMJ Open [Internet]. 30 août 2018 [cité 6 avr 2021];8(8). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6119437/>

60. Walsh A, Edwards H, Fraser J. Parents' childhood fever management: community survey and instrument development. *J Adv Nurs*. 2008;63(4):376-88.
61. Korsch BM, Gozzi EK, Francis V. GAPS IN DOCTOR-PATIENT COMMUNICATION: I. Doctor-Patient Interaction and Patient Satisfaction. *Pediatrics*. 1 nov 1968;42(5):855-71.
62. Chappuy H, Taupin P, Dimet J, Claessens YE, Tréluyer J-M, Chéron G, et al. Do parents understand the medical information provided in paediatric emergency departments? A prospective multicenter study. *Acta Paediatr Oslo Nor* 1992. oct 2012;101(10):1089-94.
63. Definition of General Practice / Family Medicine | WONCA Europe [Internet]. [cité 11 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine>
64. Mialanne C, Marot Y. Enfants et fièvre de moins de 48 heures: regards des médecins généralistes sur le concept d'autonomisation des parents. France; 2017.
65. Peetoom KKB, Smits JJM, Ploum LJL, Verbakel JY, Dinant G-J, Cals JWL. Does well-child care education improve consultations and medication management for childhood fever and common infections? A systematic review. *Arch Dis Child*. mars 2017;102(3):261-7.
66. Casey R, McMahon F, McCormick MC, Pasquariello PS, Zavod W, King FH. Fever therapy: an educational intervention for parents. *Pediatrics*. mai 1984;73(5):600-5.
67. Chang L-C, Lee P-I, Guo N-W, Huang M-C. Effectiveness of Simulation-Based Education on Childhood Fever Management by Taiwanese Parents. *Pediatr Neonatol*. déc 2016;57(6):467-73.

ANNEXES

Annexe n°1 : Fiche d'information aux parents



Madame, Monsieur,

Actuellement en fin d'études de médecine générale, je prépare une thèse sur la fièvre de l'enfant dans la région Nord et Pas de Calais.

Dans ce cadre, je dois aller rencontrer des patients, afin de m'entretenir avec vous sur ce sujet.

Ces entretiens seront enregistrés au moyen d'un dictaphone, pour les besoins de l'étude, puis anonymisés et soumis au secret médical. L'entretien aura lieu à la date et l'endroit de votre choix.

Vous avez la possibilité de refuser de participer ou d'interrompre l'entretien ; aucune justification ne vous sera demandée. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment.

Je compte sur votre aide pour y parvenir. Je vous contacterai prochainement au téléphone pour fixer un rendez-vous.

Solène DONVAL

Annexe n°2 : formulaire de consentement

Information pour participation à une étude médicale

Dans le cadre de la thèse que je dois réaliser au cours de mes études je réalise un travail de recherche médicale non interventionnelle intitulée :

Fièvre chez l'enfant : analyse du vécu et de l'attitude parentale

Cette recherche a pour objectif de déterminer le vécu, attitudes et pratiques des parents dans la prise en charge de la fièvre infantile, la perception du médecin généraliste lors des consultations pour ce motif.

Pour mener à bien cette recherche, j'ai besoin de recueillir des données par le biais d'entretiens et c'est la raison pour laquelle je vous ai contacté.

Pour participer à ce travail, il est important que vous sachiez :

- Que votre participation n'est pas obligatoire et se fait sur la base du volontariat
- Que vous bénéficiez si vous le souhaitez d'un délai de réflexion
- Que vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment si vous le souhaitez
- Que vous avez le droit de refuser de répondre à certaines questions
- Que les données recueillies seront traitées de manière confidentielle et anonyme
- Qu'à tout moment vous pouvez avoir accès aux données vous concernant
- Que je me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions concernant les objectifs du travail une fois le recueil des données effectuées
- Que les éventuels enregistrements seront détruits dès la fin des travaux

Cette recherche est réalisée dans le respect des règles de bonnes pratiques cliniques et de la législation nationale en vigueur.

Les données de santé vous concernant feront l'objet d'un traitement informatique destiné à l'évaluation scientifique de la recherche. Elles seront transmises dans des conditions garantissant leur confidentialité, c'est-à-dire de manière anonymisée. En vertu des articles 39, 40 et 56 de la loi n° 78-17 du 06 Janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée, vous pourrez exercer vos différents droits dont celui d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition concernant la levée du secret médical auprès de la personne qui vous propose de participer à la recherche. Par ailleurs, conformément à l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique, les données de santé vous concernant peuvent vous être communiquées par l'investigateur et pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé, à d'autres entités de cet organisme, responsable de l'étude.

