

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Reconnaissance des signes de gravité de la fièvre chez l'enfant : évaluation
d'une fiche conseil à l'usage des parents**

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 4 Octobre 2023 à 16 heures
au Pôle Formation

par **Xavier FACHON**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François DUBOS

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

Madame le Docteur Caroline CIESIELCZYK

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Marie MOUKAGNI-PELZER

AVERTISSEMENT

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

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CSP : Code de la Santé Publique

DPO : Délégué à la Protection des Données

EIQ : Espace Inter-Quartile

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

TABLE DES MATIERES

Résumé	1
Introduction	2
Matériels et Méthodes	6
I. Type d'étude	6
II. Population étudiée	6
A. Lieu et période d'inclusion.....	6
B. Critères d'inclusion	7
C. Critères d'exclusion et de non-inclusion.....	7
III. Élaboration de la fiche conseil	7
IV. Élaboration des questionnaires.....	8
A. Questionnaire pour l'appel initial	8
B. Questionnaire pour le rappel à 3 mois	9
V. Recueil des données	9
A. Données recueillies lors de la consultation	9
B. Entretien téléphonique initial	10
C. Entretien téléphonique à 3 mois.....	11
VI. Analyse des données.....	12
A. Critère de jugement principal	12
B. Critères de jugement secondaires.....	12
C. Analyse statistique	13
VII. Aspects éthiques et réglementaires	13
Résultats.....	14
I. Description de la population étudiée.....	14
II. Caractéristiques de l'échantillon	15

III. Comparabilité des deux groupes	16
IV. Objectif principal	17
A. Critère de jugement principal : Score de bonnes réponses aux situations fictives lors de l'appel à 10 jours.....	17
B. Détail des réponses aux situations fictives lors de l'appel initial	18
V. Objectifs secondaires.....	19
A. Efficacité de la fiche conseil à distance.....	19
B. Impact de la fiche conseil sur le ressenti des parents face à des situations de fièvre .	21
C. Ressenti des parents sur la fiche conseil	22
D. Estimation de l'impact de la fiche conseil sur le comportement des parents en situation réelle.....	23
Discussion	24
I. Choix de la méthode utilisée.....	24
II. Forces de l'étude	25
III. Limites et biais	26
IV. Analyse des résultats obtenus	28
A. Population analysée, données épidémiologiques	28
B. Objectif principal.....	29
C. Objectifs secondaires	30
V. Perspectives	32
Conclusion	34
Références Bibliographiques.....	35
Annexes.....	37
I. Annexe 1 : Fiche conseil : « Mon enfant fait de la fièvre »	38
II. Annexe 2 : Questionnaire pour l'appel initial.....	39
III. Annexe 3 : Questionnaire pour le rappel à 3 mois.....	41
IV. Annexe 4 : Algorithmes pour les entretiens à 10 jours	43
V. Annexe 5 : Algorithmes pour les entretiens à 3 mois.....	44

RESUME

Contexte : La fièvre est le symptôme le plus fréquent chez l'enfant. Il s'agit cependant d'un signe très inquiétant pour les parents, ce qui en fait l'un des motifs de consultation les plus fréquents en médecine générale. Certaines études ont montré l'efficacité de supports d'information tels que des fiches conseil, ainsi que l'intérêt que leur portent les parents. Une fiche conseil détaillant les signes de gravité de la fièvre a ainsi été proposée.

Objectif : Montrer que la délivrance d'une fiche conseil sur les signes de gravité de la fièvre aux parents d'enfants de moins de 12 ans permet d'améliorer leurs recours aux soins en cas de fièvre.

Méthode : Cette étude comportementale, observationnelle, prospective et comparative a été menée au sein de la Maison Médicale Montalembert à Villeneuve-d'Ascq au moyen d'entretiens téléphoniques individuels à 10 jours puis à 3 mois de l'inclusion. Le critère de jugement principal était le « Score de bonnes réponses » obtenu à des situations fictives de fièvre, par des parents d'enfants de moins de 12 ans ayant reçu ou non la fiche conseil en consultation.

Résultats : Sur 102 parents interrogés, 51 avaient reçu la fiche conseil. Les parents l'ayant reçue ont obtenu un score significativement meilleur que les parents ne l'ayant pas reçue lors du rappel à 10 jours ($p < 0,001$). Cette différence s'efface lors du rappel à 3 mois ($p = 0,133$). Les parents n'ayant pas reçu la fiche ne se sont pas sentis significativement plus en difficulté que les parents l'ayant reçue ($p = 0,765$ à 10 jours ; $p = 0,839$ à 3 mois). Les parents du groupe « Fiche » faisaient part d'un ressenti très favorable vis-à-vis de la fiche conseil, et beaucoup déclaraient que celle-ci était susceptible de modifier leur gestion future d'une fièvre chez leur enfant.

Conclusion : La délivrance d'une fiche conseil sur les signes de gravité de la fièvre chez l'enfant permet d'aider les parents à mieux distinguer les situations de fièvre pouvant être prises en charge par le médecin généraliste de celles justifiant une admission aux urgences.

INTRODUCTION

La fièvre est l'un des motifs de consultation les plus fréquents chez les enfants en médecine générale. En 2009, les données de l'Observatoire de la Société Française de Médecine Générale indiquent qu'il s'agit, en terme de fréquence, du premier motif de consultation chez les enfants âgés de 2 à 9 ans (35 % des consultations), du second chez ceux de 10 à 19 ans (23 % des consultations juste derrière les consultations de suivi ou de dépistage) et du troisième chez les moins de 1 an (31 % des consultations, derrière les consultations de suivi et les vaccinations) (1).

La fièvre se définit, selon la HAS, par une température corporelle supérieure ou égale à 38°C, en l'absence d'activité physique intense, chez un enfant normalement couvert, dans une température ambiante tempérée (2). La mesure de référence est celle obtenue à l'aide d'un thermomètre électronique, par voie rectale. La mesure par voie buccale sous-estime la température corporelle d'environ 0,4°C et la voie axillaire de 0,5°C environ (3). Les thermomètres à infrarouges sont quant à eux d'une précision plus aléatoire.

Il s'agit d'un mécanisme de défense, d'un symptôme, témoignant de la réponse de l'organisme face à une agression le plus souvent causée par un micro-organisme extérieur (virus ou bactérie). En effet, l'augmentation de la température corporelle permet de lutter en partie contre la reproduction de ces germes. Les nourrissons ne conservant que très transitoirement les anticorps de leur mère, ils doivent constituer dès les premiers mois de vie leurs propres défenses immunitaires en rencontrant ces différents agents infectieux au sein de leur environnement. Ainsi, la fièvre est le symptôme le plus fréquent chez l'enfant (3). Dans la grande majorité des cas, ces infections sont bénignes et guérissent spontanément. Elles peuvent toutefois, et tout

particulièrement lorsque le germe impliqué est une bactérie, nécessiter un traitement médicamenteux spécifique afin d'en permettre ou d'en accélérer la guérison. Néanmoins, la fièvre reste un symptôme le plus souvent bénin, bien toléré et ne constitue pas une maladie en soi. Il s'agit d'un indice, d'un signe témoignant que l'enfant constitue sa propre immunité et représente donc un passage obligatoire au cours des premières années de la vie de chaque individu.

Toutefois, certains signes peuvent faire suspecter une infection sévère et justifient effectivement un avis médical urgent. Ces signes de gravité recherchés par le médecin peuvent être classés en trois catégories (3) :

- Le terrain à risque (âge, antécédents médicaux particuliers)
- Des signes orientant vers une étiologie a priori sévère (méningite, encéphalite, pneumopathie, pyélonéphrite, infection ostéo-articulaire, syndrome toxique, diarrhée bactérienne, etc...)
- Les signes de défaillance vitale (neurologique, respiratoire, hémodynamique)

Cependant, la détection de certains de ces signes nécessite des connaissances médicales et le médecin ne peut donc pas demander aux parents de vérifier leur présence ou leur absence. Il est donc nécessaire de leur apprendre des signes « simples » qui doivent les inquiéter ou non.

Dans sa fiche mémo de 2016, la HAS relève 8 signes justifiant d'aller aux urgences : âge de moins de 3 mois, difficulté respiratoire ou fréquence respiratoire élevée, conscience altérée, absence de réponse aux stimulations, renflement de la fontanelle, pâleur ou cyanose, cris faibles ou grognements, raideur de la nuque (2). On peut à cela ajouter l'observation d'une lésion hémorragique cutanée ne s'effaçant pas à la vitropression, pouvant alors faire suspecter un purpura fulminans.

Même en dehors de ces situations d'urgence, la fièvre reste un symptôme très anxiogène pour les parents, qui est à l'origine de très nombreux recours aux urgences pédiatriques. En effet,

la fièvre est le motif d'admission aux urgences dans environ 10% des cas avant l'âge de 15 ans, et peut même atteindre plus de 21% chez les enfants de 6 mois à 2 ans (4). En sachant que plus de la moitié des passages aux urgences pédiatriques (tous motifs confondus) ont lieu pendant la nuit ou les week-ends (5), cela peut en partie témoigner d'un manque de préparation des parents par les professionnels de santé quant à l'attitude à adopter afin de pouvoir gérer ce genre de situations à domicile. D'ailleurs, on constate que dans 90% des cas, les familles peuvent finalement rentrer au domicile à l'issue de la prise en charge aux urgences pédiatriques et ne justifient donc pas d'une hospitalisation (5).

Cette peur engendrée par la fièvre (ou « fever phobia ») occupe ainsi une place centrale dans la prise en charge des enfants et de leurs parents. Une information claire délivrée par les professionnels de santé (et en premier lieu les médecins généralistes) peut permettre de rassurer les parents (6). Cette information détaillée peut donc avoir pour conséquence de diminuer non seulement l'inquiétude parentale, mais également la saturation des services d'urgences. De plus, nous savons que les parents sont friands d'information médicale, notamment au sujet de la conduite à tenir en cas de fièvre chez leur enfant (7).

Cette éducation parentale peut passer par différents vecteurs : l'information orale, délivrée par le médecin en consultation ; des vidéos d'information (8–10) diffusées en salle d'attente ; des méthodes interactives, telles que des mises en situation, des stages, des groupes de parole, des entretiens d'éducation en santé (11–15) ; ou bien une information écrite, présente dans le carnet de santé, dans des livrets ou dans des fiches conseil (16–22). La fiche conseil représente une méthode de choix, car elle est aisément délivrable par les professionnels de santé, en un temps optimal, et reste consultable par les parents à n'importe quel moment y compris en situation de stress. Elle est également très appréciée par les parents eux-mêmes (23).

C'est donc dans ce contexte qu'est née l'idée de cette étude. Une analyse des publications françaises existantes sur le sujet met en évidence trois failles principales :

- Les supports écrits analysés n'étaient pas centrés sur les signes de gravité de la fièvre (mais plutôt sur sa définition et sa gestion thérapeutique) ou ne les expliquaient que très succinctement (16,18).
- Ces supports n'étaient pas lisibles en un seul coup d'œil (souvent sur plusieurs pages, sous forme de livrets (18)) et comportaient également parfois beaucoup de texte rendant leur lecture peu intuitive (20).
- Les études évaluaient leur efficacité sur des critères très théoriques, peu représentatifs de la réalité (questionnaires à choix multiples, questionnaires de satisfaction, etc...) (18,20) et les parents déclaraient souvent que de tels supports ne modifieraient pas leur façon de prendre en charge leur enfant en situation « réelle » (18).

À la lumière de tous ces éléments, il nous a semblé essentiel d'étudier l'impact d'une fiche conseil optimisée, didactique et simple, centrée sur les signes de gravité de la fièvre chez l'enfant, et de l'évaluer selon un critère de jugement plus pertinent et représentatif de la réalité.

L'objectif principal de cette étude est donc de savoir si la délivrance de cette fiche conseil par le médecin généraliste peut permettre aux parents d'enfants de moins de 12 ans d'optimiser leurs recours aux soins en cas de fièvre chez leur enfant.

Les objectifs secondaires sont d'en évaluer l'efficacité à distance, d'analyser son impact sur le ressenti des parents lorsque ces derniers se retrouvent exposés à des situations de fièvre, d'évaluer le ressenti des parents vis-à-vis de ce format de fiche conseil et enfin d'en esquisser l'impact potentiel sur le comportement des parents en situation réelle.

MATERIELS ET METHODES

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude comportementale, observationnelle, prospective et comparative, de type « exposé / non exposé », destinée à évaluer le rôle de la délivrance d'un message d'éducation à la santé (fiche conseil) sur un comportement potentiel (solliciter ou non un avis médical urgent si des situations particulières de fièvre survenaient chez leur enfant).

De plus, il s'agit d'une étude longitudinale, puisque nous avons choisi de mesurer l'impact de la fiche juste après sa délivrance (appel initial sous 10 jours) mais également à distance de celle-ci (rappel à 3 mois). Cela a été décidé afin d'être en adéquation avec certains travaux similaires déjà effectués (18,21,22).

II. Population étudiée

A. Lieu et période d'inclusion

Le recrutement des sujets a été réalisé au sein de la Maison Médicale Montalembert, située à Villeneuve-d'Ascq, commune localisée en périphérie de Lille. Il s'agit d'une étude monocentrique. Les patients ont été inclus par 5 des 7 médecins, titulaires ou remplaçants, en activité au sein de la maison médicale lors de la période d'étude. Les 2 médecins restants avaient principalement une activité de médecine du sport et ne recevaient donc que rarement des enfants.