Fait à Le.....

Annexe n°3 : guide d'entretien final

A) Présentation générale

Bonjour, je m'appelle Solène Donval et j'effectue donc ces entretiens pour un travail de réalisation de thèse, qui me permettra d'obtenir le titre de docteur en médecine. Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien. Je vous rappelle que les données enregistrées seront strictement anonymes.

B) Données socio-démographiques

- Age des parents
- Catégorie socio-professionnelle
- Lieu d'habitation : urbain, péri-urbain, rural
- Situation familiale
- Sexe, âge des enfants de la fratrie

C) Questionnaire

1) Racontez moi une expérience personnelle ou une situation dans laquelle votre enfant a présenté de la fièvre.

Si non abordé, ou relances : Qu'est-ce que la fièvre représente pour vous ? D'où cela vient-il ? Comment l'avez-vous vécu ? Comment procédez-vous lorsque votre enfant a de la fièvre ?

2) Qu'est-ce qui vous amène à consulter lorsque votre enfant présente de la fièvre ?

Si non abordé : Dans quel délai ?

3) Qu'attendez vous de la prise en charge médicale ?

Relance : quel rôle joue votre médecin généraliste dans la gestion de ces épisodes ?

4) Quels conduites à tenir / conseils vous a-t-on proposés et comment les avez-vous appliqués ?

Relances : Qu'est-ce qui vous a semblé efficace dans votre prise en charge ? Est-ce que la prise en charge médicale vous a rassuré ?

5) Vous sentez-vous suffisamment informé sur la fièvre et les gestes à effectuer ?

Si non abordé, ou relances : D'où tenez-vous ces informations ?

6) Selon vous, qu'est-ce qui pourrait être amélioré dans notre système de soins pour la gestion des épisodes de fièvre ?

AUTEUR : Nom :Donval

Prénom : Solène

Date de soutenance : 1 juillet 2021

Titre de la thèse : Fièvre chez l'enfant : analyse du vécu et de l'attitude parentale

Thèse - Médecine - Lille 2021

Cadre de classement : médecine générale

DES + spécialité : médecine générale

Mots-clés : fièvre; enfants; attitude; qualitative; vécu

Résumé :

Contexte : La fièvre reste un des motifs principaux de consultation en médecine générale. La fièvre résulte pourtant dans la plupart des cas, de pathologies virales bénignes et de nombreuses études quantitatives ont été réalisées portant sur l'état des connaissances parentales. L'objectif principal est l'exploration du vécu et des représentations de la fièvre par les parents, afin de mieux appréhender leurs attentes lors des consultations de premiers recours.

Méthode : Des entretiens semi-dirigés ont été menés auprès de quatorze parents d'enfants de 3 mois à 6 ans, avec recherche de variation maximale jusqu'à suffisance des données. Une analyse qualitative par théorisation ancrée a été réalisée, à l'aide du logiciel NVivo®, avec triangulation des données.

Résultats : Malgré une meilleure compréhension de la fièvre comme étant un procédé physiologique, il persiste une forte angoisse parentale et les parents connaissent peu ses dangers potentiels. Les pratiques et méthodes de gestion variaient selon les participants et leurs sources d'information. Les parents se forment par des moyens non médicaux, malgré l'importance qu'ils donnent aux discours des soignants. La vision et le ressenti parental diffèrent selon le sens donné à la fièvre ainsi que le vécu antérieur. Le recours rapide aux professionnels de santé semble être fréquent, pour une réassurance en premier lieu, mais également pour l'élaboration d'un diagnostic.

Les parents pointent du doigt une information médicale divergente, une formation peu adaptée, une mauvaise considération de l'inquiétude.

Conclusion : Les médecins généralistes ont un rôle clé à jouer dans l'information sur la prise en charge de la fièvre infantile. L'éducation parentale doit être centrée sur le vécu propre du patient, afin d'améliorer leurs pratiques d'autogestion.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Alain Martinot

Assesseurs : Madame le Docteur Sabine Bayen

Directeur de thèse : Monsieur le docteur Jean Willem Vandermersch