Les inclusions se sont déroulées du 12 octobre 2022 au 15 février 2023, date à laquelle le nombre de sujets nécessaires a été atteint. Celui-ci a été établi à un minimum de 100 patients, 50 dans le groupe « Fiche » et 50 dans le groupe « Contrôle ».

B. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- Être parent (inclusion d'un seul parent si les deux étaient présents en consultation)
- Consulter en présentiel au cabinet
- Consulter pour son enfant âgé de 12 ans ou moins, quel que soit le motif de consultation.

Il n'était pas nécessaire que le médecin menant la consultation soit le médecin traitant de l'enfant ou de ses parents. Il n'était pas non plus nécessaire que l'enfant ou ses parents aient été suivis préalablement au sein de la maison médicale.

C. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion de cette étude étaient :

- Personne ne sachant pas lire
- Personne ne comprenant pas le français (écrit ou parlé)
- Personne ne souhaitant pas participer à l'étude
- Conjoint(e) déjà inclus(e) préalablement

III. Élaboration de la fiche conseil

Après analyse de la littérature scientifique, étude de livres de parentalité-puériculture disponibles en librairie et recherches sur internet, nous n'avons pas trouvé de fiche conseil française reprenant intégralement les signes de gravité de la fièvre tels que décrits dans la fiche mémo de la HAS de 2016, avec un minimum de texte, et présentée sur une seule page. Nous avons donc décidé de créer une fiche conseil possédant ces différents atouts (Annexe 1).

Cette fiche conseil reprend également la définition de la fièvre, des informations quant à des signes parfois anxiogènes qui ne constituent toutefois pas des situations d'urgence, ainsi que l'attitude à adopter en présence ou en l'absence de ces signes de gravité.

Concernant les signes de gravité de la fièvre, nous avons réalisé des dessins pour chacun de ces signes. Nous avons également ajouté, en plus des 8 signes de la HAS, deux items :

- « Des tâches rouges ou violettes sont apparues (qui ne s'effacent pas lorsque j'appuie dessus) »
- « Ou si quelque chose d'autre m'inquiète » (le but étant de ne pas empêcher les parents de consulter aux urgences en cas de grande inquiétude).

Ce document a été conçu sur le logiciel Word (Version 16.72) de Microsoft®. Les illustrations ont quant à elles été réalisées en utilisant le logiciel de dessin SketchBook® (Version 8.7.0) de Autodesk®.

Les médecins de la maison médicale, certains professionnels paramédicaux de l'établissement, ainsi que quelques parents volontaires ont pu émettre un avis sur la version initiale de cette fiche conseil, ce qui a abouti à quelques améliorations dans sa mise en page et sa formulation.

Elle a été imprimée en format A5 (14,8 x 21 cm), identique à celui du carnet de santé.

IV. Élaboration des questionnaires

A. Questionnaire pour l'appel initial (Annexe 2)

Afin d'avoir un mode d'évaluation de l'effet de cette fiche conseil qui soit le plus représentatif de la réalité, il a été décidé de présenter aux parents des situations fictives de fièvre et de leur demander quelle serait leur attitude si cela arrivait à leur enfant. Nous avons donc élaboré différents cas cliniques, contenant ou non un signe de gravité de fièvre. Dans un souci de diminuer au maximum les contraintes pour les participants, et de conserver une durée raisonnable d'entretien téléphonique de moins de 10 minutes, nous nous sommes limités à 8 situations.

Nous nous sommes toutefois efforcés de concevoir un questionnaire qui aborde au moins une fois les 4 grandes « familles » de signes de gravité de la fièvre : Âge de moins de 3 mois, comportement anormal, coloration anormale, et respiration difficile.

À chaque situation, il était également demandé au participant de dire s'il s'était senti en difficulté ou non pour répondre.

À la fin de l'entretien, des questions complémentaires étaient posées aux parents, permettant de comparer les populations des deux groupes, et également de recueillir le ressenti des parents du groupe « Fiche » sur la fiche conseil.

Les questionnaires ont préalablement été présentés à 12 parents volontaires, ce qui a permis de rectifier certaines imprécisions dans la formulation des questions.

B. Questionnaire pour le rappel à 3 mois (Annexe 3)

Pour le rappel à 3 mois, les cas cliniques exposés aux parents des deux groupes étaient identiques à ceux présentés lors de l'appel initial. Cependant, afin de se prémunir d'une mémorisation potentielle de l'ordre des réponses de la part des parents, l'ordre des cas cliniques a été aléatoirement réorganisé dans le second questionnaire.

Pour les parents du groupe « Fiche », deux questions étaient posées en fin d'entretien téléphonique, afin de savoir s'ils avaient toujours la fiche conseil en leur possession et s'ils avaient eu besoin de s'y référer au cours des trois mois précédents, dans un but purement informatif.

V. Recueil des données

A. Données recueillies lors de la consultation

Au cours d'une consultation présentielle pour un enfant de moins de 12 ans, quel que soit le motif de consultation, le médecin proposait à l'un des parents de participer à notre étude et en détaillait les modalités (échéance des différents rappels téléphoniques).

En cas de réponse favorable, le médecin recueillait dans un tableau dédié la date de la consultation, le numéro de téléphone du parent, son statut par rapport à l'enfant (père ou mère), ainsi que le prénom de l'enfant (afin de pouvoir vérifier l'identité de l'interlocuteur lors de l'entretien téléphonique).

S'agissant d'une étude observationnelle, nous ne contrôlions pas l'inclusion du participant dans l'un ou l'autre des groupes (« Fiche » ou « Contrôle »). Le médecin menant la consultation pouvait ainsi décider en toute autonomie de délivrer ou non une fiche conseil au parent, dans le cadre de sa consultation qu'il menait comme à son habitude. Notons toutefois que les médecins se sont efforcés d'assurer une distribution la plus équitable possible de leurs patients au sein des deux groupes. En cas d'inclusion dans le groupe « Fiche », le médecin distribuait la fiche conseil, la présentait au parent, et invitait celui-ci à la relire par la suite.

Enfin, chaque participant se voyait distribuer une feuille d'information lors de la consultation. Le praticien était également chargé de délivrer et recueillir le consentement écrit du parent.

B. Entretien téléphonique initial

Environ dix jours après la consultation d'inclusion, le parent était recontacté par téléphone au numéro communiqué. L'appel était passé depuis une ligne dédiée exclusivement à cette étude, avec un numéro visible (non masqué), communiqué préalablement aux participants. En cas de non-réponse, un message vocal était laissé lors du deuxième appel, ainsi qu'un SMS. En l'absence de réponse après trois tentatives, le parent en question était alors considéré comme « perdu de vue » et n'était donc pas non plus recontacté à 3 mois.

Les entretiens téléphoniques étaient standardisés, suivaient un algorithme prédéfini (Annexe 4), et étaient tous menés par le même investigateur. La durée de l'entretien était estimée à 10 minutes.

Les parents du groupe « Fiche » avaient le droit de s'aider de la fiche conseil s'ils l'avaient à disposition, mais pouvaient tout de même répondre s'ils ne l'avaient pas avec eux ou l'avaient perdue.

Les parents se voyaient donc exposer les huit situations fictives et devaient choisir entre deux propositions : Décision de solliciter un avis médical urgent, ou décision de temporiser à domicile jusqu'à un rendez-vous chez le médecin traitant. Les questions à visée épidémiologique et celles visant à évaluer le ressenti des participants étaient posées dans un second temps.

En cas de mauvaise réponse à une situation fictive, il a été jugé pertinent d'exposer la réponse correcte aux parents ainsi que sa justification, quel que soit le groupe d'inclusion, dans une démarche d'éducation parentale, telle que celle-ci aurait été réalisée au cours d'une consultation de médecine générale.

C. Entretien téléphonique à 3 mois

Chaque parent ayant répondu à l'appel initial était recontacté environ 3 mois plus tard au même numéro pour un entretien similaire avec le même investigateur, en suivant là encore un algorithme standardisé (Annexe 5). Les modalités de sollicitation en cas de non-réponse étaient identiques (message vocal et SMS, parent considéré comme perdu de vue au bout de trois tentatives infructueuses).

Après exposition des situations fictives, deux questions supplémentaires étaient posées aux parents du groupe « Fiche » :

- « Avez-vous encore la fiche conseil à portée de main chez vous, si un jour vous éprouviez le besoin de vous en servir ? »
- « L'avez-vous utilisée depuis notre dernier appel il y a 3 mois ? »

A nouveau, en cas de mauvaise réponse à une situation fictive, la réponse correcte était exposée aux parents.

VI. Analyse des données

A. Critère de jugement principal

Pour chaque situation fictive, le parent interrogé devait choisir entre deux propositions :

- « Je vais aux urgences ou appelle le 15 »
- « Je lui donne du Paracétamol et prends rendez-vous chez le médecin traitant »

La bonne réponse était définie en fonction des recommandations et des connaissances actuelles. Chaque bonne réponse était cotée « 1 », chaque mauvaise réponse « 0 ».

Chaque participant se voyait donc attribuer un « Score de bonnes réponses », sur 8 points.

Un participant ayant répondu correctement à toutes les situations obtenait « 8 » ; un participant s'étant trompé à chaque situation obtenait « 0 ».

B. Critères de jugement secondaires

Pour l'étude de l'efficacité de la fiche conseil à distance, le même « Score de bonnes réponses » sur 8 points était attribué à chaque parent à l'issue du rappel à 3 mois.

Pour évaluer l'impact de la fiche conseil sur le ressenti des parents face aux situations fictives de fièvre, il était demandé lors de chaque situation si le participant s'était senti en difficulté pour y répondre. Les réponses possibles étaient « Oui » ou « Non ». Chaque « Oui » était coté « 1 », chaque « Non » était coté « 0 ». Ainsi, sur le même principe que le « Score de bonnes réponses », un « Score de difficulté ressentie » sur 8 points a été attribué à tous les participants.

Concernant l'étude du ressenti des parents vis-à-vis de la fiche conseil, et l'estimation de l'impact de ce support sur le comportement des parents en situation réelle, les questions étaient directement posées aux parents lors de l'entretien initial.

C. Analyse statistique

Les données étaient analysées à l'aide du logiciel SPSS® 24.0 (IBM®).

Les variables quantitatives étaient exprimées par leurs moyennes et écarts-types, ou médianes et espaces inter-quartiles selon la normalité ou non de la distribution des données (évaluée par un test de Shapiro-Wilk).

Les variables qualitatives étaient exprimées par leur pourcentage ou leur fréquence.

Les moyennes étaient comparées entre elles par un test de Student si les conditions d'application étaient vérifiées ou un test U de Mann et Whitney dans le cas contraire.

Les comparaisons de pourcentages étaient effectuées par un test du khi-deux, avec si nécessaire un regroupement de données, ou à défaut un test exact de Fisher quand les conditions d'application n'étaient pas respectées.

Le seuil de significativité était fixé à 5% pour l'ensemble des tests.

VII. Aspects éthiques et réglementaires

Cette étude n'a pas pour finalité le développement des connaissances biologiques ou médicales. De plus, s'agissant d'une étude comportementale évaluant des comportements présumés, face à des situations fictives n'impliquant directement ni les parents ni leurs enfants et ne modifiant pas leur prise en charge, notre étude est hors champ de la loi Jardé (Article R1121-1 du CSP).

Avant la mise en œuvre de l'étude, nous avons obtenu l'attestation de conformité au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) par le Délégué à la Protection des Données (DPO) de l'Université de Lille, le 13 juillet 2022 (Référence Registre DPO : 2022-229).

Chaque participant a reçu une information orale, une lettre d'information écrite et a signé un consentement lors de la consultation d'inclusion.

RESULTATS

I. Description de la population étudiée

Sur les 126 jours de la période d'inclusion, 120 parents ont accepté de participer à notre étude. 64 d'entre eux se sont vu délivrer la fiche conseil (53,3%, appelés groupe « Fiche »), alors que 56 ne l'ont pas reçue (46,7%, appelés groupe « Contrôle »).

Pour chacun des deux groupes, nous avons pu réaliser 51 entretiens téléphoniques à 10 jours de l'inclusion. Dans le groupe « Fiche », 13 parents (20,3%) n'ont pas participé à l'appel (12 perdus de vue et 1 retrait de participation). Dans le groupe « Contrôle », 5 parents (8,9%) ont été perdus de vue.

Pour le rappel à 3 mois, nous avons obtenu 41 réponses dans le groupe « Fiche » et 43 dans le groupe « Contrôle », ce qui correspond respectivement à 19,6% et 15,7% de perdus de vue entre le premier et le second entretien téléphonique.

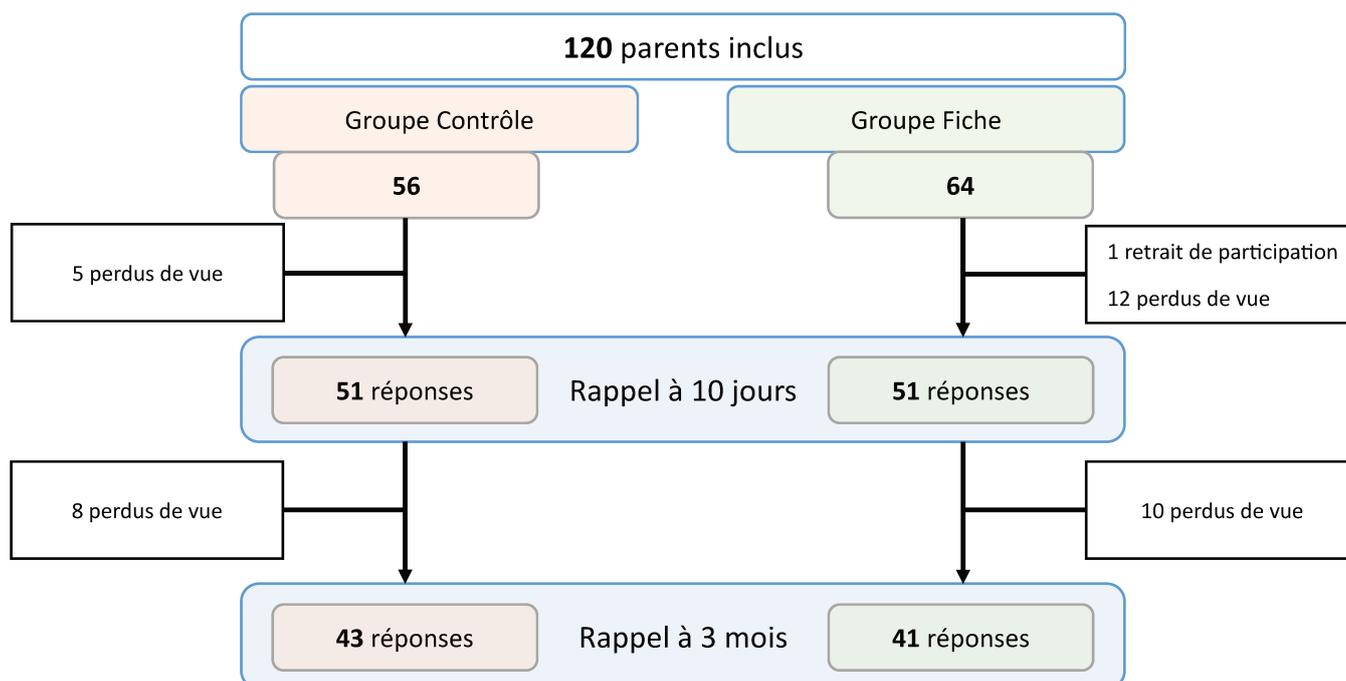


Figure 1 : Diagramme de flux

II. Caractéristiques de l'échantillon

Sexe du parent	(%)	Femme	84,3 %
		Homme	15,7 %
Âge du parent	(Médiane (EIQ))		34,5 (6)
Profession médicale, paramédicale, ou formation en santé	(%)	Non	75,5 %
		Oui	24,5 %
Catégorie socioprofessionnelle ^a	(%)	1	0 %
		2	1 %
		3	30,4 %
		4	46,1 %
		5	18,6 %
		6	1 %
		7	0 %
		8	2,9 %
Nombre d'enfants	(%)	1	41,2 %
		2	41,2 %
		3	13,7 %
		4	2,9 %
		5	1 %
Âge moyen des enfants	(Médiane (EIQ))		3 (3,82)
« Consultiez-vous pour de la fièvre chez votre enfant ? »	(%)	Non	52,5 %
		Oui	47,5 %
« Avez-vous déjà eu besoin de consulter en urgence pour de la fièvre chez votre enfant ? »	(%)	Non	29,4 %
		Oui	70,6 %
« Avez-vous déjà ressenti le besoin d'avoir un support d'aide à la décision en cas de fièvre ? »	(%)	Non	24,5 %
		Oui	75,5 %
« Un médecin généraliste ou un pédiatre vous avait-il déjà parlé de ces signes de gravité de la fièvre ? »	(%)	Non	49 %
		Oui	51 %
« Avez-vous déjà lu les pages du carnet de santé sur la fièvre et ses signes de gravité ? »	(%)	Non	44,1 %
		Oui	55,9 %

^a Selon la Nomenclature des professions et des catégories socioprofessionnelles 2020 de l'INSEE.
 Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcs2020/>

Tableau 1 : Description de la population analysée

Parmi les 102 entretiens téléphoniques initiaux, 86 ont eu lieu avec la mère de l'enfant reçu en consultation, contre 16 avec le père, soit un sex-ratio de 0,19. L'âge médian des parents inclus était de 34,5 ans. 24,5% d'entre eux exerçaient ou avaient été formés dans le domaine de la santé. Les deux catégories socioprofessionnelles les plus représentées étaient « Professions intermédiaires » (46,1%) et « Cadres et professions intellectuelles supérieures » (30,4%). Concernant l'indicateur « âge moyen des enfants », la médiane d'âge était de 3 ans.

Parmi les données les plus notables, on constate aussi qu'au sein de l'échantillon étudié, 70,6% des parents ont déjà dû consulter en urgence pour de la fièvre chez leur enfant, que plus de 3 parents sur 4 (75,5%) ont déjà ressenti le besoin d'avoir un moyen d'aide à la décision en cas de fièvre chez leur enfant, et que 44,1% des parents reconnaissent n'avoir jamais lu les pages du carnet de santé sur la fièvre. Enfin, quasiment la moitié d'entre eux (49%) déclarent ne jamais avoir été informés par leur médecin ou leur pédiatre sur les signes de gravité de la fièvre.

III. Comparabilité des deux groupes

		Groupe « Contrôle »	Groupe « Fiche »	p-value
Sexe du parent	Femme	45	41	0,276
	Homme	6	10	
Âge du parent (moyenne)		35,14	35,20	0,957
Profession médicale, paramédicale ou formation en santé	Non	40	37	0,490
	Oui	11	14	
Catégorie socioprofessionnelle ^{a, b}	3	13	18	0,329
	4	25	22	
	5	12	7	
Nombre d'enfants ^c	1	17	25	0,127
	2	26	16	
	≥ 3	8	10	
Âge moyen des enfants (moyenne)		4,40	3,51	0,197
« Consultiez-vous pour de la fièvre chez votre enfant ? » ^d	Non	33	20	0,007
	Oui	17	31	
« Avez-vous déjà eu besoin de consulter en urgence pour de la fièvre chez votre enfant ? »	Non	15	15	1
	Oui	36	36	
« Disposez-vous d'un autre moyen d'aide à la décision en cas de fièvre ? »	Non	22	22	1
	Oui	29	29	
« Un médecin généraliste ou un pédiatre vous avait-il déjà parlé de ces signes de gravité de la fièvre ? »	Non	24	26	0,692
	Oui	27	25	
« Avez-vous déjà lu les pages du carnet de santé sur la fièvre et ses signes de gravité ? »	Non	20	25	0,319
	Oui	31	26	

^a Selon la Nomenclature des professions et des catégories socioprofessionnelles 2020 de l'INSEE.

Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcs2020/>

^b Seules les 3 catégories socio-professionnelles les plus représentées ont été retenues pour respecter les conditions d'application du test statistique.

^c Après regroupement des données pour les parents ayant 3 enfants ou plus, afin de respecter les conditions d'application du test statistique.

^d Un parent du groupe « Contrôle » n'a pas répondu à cette question.

Tableau 2 : Comparaison des groupes "Contrôle" et "Fiche"

Les deux groupes se sont révélés être comparables sur la quasi-totalité des caractéristiques épidémiologiques recueillies lors de l'entretien téléphonique initial. Toutefois, on constate que dans le groupe des parents ayant reçu la fiche conseil, il y avait significativement plus de parents dont le motif de consultation à la maison médicale le jour de leur inclusion était une fièvre chez leur enfant ($p = 0,007$) (Tableau 2).

IV. Objectif principal

A. Critère de jugement principal : Score de bonnes réponses aux situations fictives lors de l'appel à 10 jours

	Groupe « Contrôle »	Groupe « Fiche »	<i>p-value</i>
Score moyen lors de l'appel à 10 jours	5,33	6,35	< 0,001

Tableau 3 : Score moyen obtenu lors de l'appel initial

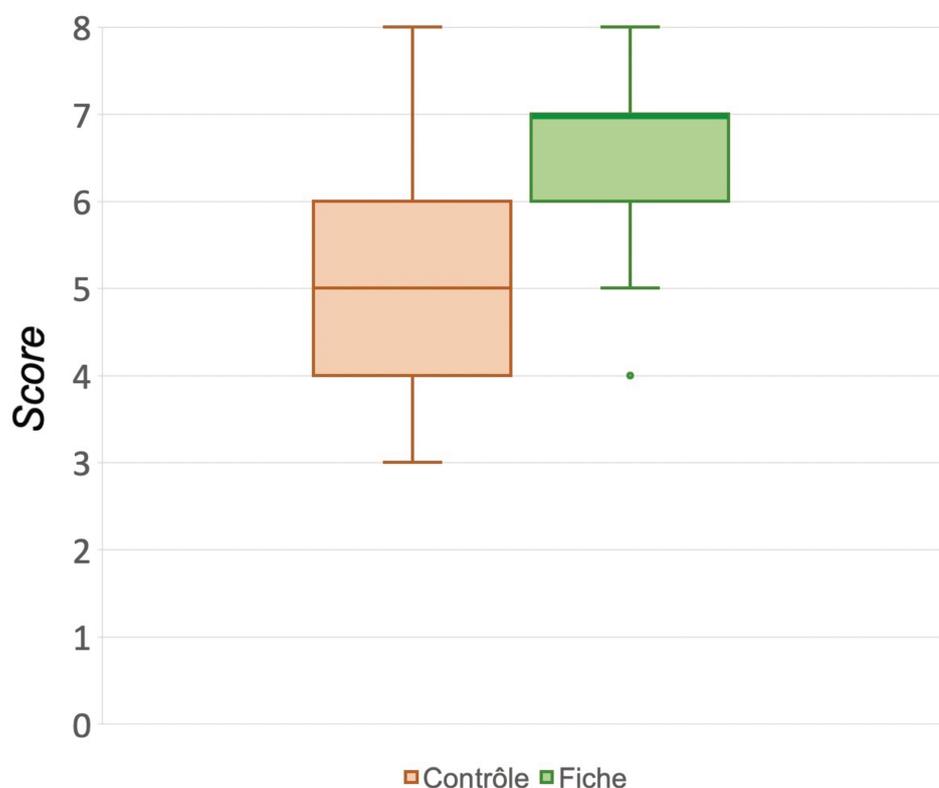


Figure 2 : Box-plot des scores obtenus lors de l'appel initial en fonction du groupe

Les parents du groupe « Fiche » ont obtenu une moyenne de 6,35 points sur 8, tandis que les parents du groupe « Contrôle », n'ayant pas reçu la fiche conseil, ont quant à eux obtenu une moyenne de 5,33 points sur 8. La différence de moyenne entre les deux groupes est statistiquement significative ($p < 0,001$) (Tableau 3).

La médiane de score était de 5 dans le groupe « Contrôle », contre 7 dans le groupe « Fiche » (Figure 2).

B. Détail des réponses aux situations fictives lors de l'appel initial

Par souci de lisibilité, chaque situation fictive sera mentionnée par la lettre « Q » (pour « Question ») suivie de son ordre d'énonciation au cours de l'entretien téléphonique (de « Q1 » pour la première situation, à « Q8 » pour la huitième situation).



Tableau 4 : Pourcentages de réponses correctes lors de l'appel initial et représentation en histogramme

Pour chacune des situations fictives présentées lors de l'appel initial, les parents ayant reçu la fiche conseil ont obtenu un pourcentage de bonnes réponses plus élevé que les parents ne l'ayant pas reçue. La différence était maximale pour les situations 8 (25,5% de différence), 3 (21,6%) et 4 (17,6%), qui correspondent respectivement à la situation de fièvre chez un enfant de moins de 3 mois, une situation de valeur de température élevée mais bien tolérée, et la présence d'un purpura fébrile (Annexe 2).

V. Objectifs secondaires

A. Efficacité de la fiche conseil à distance

Lors des entretiens téléphoniques réalisés à 3 mois, les mêmes situations fictives étaient exposées aux parents des deux groupes, permettant à nouveau d'attribuer un score de bonnes réponses sur 8 points à chaque parent. Les situations étaient alors présentées dans un ordre différent. Cependant, pour la présentation et l'analyse des résultats, l'ordre des cas cliniques a été rétabli afin d'être identique à celui utilisé lors de l'appel initial.

	Groupe « Contrôle »	Groupe « Fiche »	<i>p-value</i>
Score moyen lors du rappel à 3 mois	5,84	6,24	0,133

Tableau 5 : Score moyen obtenu lors du rappel à 3 mois

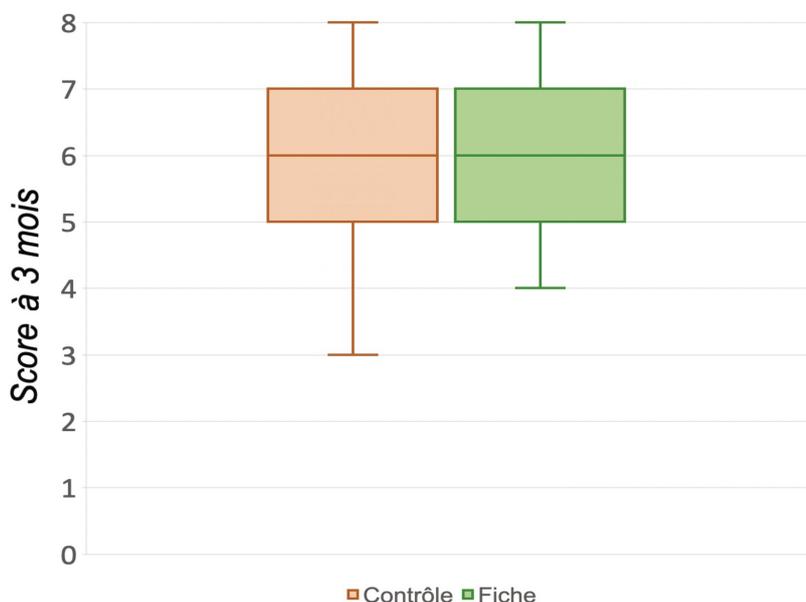


Figure 3 : Box-plot des scores obtenus lors du rappel à 3 mois en fonction du groupe

Les parents du groupe « Fiche » ont obtenu une moyenne de 6,24 points sur 8 lors du rappel à 3 mois, alors que ceux du groupe « Contrôle » ont obtenu une moyenne de 5,84 points sur 8 à l'occasion de ce rappel. La différence entre les deux groupes n'est pas statistiquement significative ($p = 0,133$) (Tableau 5).

Les médianes de scores étaient de 6 dans les deux groupes (Figure 3).

Cette évolution est retrouvée lors de l'étude du détail des pourcentages de bonnes réponses, qui étaient dans l'ensemble plus resserrés entre les deux groupes lors du rappel à 3 mois que lors de l'appel initial (Tableau 6).

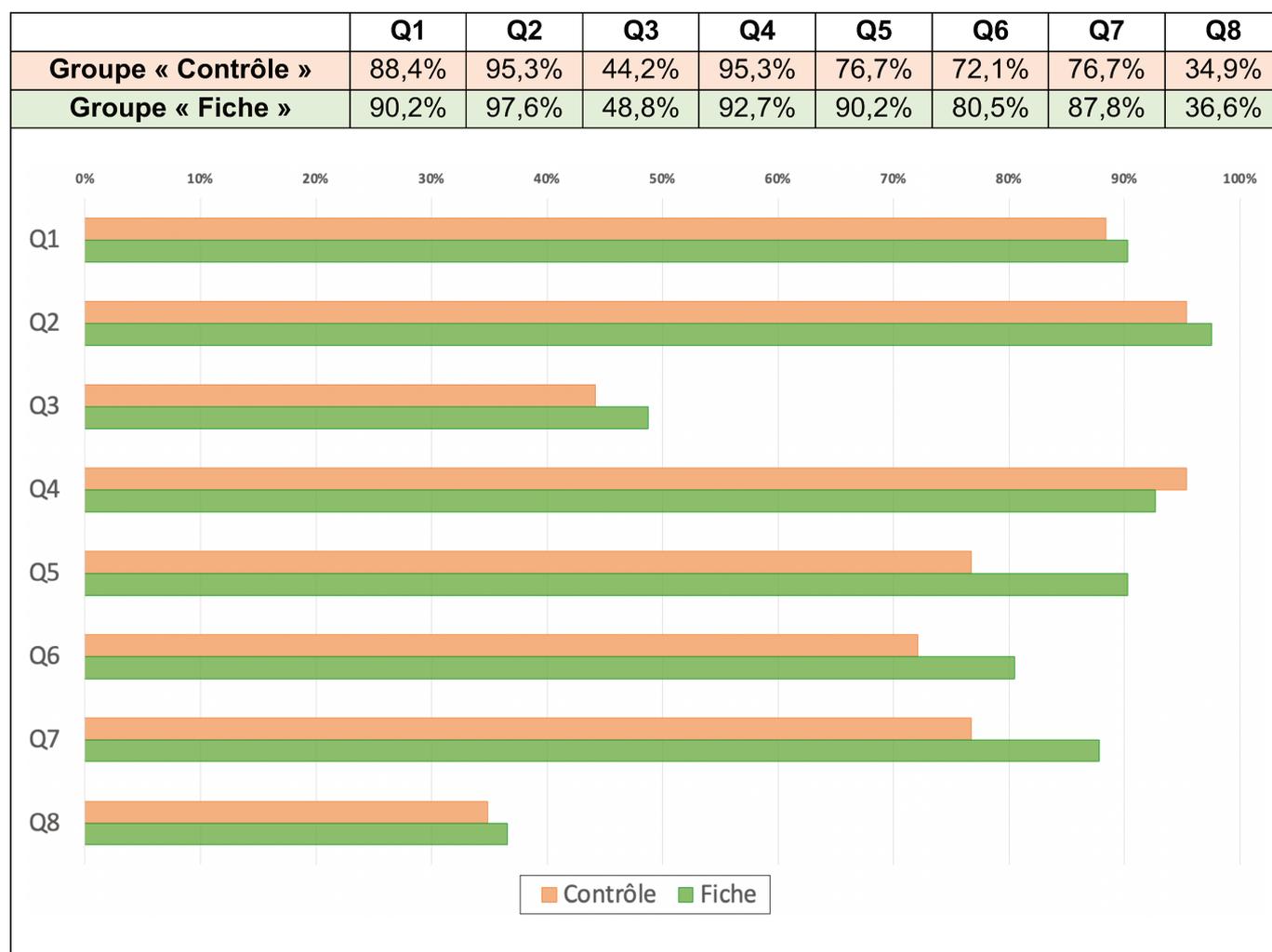


Tableau 6 : Pourcentages de réponses correctes lors du rappel à 3 mois et représentation en histogramme

Une analyse de l'évolution du score de bonnes réponses (obtenue par la différence « Score à 3 mois – Score à 10 jours ») a pu être réalisée chez les parents des deux groupes.

	Évolution moyenne du score	p-value
Groupe « Contrôle »	+ 0,56	0,018
Groupe « Fiche »	- 0,27	0,195

The bar chart displays the average score evolution at 3 months for two groups. The y-axis is labeled 'Évolution moyenne des scores à 3 mois' and ranges from -0,80 to 0,80. The 'Contrôle' group (orange bar) shows a positive evolution of 0,56. The 'Fiche' group (green bar) shows a negative evolution of -0,27. A legend indicates 'Contrôle' in orange and 'Fiche' in green.

Tableau 7 : Évolution des scores entre les deux appels selon le groupe

Le groupe « Contrôle » présente une amélioration du score statistiquement significative entre les deux appels ($p = 0,018$). La note moyenne du groupe « Fiche » est moins bonne lors du rappel à 3 mois, mais cette évolution n'est pas statistiquement significative ($p = 0,195$) (Tableau 7).

B. Impact de la fiche conseil sur le ressenti des parents face à des situations de fièvre

	Groupe « Contrôle »	Groupe « Fiche »	p-value
Score de difficulté ressentie moyen lors de l'appel à 10 jours	1,51	1,43	0,765
Score de difficulté ressentie moyen lors du rappel à 3 mois	1,09	1,05	0,839

Tableau 8 : Comparaison des moyennes de scores de difficulté ressentie

La moyenne de score de difficulté ressentie était discrètement plus élevée au sein du groupe « Contrôle », mais cette différence n'est pas statistiquement significative, tant lors de l'appel initial à 10 jours ($p = 0,765$) que lors du rappel à 3 mois ($p = 0,839$) (Tableau 8).

C. Ressenti des parents sur la fiche conseil

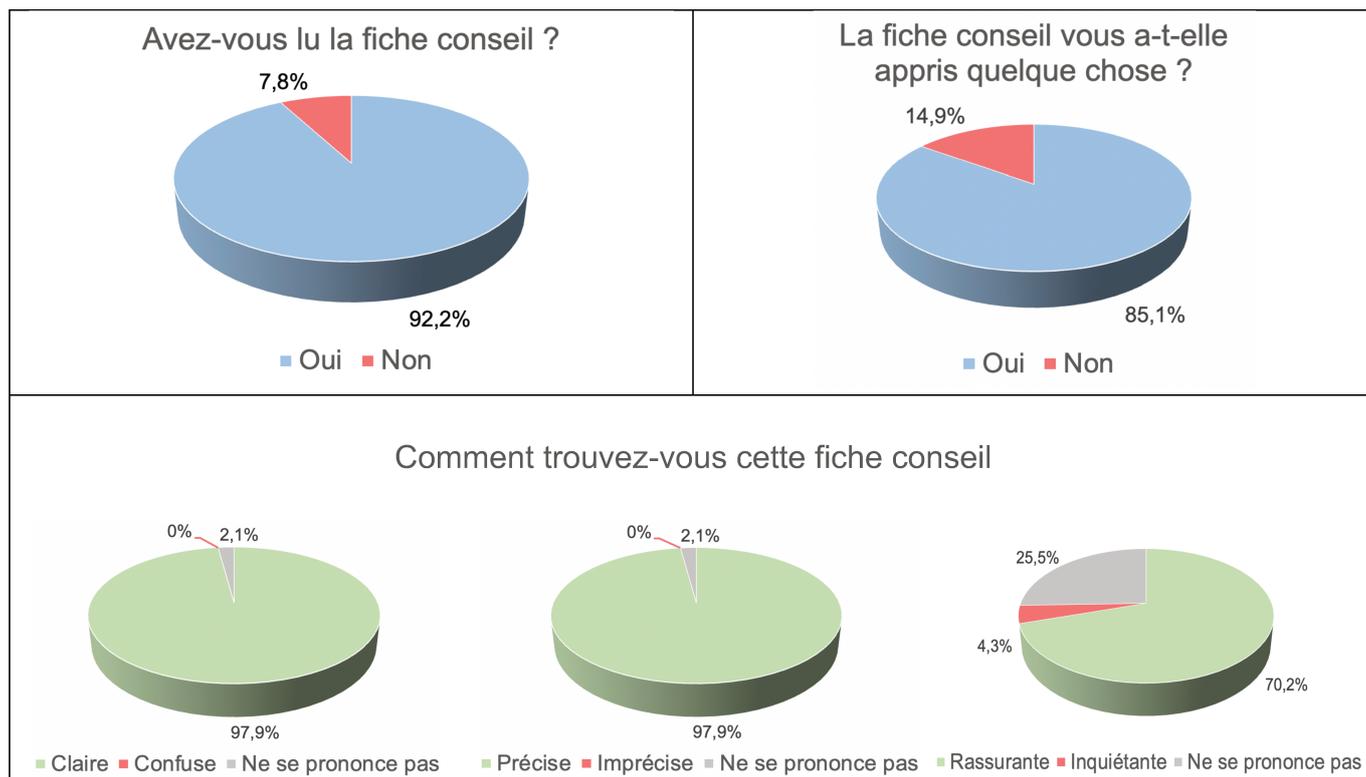


Figure 4 : Ressenti des parents du groupe "Fiche" sur la fiche conseil

Les parents du groupe « Contrôle » n'ayant pas eu connaissance du contenu de la fiche conseil, ils n'ont pas été questionnés à son sujet.

Parmi les parents du groupe « Fiche », 92,2 % ont lu la fiche conseil préalablement à l'appel initial. 85,1 % d'entre eux ont déclaré que cette fiche conseil leur avait appris quelque chose sur la fièvre et ses signes de gravité, contre 14,9 % des parents qui disent n'avoir rien appris de nouveau.

Concernant le ressenti des parents sur la fiche conseil, recueilli lors de l'entretien téléphonique initial, 97,9 % d'entre eux ont déclaré l'avoir trouvée claire, et 97,9 % également ont déclaré l'avoir trouvée suffisamment précise.

Enfin, les avis étaient plus partagés concernant son caractère rassurant ou inquiétant : 70,2 % des parents la trouvaient rassurante, tandis que 4,3 % la trouvaient inquiétante et que 25,5 % des parents interrogés n'ont pas souhaité se prononcer, la trouvant à la fois rassurante mais leur faisant envisager des situations qui seraient très anxiogènes.

D. Estimation de l'impact de la fiche conseil sur le comportement des parents en situation réelle

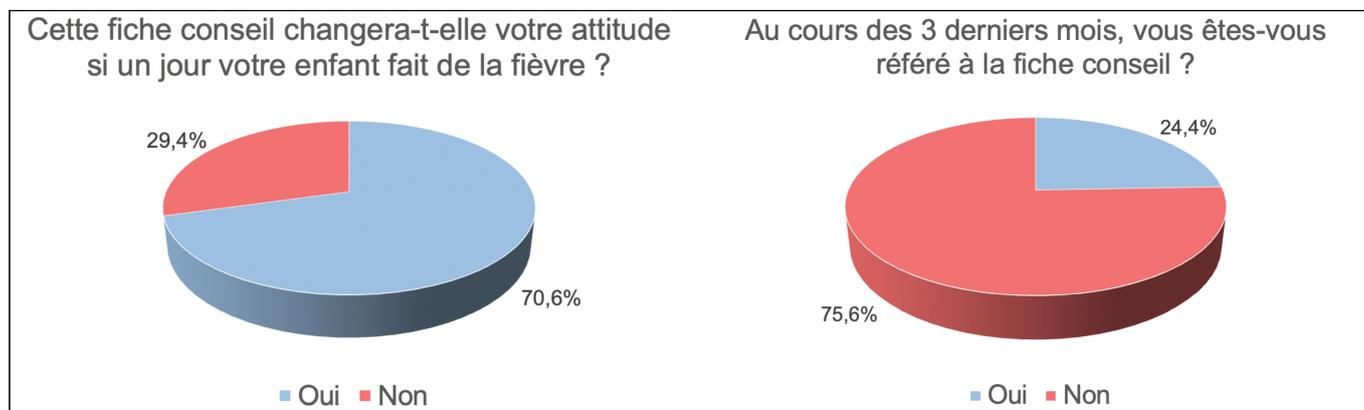


Figure 5 : Impact de la fiche conseil sur le comportement des parents en situation réelle

La question de l'impact supposé de la fiche conseil a été posée aux parents du groupe « Fiche » lors de l'entretien initial (graphique de gauche, Figure 5). 70,6 % d'entre eux ont estimé que la fiche conseil était susceptible de modifier leur attitude en cas de fièvre chez leur enfant (certains avaient pris connaissance de signes de gravité dont ils ignoraient l'existence, d'autres ont déclaré souhaiter plus rapidement se référer à la fiche conseil pour orienter leur attitude ou se rassurer). 29,4 % des parents ont quant à eux déclaré que ce support n'allait pas avoir d'impact sur leur façon actuelle de gérer une situation de fièvre chez leur enfant.

Enfin, nous avons également pu esquisser lors du rappel à 3 mois l'impact de la fiche conseil chez les parents l'ayant reçue (graphique de droite, Figure 5). La majorité des parents (75,6 %) ne s'y est pas référée au cours de la période de 3 mois entre les deux entretiens téléphoniques, alors que 24,4 % l'ont utilisée.

DISCUSSION

I. Choix de la méthode utilisée

La pertinence d'analyser par des entretiens téléphoniques l'impact de la délivrance d'un message de santé sous la forme d'une fiche conseil par le médecin généraliste au cours de sa consultation peut se justifier par trois points principaux :

- La facilité de mise en place : Nous avons pu inclure des patients sur une période continue de plus de 3 mois et donc aboutir rapidement au nombre de sujets nécessaires. Cela n'aurait pas été le cas si les entretiens avaient été menés au cours de journées dédiées au sein de la maison médicale. De plus l'inclusion était facile pour les médecins participants, car elle était rapidement réalisée au cours de la consultation.
- La minimisation des contraintes pour les participants : Il était possible de convenir avec les parents d'une date et d'une heure de rappel, ce qui permettait de réaliser les entretiens lors de moments où ils étaient disponibles et n'avaient pas d'impératifs. Ils n'avaient pas non plus à faire la démarche d'aller remplir le questionnaire.
- La minimisation des perdus de vue potentiels : Les contraintes impliquées par la participation à l'étude étant faibles (deux appels téléphoniques d'une dizaine de minutes), cela ne constituait pas un frein majeur pour les parents. De plus, ceux-ci étaient rappelés, et étaient donc moins susceptibles d'oublier de participer.

L'organisation de l'étude en deux rappels téléphoniques distincts a permis une évaluation longitudinale de l'impact de la fiche conseil, en fonction du temps. L'utilisation du « Score de bonnes réponses » aux mêmes cas cliniques procurait une comparabilité optimale des résultats

obtenus à 10 jours et à 3 mois. Nous nous sommes protégés au maximum d'une mémorisation des réponses par les participants, en réorganisant aléatoirement l'ordre des situations fictives.

Enfin, sur le plan éthique, les précautions ont été maximales :

- L'analyse de comportements supposés face à des situations fictives ne faisait courir aucun risque aux parents ni à leurs enfants.
- Nous laissons les médecins généralistes mener leur consultation comme ils en avaient l'habitude. La délivrance de la fiche conseil intervenait dans un second temps, en fin de consultation. La prise en charge des patients n'était donc pas modifiée.
- Une correction était systématiquement donnée aux parents interrogés, notamment en cas de mauvaises réponses, pour ne pas laisser perdurer de mauvaises attitudes chez les participants, comme cela aurait été fait en consultation.

II. Forces de l'étude

Notre étude s'attelle à analyser spécifiquement l'amélioration de la reconnaissance des signes de gravité de la fièvre par les parents et non à évaluer leurs connaissances sur la fièvre de façon globale, comme lors des études précédentes. L'amélioration des connaissances des parents sur ces signes de gravité pourrait avoir des conséquences très favorables, en diminuant les recours non nécessaires aux soins (en libéral ou services d'urgences) ainsi que l'inquiétude parentale.

La pertinence clinique du critère de jugement principal était un point essentiel dans la conception de notre étude. En effet, celui-ci nous a permis d'avoir une estimation la plus fiable possible de l'impact de la fiche conseil sur le comportement des parents en situation réelle. Nous n'avons pas retrouvé à ce jour dans la littérature d'étude évaluant l'impact d'une fiche conseil ou d'un support similaire avec ce genre d'indicateur.

Le nombre de sujets nécessaires, fixé à 100 participants (50 dans chacun des groupes), a été atteint pour l'étude du critère de jugement principal, lors du rappel à 10 jours. L'effectif obtenu a ainsi procuré à nos résultats une puissance suffisante pour pouvoir mettre en évidence une différence significative du critère de jugement principal entre les deux groupes.

Il s'est avéré que les médecins participant à notre étude s'étaient efforcés de répartir équitablement leurs patients entre les deux groupes (certains suivant un procédé de « 2 pour 2 », d'autres incluant des parents dans le groupe « Fiche » pendant 1 semaine, puis dans le groupe « Contrôle » la semaine suivante, etc...). Cette répartition par blocs au sein des patientèles a contribué à répartir les patients d'un même médecin équitablement entre les deux groupes, et donc à limiter à cette étape les biais de confusion potentiels impliqués par les différences de pratiques entre les praticiens.

Tous les entretiens téléphoniques ont été menés par le même investigateur. Les précautions ont été prises lors de la formulation des questions pour ne pas exercer d'influence sur les réponses des participants. Cela a pu être mis en place pour tous les parents inclus, ce qui a permis une reproductibilité maximale des entretiens téléphoniques entre les deux groupes. De plus les réponses des parents ont également été classées par ce même investigateur. Ainsi, en cas de biais de classement, celui-ci est non différentiel, et ne peut donc par définition pas être à lui seul à l'origine d'une différence significative.

III. Limites et biais

La limite principale de notre étude est son caractère observationnel, et non interventionnel. En effet, pour des raisons éthiques et juridiques, nous ne contrôlions pas l'exposition à la fiche conseil, qui était décidée par le médecin. Celui-ci pouvait choisir ou non de délivrer la fiche selon le déroulement de sa consultation, les besoins, et les attentes du parent face à lui. Les médecins

étaient également libres de donner aux parents d'autres supports de leur choix s'ils le souhaitent, quel que soit le groupe d'inclusion. Il a donc été choisi de ne pas mettre en place de randomisation afin de ne pas interférer avec le déroulement habituel des consultations. L'absence de randomisation ne nous permet donc pas d'être à l'abri de facteurs de confusion résiduels, non pris en compte lors de notre analyse.

Différents éléments ont pu être responsables d'un biais de sélection. Notre étude étant monocentrique, la population analysée n'est pas représentative de la population générale. La Maison Médicale Montalembert est située en milieu urbain, à Brigode, quartier aisé de Villeneuve-d'Ascq. Les deux catégories socio-professionnelles les plus représentées dans notre échantillon sont « Professions intermédiaires » et « Cadres et professions intellectuelles supérieures ». Notre échantillon ne comprend aucun agriculteur, seulement 1 % d'artisans commerçants ou chefs d'entreprise, et 1 % d'ouvriers. Nous n'avons également inclus que des parents sachant lire, et comprenant le français.

Concernant les biais de confusion potentiels, on constate que les deux groupes ne sont pas comparables sur le motif de consultation du jour de l'inclusion : il y a significativement plus de parents qui consultaient pour de la fièvre chez leur enfant dans le groupe « Fiche » que dans le groupe « Contrôle ». Cependant, cela peut s'expliquer par le fait qu'il est plus pratique pour le médecin généraliste de s'appuyer sur une fiche conseil lors de sa consultation, afin d'expliquer aux parents consultant pour une fièvre les signes devant les amener à reconsulter rapidement.

Toutefois, les deux groupes sont comparables sur l'ensemble des autres facteurs de confusion potentiels pris en compte.

Quelques parents interrogés ont émis la remarque qu'il leur était difficile de savoir ce qu'ils feraient réellement si les situations exposées se produisaient chez leur enfant, du fait de l'inquiétude et du stress. En effet, dans notre étude, les situations demeuraient fictives, et les

parents répondaient au calme, sans aucune appréhension et sans la peur de commettre une erreur. Ainsi, notre « Score de bonnes réponses » ne reste qu'une estimation de l'impact réel de la fiche conseil sur le comportement futur des parents.

Enfin, l'investigateur n'étant pas en aveugle vis-à-vis du groupe d'inclusion du parent, il reste susceptible d'avoir inconsciemment induit un biais de classement. De plus, cet investigateur étant un médecin, certains participants ont pu modifier leurs réponses dans le but de « bien répondre » aux situations qui leur étaient exposées, par crainte de jugement.

IV. Analyse des résultats obtenus

A. Population analysée, données épidémiologiques

Les parents interrogés dans notre étude étaient essentiellement les mères des enfants (84,3 %), et l'âge moyen des parents était de 34,5 ans. Ces données sont comparables à celles obtenues lors d'autres études similaires (7,14,18,20,22,24).

On constate que plus de 70 % des participants déclarent avoir déjà dû consulter en urgence pour de la fièvre chez leur enfant, et que plus de trois quarts des parents interrogés (75,5 %) ont déjà ressenti le besoin d'avoir un support d'aide à la décision en cas de fièvre. Ces valeurs reflètent bien l'inquiétude que peut susciter la fièvre chez un enfant (« fever-phobia »), et confirment l'intérêt porté par les parents pour les supports d'information médicale dans ce domaine, comme nous pouvions nous y attendre.

Cette information est à mettre en relation avec le fait que 49 % des participants à notre étude déclarent n'avoir jamais reçu d'information à ce sujet de la part des professionnels de santé. On peut tout de même supposer que cette valeur est surestimée par un biais de mémorisation (état de stress lors des consultations pour de la fièvre, ou simplement ancienneté de la consultation en question). Cependant, cela témoigne à nouveau du fait que l'information orale délivrée en consultation est très susceptible d'être oubliée.

Enfin, plus de 4 parents sur 10 (44,1 %) reconnaissent n'avoir jamais lu les pages du carnet de santé sur la fièvre et ses signes de gravité. Cela met en évidence un manque d'information des parents quant à l'utilité de ce support, mais montre aussi l'intérêt de fournir une information plus spécifique sur la fièvre, qui sera plus susceptible d'être lue et retenue.

B. Objectif principal

Notre objectif principal était de montrer que la délivrance d'une fiche conseil par le médecin généraliste au cours de sa consultation pouvait permettre aux parents d'enfants de moins de 12 ans d'optimiser leurs recours aux soins en cas de fièvre chez leur enfant.

Nous avons atteint cet objectif, en mettant en évidence que les parents du groupe « Fiche » ont mieux répondu aux situations fictives qui leur étaient exposées que les parents du groupe « Contrôle », leur « Score de bonnes réponses » étant significativement meilleur ($p < 0,001$). Cela signifie que les parents ayant reçu la fiche conseil présentent des comportements plus adaptés face à ces situations de fièvre. Ils ont été davantage en mesure de déterminer quelles situations justifiaient un recours urgent aux soins, mais également quelles situations ne relevaient pas de l'urgence, et pouvaient donc être gérées à domicile, jusqu'à ce que le médecin traitant soit disponible pour les recevoir.

Malgré les limites de notre étude et son caractère observationnel, ce résultat est très encourageant car il met objectivement en évidence que la délivrance d'un support par le médecin généraliste permet d'aider les parents à mieux réagir face à des situations de fièvre susceptibles d'arriver à leur enfant.

Ce résultat est en adéquation avec d'autres études ayant montré l'efficacité des supports d'information sur les connaissances des parents (17–22,25), mais nous permet désormais d'en mesurer l'impact sur leurs comportements.

C. Objectifs secondaires

a. Efficacité de la fiche conseil dans le temps

Lors de l'analyse du « Score de bonnes réponses » à 3 mois, bien que le groupe « Fiche » réponde toujours mieux dans l'ensemble aux situations fictives, on remarque que la différence entre les deux groupes s'estompe, et perd sa significativité statistique ($p = 0,133$).

Cependant, on voit que c'est le groupe « Contrôle » qui a significativement amélioré son score moyen entre les deux appels (+ 0,56 points, $p = 0,018$), et que les parents du groupe « Fiche » ont quant à eux obtenu une moyenne similaire à celle de l'appel initial.

Ce résultat peut s'expliquer par le fait qu'une correction ait été donnée à tous les parents lors de l'appel initial, ce qui a pu permettre de corriger certaines erreurs de prise en charge chez les parents du groupe « Contrôle » et donc d'augmenter leur score. Toutefois, cela montre qu'à moyen terme, l'efficacité d'une information détaillée mais chronophage (appels téléphoniques d'environ 10 minutes par parent) est similaire à l'efficacité d'une fiche conseil, délivrable facilement et explicable en quelques secondes par le médecin au cours de sa consultation.

b. Impact sur le ressenti des parents face à des situations de fièvre

Concernant la difficulté ressentie par les parents pour répondre aux cas fictifs, il n'y a pas de différence significative entre les parents ayant reçu la fiche conseil et ceux ne l'ayant pas reçue, que ce soit à 10 jours ou à 3 mois. Nous pouvons expliquer ce résultat par le fait que les situations que nous avons exposées demeurent fictives, théoriques, et ne sont par conséquent pas responsables d'autant d'angoisse et de stress que des situations réelles, quel que soit le groupe d'inclusion.

c. Ressenti des parents vis-à-vis de la fiche conseil

Ces résultats étaient très positifs. Plus de 9 parents sur 10 ont pris le temps de lire la fiche, et plus de 80 % d'entre eux ont déclaré y avoir appris quelque chose sur les signes de gravité de la fièvre. De même, de nombreux parents l'ont trouvée claire, précise, et rassurante.

Les retours des parents sur la fiche conseil étaient également très positifs au cours des entretiens téléphoniques. Parmi ceux que nous avons recueillis :

- Retours favorables :
 - Beaucoup de parents soulignent un format facile à conserver dans un tiroir, dans le carnet de santé, ou à fixer sur leur réfrigérateur
 - La fiche est lisible, et accessible à tout le monde
 - L'information qui y figure est détaillée et exhaustive
 - La fiche aide à réfléchir face à une fièvre, à se rassurer, à ne pas paniquer, et à dédramatiser ce symptôme
- Retours défavorables :
 - Quelques parents la trouvent à l'inverse trop petite, et auraient souhaité une police d'écriture plus grande
 - Une mère trouve que la notion de « somnolence », qui peut être très subjective, est insuffisamment détaillée
- Propositions d'amélioration :
 - Ajouter certaines informations (Rappeler les méthodes de prise de température, mettre les signes « non graves » plus en avant, noter les choses à ne pas faire (par exemple donner un bain froid), et prévenir qu'une surveillance hospitalière sera effectuée en cas de fièvre chez un enfant de moins de 3 mois)
 - Une mère conseille d'ajouter des sources sur le document, afin d'en confirmer la fiabilité.

d. Estimation de l'impact de la fiche conseil sur les comportements futurs

Près de 3 parents sur 4 (70,6 %) déclarent cette fiche susceptible de modifier leur pratique face à une fièvre dans le futur. Ce résultat est plus élevé que nous l'espérons, au vu des résultats des études précédentes (18). Beaucoup d'entre eux expliquaient qu'ils avaient appris un nouveau signe de gravité qu'ils ne connaissaient pas jusqu'ici (souvent la présence d'un purpura, le bombement de la fontanelle, ou la présence de marbrures) et d'autres remettaient en cause certaines croyances erronées (notamment que la valeur de la température serait proportionnelle à la gravité de sa cause).

Cependant, 3 mois après sa délivrance, seulement 24,4 % des parents s'y sont référés. Cela peut néanmoins s'expliquer par le fait que de nombreux parents déclarent tout simplement ne pas avoir été exposés à une situation de fièvre chez leur enfant sur cette période.

V. Perspectives

Les résultats obtenus au cours de notre étude nous encouragent à poursuivre les efforts entrepris pour améliorer l'éducation parentale. Nous avons également pu montrer que le médecin généraliste reste un interlocuteur de choix dans ce domaine.

L'impact positif de la fiche conseil sur le recours aux soins en cas de fièvre peut faire espérer que sa diffusion à plus large échelle pourrait avoir des conséquences très favorables sur la diminution des consultations non nécessaires chez le médecin généraliste, mais également sur le désengorgement des services d'urgences pédiatriques. De plus, s'agissant du symptôme le plus fréquent chez l'enfant, il pourrait aussi être pertinent qu'une fiche conseil de ce genre soit délivrée systématiquement en maternité, et glissée dans le carnet de santé de chaque nouveau-né, afin de dispenser cette information à tous les jeunes parents.

Nous pourrions toutefois approfondir les résultats que nous avons obtenus par la réalisation d'une étude plus vaste, multicentrique, randomisée et en aveugle, avec le même objectif principal, afin de valider définitivement l'impact d'un tel support sur les comportements parentaux.

Il est aussi envisageable d'analyser l'impact de sa délivrance à large échelle sur la répartition des motifs de consultations chez les médecins généralistes, ou dans les services d'urgences pédiatriques. Enfin, une analyse sur le plus long terme avec une évaluation de l'impact d'une telle fiche sur le comportement des parents (par exemple à 1 an) pourrait aussi venir compléter cette thèse.

CONCLUSION

Cette étude a montré que la délivrance d'une fiche conseil par le médecin généraliste au cours de sa consultation permet d'aider les parents d'enfants de moins de 12 ans à mieux reconnaître les signes de gravité de la fièvre, et donc à mieux s'orienter parmi les différentes structures de soins disponibles.

Il s'agit d'un support d'information médicale très apprécié par les parents, susceptible d'optimiser leurs comportements futurs. De plus, elle aide le médecin généraliste dans sa mission de prévention, et sa délivrance peut facilement s'inclure dans la consultation du praticien.

Il pourrait être intéressant d'en évaluer l'impact après diffusion à plus large échelle, par une étude randomisée et multicentrique, non seulement sur le ressenti des parents, mais également sur la diminution des consultations libérales et des admissions aux urgences dues à ce motif.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Observatoire de la Médecine Générale - Top 50 des résultats de consultation. [En ligne]. <http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php>. [Consulté le 27 août 2023].
2. Fiche mémo - Prise en charge de la fièvre chez l'enfant. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/fiche_memo_-_prise_en_charge_de_la_fievre_chez_lenfant.pdf. [Consulté le 27 août 2023].
3. Fièvre aiguë. In : Benoist G, Bourrillon A, Delacourt C, Gras-Le Guen C. Pédiatrie. 8e édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson; 2020,324-31.
4. Urgences : plus du quart des passages concernent les enfants de moins de 15 ans. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. [En ligne]. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/urgences-plus-du-quart-des-passages-concernent-les-enfants-de>. [Consulté le 27 août 2023].
5. Panorama des Urgences 2021 – Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences. [En ligne]. <https://fedoru.fr/fiche-publications/panorama-des-urgences-2021/>. [Consulté le 27 août 2023].
6. Chapron A, Brochard M, Rousseau C, Rousseau AC, Brujean M, Fiquet L, et al. Parental reassurance concerning a feverish child: determinant factors in rural general practice. *BMC Fam Pract*. 2018;19:7.
7. Raff T. Evaluation des connaissances des parents sur la fièvre de l'enfant. Thèse de médecine. Université Lille 2 Droit et Santé;2016,69p. [En ligne]. https://pepitem-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2016/2016LIL2M368.pdf. [Consulté le 27 août 2023].
8. Florin AV. Evaluation de l'impact d'une information diffusée par vidéo sur les connaissances des parents quant à la fièvre de l'enfant. Thèse de médecine. Université de Lille; 2018,60p. [En ligne]. https://pepitem-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2018/2018LILUM329.pdf. [Consulté le 27 août 2023].
9. Ismail S, McIntosh M, Kalynych C, Joseph M, Wylie T, Butterfield R, et al. Impact of Video Discharge Instructions for Pediatric Fever and Closed Head Injury from the Emergency Department. *J Emerg Med*. 2016;50:e177-83.
10. Renaud A, Marchand PE. Réalisation de vidéos d'information diffusées en salle d'attente des urgences pédiatriques, sur la conduite à tenir en cas de fièvre ou de gastroentérite. Enquête de satisfaction auprès des parents. Thèse de médecine. Université d'Angers;2017,34p. [En ligne]. <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20137930/2017MCEM8187/fichier/8187F.pdf>. [Consulté le 27 août 2023].
11. Chang LC, Lee PI, Guo NW, Huang MC. Effectiveness of Simulation-Based Education on Childhood Fever Management by Taiwanese Parents. *Pediatr Neonatol*. 2016;57:467-73.

12. Chang LC, Huang MC. Efficacy of Scenario Simulation-Based Education in Relieving Parental Anxiety about Fever in Children. *J Pediatr Nurs*. 2021;61:102-8.
13. Riquet S, Margat A, Giroguy C, Palmaccio G, Bechadergue V, Zakarian C. An educational group talk on caring for a child that prepares families for their discharge from the maternity unit : An evaluation and proposals. *Rech Soins Infirm*. 2019;66-79.
14. Cavagna E. Éducation des parents à la prise en charge de la fièvre chez l'enfant : une évaluation d'action d'éducation pour la santé. Thèse de médecine. Université Claude Bernard;2019,87p. [En ligne]. <https://n2t.net/ark:/47881/m6sf2v9g>. [Consulté le 27 août 2023].
15. Sarrell M, Kahan E. Impact of a single-session education program on parental knowledge of and approach to childhood fever. *Patient Educ Couns*. 2003;51:59-63.
16. carnet_de_sante-num-.pdf. [En ligne]. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet_de_sante-num-.pdf. [Consulté le 27 août 2023].
17. Yoffe SJ, Moore RW, Gibson JO, Dadfar NM, McKay RL, McClellan DA, et al. A reduction in emergency department use by children from a parent educational intervention. *Fam Med*. 2011;43:106-11.
18. Joder M. Fièvre chez l'enfant : comportement des parents et évaluation d'un message de santé. Thèse de médecine. Lyon, France : Université Claude Bernard;2013,122p.
19. Usherwood TP. Development and randomized controlled trial of a booklet of advice for parents. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. 1991;41:58-62.
20. Eloy S. Évaluation d'une fiche d'information et d'orientation sur la fièvre de l'enfant par des parents après passage aux urgences pédiatriques. Thèse de médecine. Université de Nantes; 2021,45p. [En ligne]. <https://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show/show?id=52c50cea-6267-45ff-a449-5b7d4ab4d027>. [Consulté le 27 août 2023].
21. Desrameaux A. Impact des fiches d'informations patient sur la connaissance des parents de la gastro-entérite du nourrisson. Thèse de Médecine. Université de Lille;2019,80p. [En ligne]. https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2019/2019LILUM508.pdf. [Consulté le 27 août 2023].
22. Kelly M, Sahm L, McCarthy S, O'Sullivan R, Mc Gillicuddy A, Shiely F. Randomised controlled trial of an intervention to improve parental knowledge and management practices of fever. *BMC Pediatr*. 2019;19:447.
23. Garet E. Fièvre de l'enfant : connaissances et croyances parentales et leur influence sur le respect des recommandations. Thèse de médecine. Université Lille 2 Droit et Santé;2016,65p. [En ligne]. https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2016/2016LIL2M387.pdf. [Consulté le 27 août 2023].
24. Arias D, Chen TF, Moles RJ. Educational interventions on fever management in children : A scoping review. *Nurs Open*. 2019;6:713-21.
25. Sustersic M, Jeannet E, Cozon-Rein L, Maréchaux F, Genty C, Foote A, et al. Impact of Information Leaflets on Behavior of Patients with Gastroenteritis or Tonsillitis : A Cluster Randomized Trial in French Primary Care. *J Gen Intern Med*. 2013;28:25-31.

ANNEXES

I. Annexe 1 : Fiche conseil : « Mon enfant fait de la fièvre »

MON ENFANT FAIT DE LA FIÈVRE

1 – Fièvre = **PLUS DE 38°C**, vérifiée à l'aide d'un **THERMOMÈTRE**

2 – Même s'il est grognon ou câlin, tant qu'il boit, joue et se comporte comme d'habitude

CE N'EST PAS GRAVE
=> Je le surveille et peux lui donner du Paracétamol (ex : Doliprane®) s'il est inconfortable

À noter : Il se peut qu'il ait moins faim. Dans ce cas, pas de panique, je peux lui proposer à manger par plus petites quantités, mais plus régulièrement et en favorisant son hydratation.

3 –

LES DIX SIGNES INQUIÉTANTS EN CAS DE FIÈVRE :



Il a moins de 3 mois



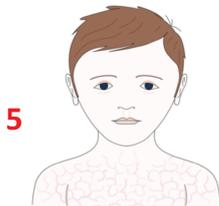
Il est inconscient, présente des convulsions ou fait un malaise ; Je ne peux plus communiquer avec lui



J'ai du mal à le stimuler
Il est somnolent, abattu



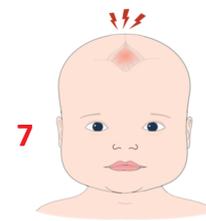
Ses cris sont plus faibles que d'habitude, comme un geignement (plaintif, inconsolable)



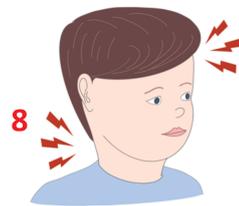
Il est pâle (presque gris) bleu, ou marbré de façon inhabituelle



Des tâches rouges ou violettes sont apparues (qui ne s'effacent pas lorsque j'appuie dessus)



Sa fontanelle (s'il l'a encore) est gonflée, bombante



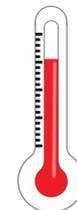
Il a mal à son cou, à sa tête, ou son cou est raide



Il respire avec difficulté, ou trop vite



Ou si quelque chose d'autre m'inquiète



À savoir !
Un chiffre élevé de température n'est pas un signe de gravité !

S'IL PRÉSENTE L'UN DE CES SIGNES, JE VAIS AUX URGENCES OU APPELLE LE 15

4 – **SINON JE PEUX CONSULTER SANS URGENCE MON MÉDECIN TRAITANT, et je :**

- Ne couvre pas trop mon enfant
- Lui propose à boire régulièrement
- Lui donne du Paracétamol (ex : Doliprane®) aux doses prescrites selon le poids, sans dépasser 4 prises par jour
- Et surveille son état

À noter : Si sa fièvre dure 5 jours consécutifs, un avis médical est nécessaire

II. Annexe 2 : Questionnaire pour l'appel initial

Attitude en cas de fièvre chez votre enfant

Situations cliniques :

1/ En rentrant du travail un soir vous récupérez votre fils de 3 ans. Il vient se blottir contre vous et est fatigué. De plus, il n'a mangé que quelques pâtes à midi, bu un peu d'eau et pris la moitié d'une compote au goûter. En rentrant chez vous, il ne touche presque pas à son repas du soir et 5 minutes après, vous le retrouvez endormi dans le canapé. Le trouvant chaud, vous prenez alors sa température : il fait 39,5°C.

Que faites-vous ? :

<input type="checkbox"/> Je vais aux urgences ou appelle le 15.	<input type="checkbox"/> Je lui donne du Doliprane et prends rendez-vous chez mon médecin traitant.	Je me suis senti en difficulté pour répondre <input type="checkbox"/> Oui /// <input type="checkbox"/> Non
---	--	---

2/ En week-end à la mer, votre fille de 11 mois tousse, comme son grand frère il y a quelques jours. Vous lui lavez régulièrement le nez, et continuez de la surveiller. Au soir, la trouvant fatiguée, vous la mettez en pyjama. Sur la table à langer après son lavage de nez, vous constatez qu'elle respire avec gêne, plus vite et plus fort que d'habitude, au point que vous arrivez à deviner ses côtes lorsqu'elle inspire. Vous décidez de prendre sa température, et obtenez alors 39°C. Que faites-vous ? :

<input type="checkbox"/> Je vais aux urgences ou appelle le 15.	<input type="checkbox"/> Je lui donne du Doliprane et prends rendez-vous chez mon médecin traitant.	Je me suis senti en difficulté pour répondre <input type="checkbox"/> Oui /// <input type="checkbox"/> Non
--	---	---

3/ Un après-midi, la crèche de votre fils de 2 ans vous appelle pour vous informer qu'il fait 39°C de température. Ils lui ont donné du Doliprane. Vous le récupérez donc dès que possible, et rentrez à la maison. Il continue de se comporter normalement, de jouer, mais vous recontrôlez sa température 1h après son Doliprane, et il fait désormais 40,4°C.

Que faites-vous ? :

<input type="checkbox"/> Je vais aux urgences ou appelle le 15.	<input type="checkbox"/> Je le découvre et prends rendez-vous chez mon médecin traitant.	Je me suis senti en difficulté pour répondre <input type="checkbox"/> Oui /// <input type="checkbox"/> Non
---	---	---

4/ En vacances, votre fille de 1 an et demi a vomi deux fois dans la journée. Au soir, vous la trouvez fort fatiguée et la mettez donc en pyjama. Sur la table à langer, vous constatez qu'elle a une tâche rouge/violacée sur le dos du pied, comme un hématome alors qu'elle ne s'est pourtant pas cognée, qui n'était pas là il y a 1 heure de ça, et qui ne s'estompe pas lorsque vous appuyez dessus. Vous prenez sa température dans ce contexte, et obtenez alors 39°C.

Que faites-vous ? :

<input type="checkbox"/> Je vais aux urgences ou appelle le 15.	<input type="checkbox"/> Je lui donne du Doliprane et prends rendez-vous chez mon médecin traitant.	Je me suis senti en difficulté pour répondre <input type="checkbox"/> Oui /// <input type="checkbox"/> Non
--	---	---

5/ Au mois de décembre, la crèche de votre fils de 1 an vous appelle pour vous informer qu'il fait de la température. Vous le ramenez à la maison, surveillez sa température, et lui donnez à manger. Il reste entre 38 et 38,6°C tout l'après-midi. Il mange à peine la moitié de son assiette à midi, un demi-biscuit au goûter, et vomit tout son biberon du soir qu'il avait pourtant enfin réussi à avaler d'une traite.

Que faites-vous ? :

<input type="checkbox"/> Je vais aux urgences ou appelle le 15.	<input type="checkbox"/> Je lui donne du Doliprane et prends rendez-vous chez mon médecin traitant.	Je me suis senti en difficulté pour répondre <input type="checkbox"/> Oui /// <input type="checkbox"/> Non
---	--	---

6/ Vous récupérez votre fils de 6 ans à l'école. Il dit avoir mal à la tête mais joue toujours avec ses copains. Une fois à la maison, il s'allonge dans le canapé. Vous allez le voir quelques minutes après, et le trouvant chaud et pâle, vous prenez sa température : il fait 39,5°C. Vous voulez lui donner son Doliprane, mais avez alors beaucoup de mal à le réveiller et le trouvez somnolent.

Que faites-vous ? :

<input type="checkbox"/> Je vais aux urgences ou appelle le 15.	<input type="checkbox"/> Je le surveille et prends rendez-vous chez mon médecin traitant.	Je me suis senti en difficulté pour répondre <input type="checkbox"/> Oui /// <input type="checkbox"/> Non
--	---	---

7/ Votre fille de 1 an vomit et a des diarrhées depuis bientôt 2 jours. Elle reste bien tonique, et boit régulièrement dans son biberon de l'eau et un peu de lait, sans difficulté. Cependant elle vomit à la fin de presque chaque repas, et commence au soir à faire de la température, à 38,4°C.

Que faites-vous ? :

<input type="checkbox"/> Je vais aux urgences ou appelle le 15.	<input type="checkbox"/> Je lui donne du Doliprane, continue de l'hydrater et prends rendez-vous chez mon médecin traitant.	Je me suis senti en difficulté pour répondre <input type="checkbox"/> Oui /// <input type="checkbox"/> Non
---	--	---

8/ Votre premier enfant de 3 ans a chauffé il y a 3 jours de ça suite à un rhume, et tout est rapidement rentré dans l'ordre. Vous commencez tous à avoir un peu mal à la gorge ainsi que le nez qui coule dans la famille, et devez donc aussi moucher plus régulièrement votre nourrisson de 2 mois. Cependant, en prenant sa température (au nourrisson), vous constatez qu'elle fait 38,2°C.

Que faites-vous ? :

<input type="checkbox"/> Je vais aux urgences ou appelle le 15.	<input type="checkbox"/> Je lui donne du Doliprane et prends rendez-vous chez mon médecin traitant.	Je me suis senti en difficulté pour répondre <input type="checkbox"/> Oui /// <input type="checkbox"/> Non
--	---	---

III. Annexe 3 : Questionnaire pour le rappel à 3 mois

Attitude en cas de fièvre chez votre enfant

Situations cliniques :

1/ Votre premier enfant de 3 ans a chauffé il y a 3 jours de ça suite à un rhume, et tout est rapidement rentré dans l'ordre. Vous commencez tous à avoir un peu mal à la gorge ainsi que le nez qui coule dans la famille, et devez donc aussi moucher plus régulièrement votre nourrisson de 2 mois. Cependant, en prenant sa température (au nourrisson), vous constatez qu'elle fait 38,2°C.

Que faites-vous ? :

<input type="checkbox"/> Je vais aux urgences ou appelle le 15.	<input type="checkbox"/> Je lui donne du Doliprane et prends rendez-vous chez mon médecin traitant.	Je me suis senti en difficulté pour répondre <input type="checkbox"/> Oui /// <input type="checkbox"/> Non
--	---	---

2/ Au mois de décembre, la crèche de votre fils de 1 an vous appelle pour vous informer qu'il fait de la température. Vous le ramenez à la maison, surveillez sa température, et lui donnez à manger. Il reste entre 38 et 38,6°C tout l'après-midi. Il mange à peine la moitié de son assiette à midi, un demi-biscuit au goûter, et vomit tout son biberon du soir qu'il avait pourtant enfin réussi à avaler d'une traite.

Que faites-vous ? :

<input type="checkbox"/> Je vais aux urgences ou appelle le 15.	<input type="checkbox"/> Je lui donne du Doliprane et prends rendez-vous chez mon médecin traitant.	Je me suis senti en difficulté pour répondre <input type="checkbox"/> Oui /// <input type="checkbox"/> Non
---	--	---

3/ En week-end à la mer, votre fille de 11 mois tousse, comme son grand frère il y a quelques jours. Vous lui lavez régulièrement le nez, et continuez de la surveiller. Au soir, la trouvant fatiguée, vous la mettez en pyjama. Sur la table à langer après son lavage de nez, vous constatez qu'elle respire avec gêne, plus vite et plus fort que d'habitude, au point que vous arrivez à deviner ses côtes lorsqu'elle inspire. Vous décidez de prendre sa température, et obtenez alors 39°C. Que faites-vous ? :

<input type="checkbox"/> Je vais aux urgences ou appelle le 15.	<input type="checkbox"/> Je lui donne du Doliprane et prends rendez-vous chez mon médecin traitant.	Je me suis senti en difficulté pour répondre <input type="checkbox"/> Oui /// <input type="checkbox"/> Non
--	---	---

4/ En rentrant du travail un soir vous récupérez votre fils de 3 ans. Il vient se blottir contre vous et est fatigué. De plus, il n'a mangé que quelques pâtes à midi, bu un peu d'eau et pris la moitié d'une compote au goûter. En rentrant chez vous, il ne touche presque pas à son repas du soir et 5 minutes après, vous le retrouvez endormi dans le canapé. Le trouvant chaud, vous prenez alors sa température : il fait 39,5°C.

Que faites-vous ? :

<input type="checkbox"/> Je vais aux urgences ou appelle le 15.	<input type="checkbox"/> Je lui donne du Doliprane et prends rendez-vous chez mon médecin traitant.	Je me suis senti en difficulté pour répondre <input type="checkbox"/> Oui /// <input type="checkbox"/> Non
---	--	---

5/ En vacances, votre fille de 1 an et demi a vomi deux fois dans la journée. Au soir, vous la trouvez fort fatiguée et la mettez donc en pyjama. Sur la table à langer, vous constatez qu'elle a une tâche rouge/violacée sur le dos du pied, comme un hématome alors qu'elle ne s'est pourtant pas cognée, qui n'était pas là il y a 1 heure de ça, et qui ne s'estompe pas lorsque vous appuyez dessus. Vous prenez sa température dans ce contexte, et obtenez alors 39°C.

Que faites-vous ? :

<input type="checkbox"/> Je vais aux urgences ou appelle le 15.	<input type="checkbox"/> Je lui donne du Doliprane et prends rendez-vous chez mon médecin traitant.	Je me suis senti en difficulté pour répondre <input type="checkbox"/> Oui /// <input type="checkbox"/> Non
--	---	---

6/ Votre fille de 1 an vomit et a des diarrhées depuis bientôt 2 jours. Elle reste bien tonique, et boit régulièrement dans son biberon de l'eau et un peu de lait, sans difficulté. Cependant elle vomit à la fin de presque chaque repas, et commence au soir à faire de la température, à 38,4°C.

Que faites-vous ? :

<input type="checkbox"/> Je vais aux urgences ou appelle le 15.	<input type="checkbox"/> Je lui donne du Doliprane, continue de l'hydrater et prends rendez-vous chez mon médecin traitant.	Je me suis senti en difficulté pour répondre <input type="checkbox"/> Oui /// <input type="checkbox"/> Non
---	--	---

7/ Vous récupérez votre fils de 6 ans à l'école. Il dit avoir mal à la tête mais joue toujours avec ses copains. Une fois à la maison, il s'allonge dans le canapé. Vous allez le voir quelques minutes après, et le trouvant chaud et pâle, vous prenez sa température : il fait 39,5°C. Vous voulez lui donner son Doliprane, mais avez alors beaucoup de mal à le réveiller et le trouvez somnolent.

Que faites-vous ? :

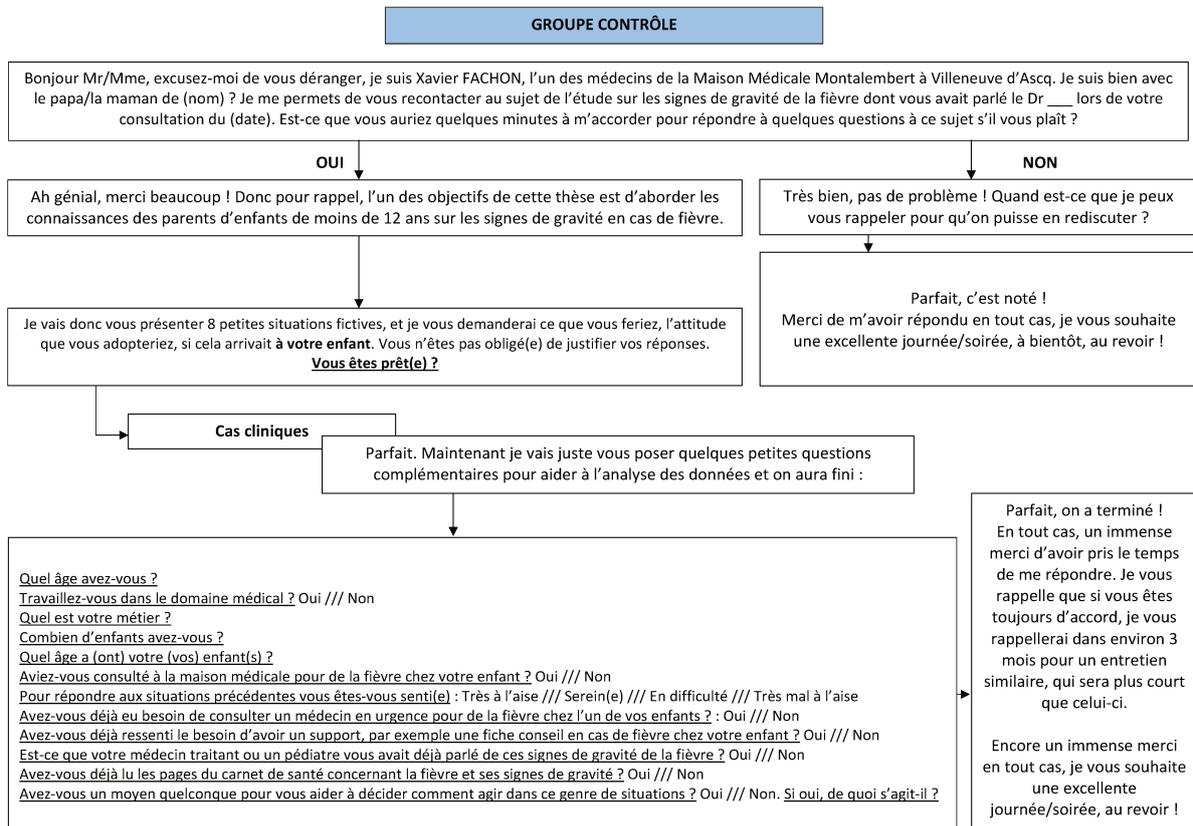
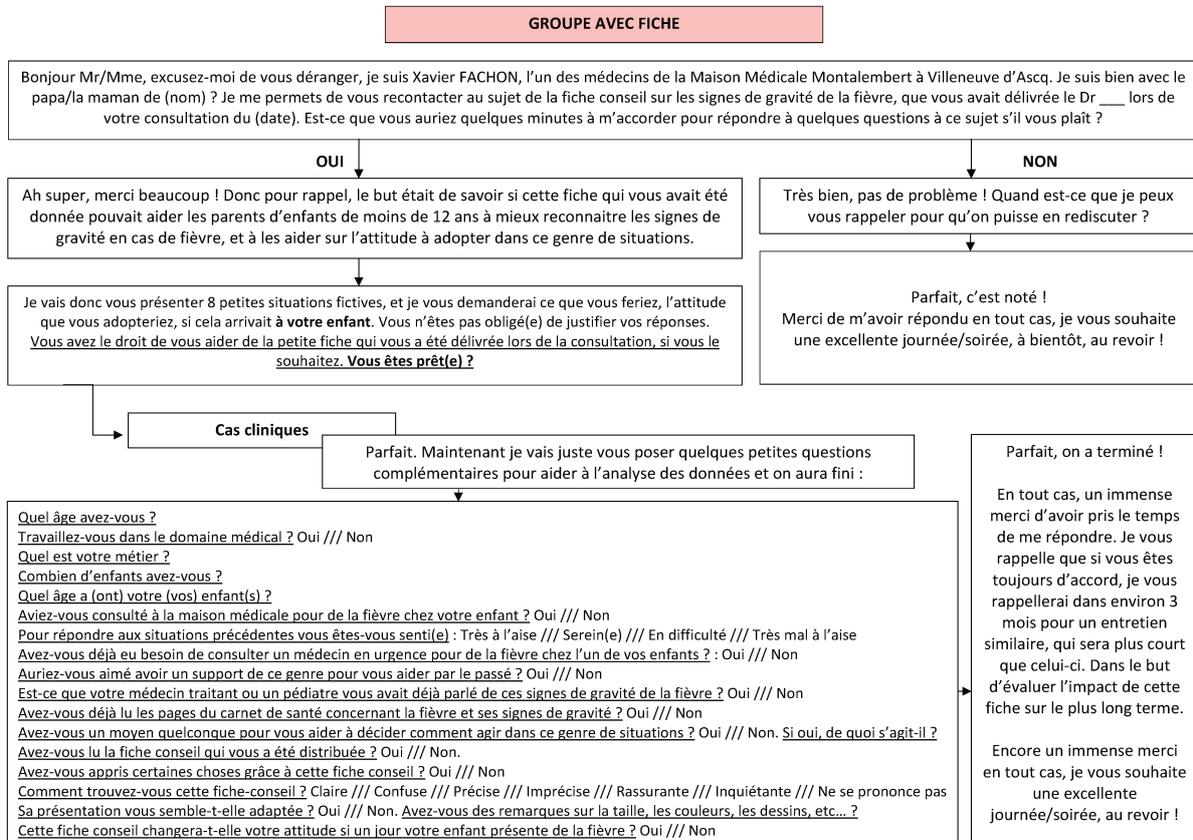
<input type="checkbox"/> Je vais aux urgences ou appelle le 15.	<input type="checkbox"/> Je le surveille et prends rendez-vous chez mon médecin traitant.	Je me suis senti en difficulté pour répondre <input type="checkbox"/> Oui /// <input type="checkbox"/> Non
--	---	---

8/ Un après-midi, la crèche de votre fils de 2 ans vous appelle pour vous informer qu'il fait 39°C de température. Ils lui ont donné du Doliprane. Vous le récupérez donc dès que possible, et rentrez à la maison. Il continue de se comporter normalement, de jouer, mais vous reconstrôlez sa température 1h après son Doliprane, et il fait désormais 40,4°C.

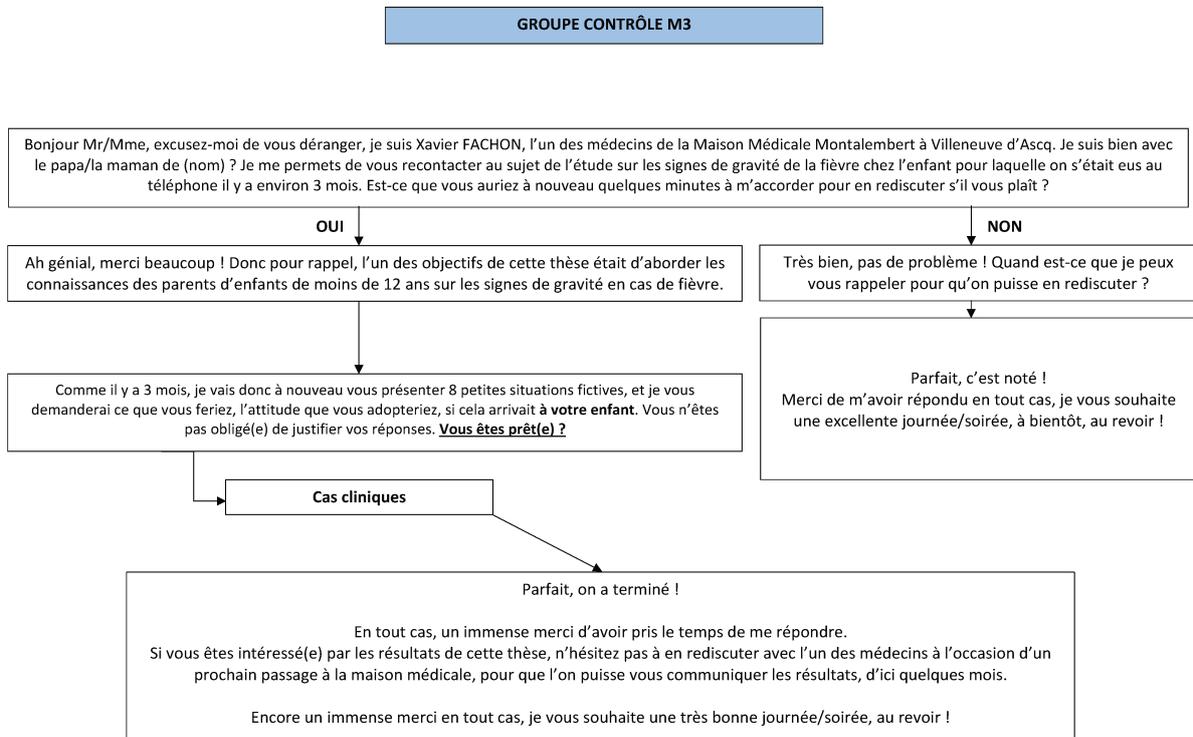
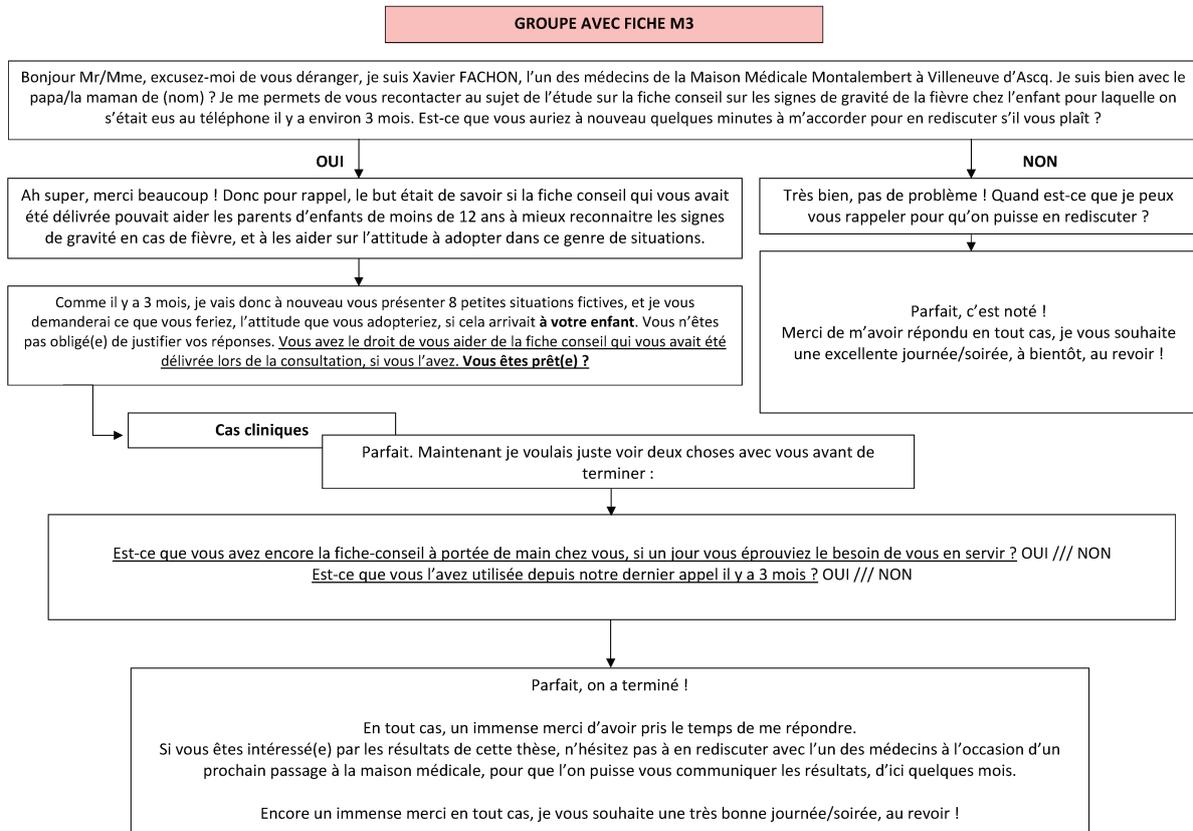
Que faites-vous ? :

<input type="checkbox"/> Je vais aux urgences ou appelle le 15.	<input type="checkbox"/> Je le découvre et prends rendez-vous chez mon médecin traitant.	Je me suis senti en difficulté pour répondre <input type="checkbox"/> Oui /// <input type="checkbox"/> Non
---	---	---

IV. Annexe 4 : Algorithmes pour les entretiens à 10 jours



V. Annexe 5 : Algorithmes pour les entretiens à 3 mois



AUTEUR : Nom : FACHON

Prénom : Xavier

Date de soutenance : Mercredi 4 Octobre 2023 à 16h00

**Titre de la thèse : Reconnaissance des signes de gravité de la fièvre chez l'enfant :
évaluation d'une fiche conseil à l'usage des parents**

Thèse - Médecine - Lille 2023

Cadre de classement : Médecine générale

DES + FST/option : Médecine générale

Mots-clés : Fièvre, éducation pour la santé, accès à l'information, parents, prévention

Résumé :

Contexte : La fièvre est le symptôme le plus fréquent chez l'enfant. Il s'agit cependant d'un signe très inquiétant pour les parents, ce qui en fait l'un des motifs de consultation les plus fréquents en médecine générale. Certaines études ont montré l'efficacité de supports d'information tels que des fiches conseil, ainsi que l'intérêt que leur portent les parents. Une fiche conseil détaillant les signes de gravité de la fièvre a ainsi été proposée.

Objectif : Montrer que la délivrance d'une fiche conseil sur les signes de gravité de la fièvre aux parents d'enfants de moins de 12 ans permet d'améliorer leurs recours aux soins en cas de fièvre.

Méthode : Cette étude comportementale, observationnelle, prospective et comparative a été menée au sein de la Maison Médicale Montalembert à Villeneuve-d'Ascq au moyen d'entretiens téléphoniques individuels à 10 jours puis à 3 mois de l'inclusion. Le critère de jugement principal était le « Score de bonnes réponses » obtenu à des situations fictives de fièvre, par des parents d'enfants de moins de 12 ans ayant reçu ou non la fiche conseil en consultation.

Résultats : Sur 102 parents interrogés, 51 avaient reçu la fiche conseil. Les parents l'ayant reçue ont obtenu un score significativement meilleur que les parents ne l'ayant pas reçue lors du rappel à 10 jours ($p < 0,001$). Cette différence s'efface lors du rappel à 3 mois ($p = 0,133$). Les parents n'ayant pas reçu la fiche ne se sont pas sentis significativement plus en difficulté que les parents l'ayant reçue ($p = 0,765$ à 10 jours ; $p = 0,839$ à 3 mois). Les parents du groupe « Fiche » faisaient part d'un ressenti très favorable vis-à-vis de la fiche conseil, et beaucoup déclaraient que celle-ci était susceptible de modifier leur gestion future d'une fièvre chez leur enfant.

Conclusion : La délivrance d'une fiche conseil sur les signes de gravité de la fièvre chez l'enfant permet d'aider les parents à mieux distinguer les situations de fièvre pouvant être prises en charge par le médecin généraliste de celles justifiant une admission aux urgences.

Composition du Jury :

Président :

Monsieur le Professeur François DUBOS

Asseseurs :

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

Madame le Docteur Caroline CIESIELCZYK

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Marie MOUKAGNI-PELZER