

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2021

N° 2021-129

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Sarah ELOY

Présentée et soutenue publiquement le *23/09/2021*

EVALUATION D'UNE FICHE D'INFORMATION ET D'ORIENTATION SUR LA FIEVRE DE L'ENFANT PAR DES PARENTS APRES PASSAGE AUX URGENCES PEDIATRIQUES

Président : Madame le Professeur CHRISTELE GRAS LE GUEN

Directeur de thèse : Madame le Professeur ELISE LAUNAY

A Madame le Professeur Elise LAUNAY, merci de m'avoir fait découvrir une partie du métier de chercheur à travers ce travail. Merci de m'avoir apporté les valeurs d'un médecin tels que la patience, l'application et la curiosité médicale.

A Madame le Professeur Christèle GRAS LE GUEN, merci de présider ce jury, ainsi que la formation que vous m'avez apporté dans le service de pédiatrie générale.

A Madame le Docteur Marion PAPIN, merci de m'avoir fait découvrir le métier de médecin généraliste ainsi que de médecin de famille et de m'avoir apporté les valeurs indispensables d'un médecin telles que le sens relationnel, l'écoute, l'esprit de synthèse.

A Monsieur le Professeur Cédric RAT, merci de m'avoir transmis le sens de la rigueur scientifique, de la communication ainsi que de m'avoir fait percevoir les différents rôles du médecin généraliste.

Cette thèse est dédiée au Dr Raymond Gosselin.

Un grand merci à tous de m'avoir soutenue pendant ces années d'étude.

Merci à mes parents qui m'ont permis de faire ces études et qui m'ont toujours soutenue dans mes projets ; également à ma famille (Marthe et Françoise, François, Michael, Jean et Denise... ainsi que le reste de la famille de loin ou de près).

Merci à mes amis de longue date qui me sont les plus chers, de la cité de la Muette (Jean Baptiste, Florian, Antoine, Arthur, Valentin, Julia, Charlotte, Juliette, Florient, Nolan), du lycée (Mathilde, Nina, Hugo, Jean Charles, Arnaud), de la faculté d'Amiens (Noémie, Sabrina, Joy, Marion, Léa, Constance, Henri, Thomas). A mes amis de Fontenay le Comte

(Nina, Ariane, Erwan, Astrid, Marie et Marie, Thomas, Louis, Angèle), des Sables d'Olonne (les colocataires Paul et Marie, les internes de neurochirurgie Fanny et Claire, Estelle), Benoît, Marie et Gérard, Murielle. Merci à Anne Laroche pour son amitié, ainsi que d'avoir corrigé cette thèse.

Merci à tous les médecins qui ont pu me soutenir tout au long de mon parcours, Elena la première, merci à l'équipe de réanimation du CHU d'Amiens, aux équipes médicales et paramédicales des urgences des Sables, à l'équipe de pédiatrie communautaire (en particulier Morgane et Morgane), à Hakima, aux co-internes de pédiatrie et du second stage de médecine polyvalente. Merci à mes différents maîtres de stage de médecine générale qui m'ont formée dans la meilleure des spécialités de médecine (Frédéric, Cédric, Marion P, Pascal, Marion L et Nicolas).

Merci à Anouck et Gontran Leroy d'avoir pris le temps de relire et corriger cette thèse.

Abréviations :

AINS : anti inflammatoire non stéroïdien

CNIL : commission nationale informatique et libertés

CPP : comité de protection des personnes

CRF : cahier de recueil formalisé

EIQ : écart interquartile

GEA : gastro-entérite aiguë

IBS : infection bactérienne sévère

OMA : otite moyenne aiguë

PCT : procalcitonine

Table des matières

1	Introduction :.....	5
2	Matériel et méthode :	7
2.1	Type d'étude :.....	7
2.2	Résumé de l'étude DIAFEVERCHILD:	8
2.3	Sélection des participants pour l'étude d'évaluation de la fiche :	9
2.4	Description de la fiche d'information.....	9
2.5	Déroulé de l'étude :	10
2.6	Recueil des données :	11
2.7	Analyse statistique :	11
2.8	Ethique	11
3	Résultats	12
3.1	Participants.....	12
3.1.1	Diagramme de flux	12
3.1.2	Description de la population analysée (tableaux 1 et 2).....	13
3.2	Résultats de l'évaluation de la fiche (Tableau 3).....	16
3.3	Objectifs secondaires :	18
3.3.1	Mise en pratique des conseils et utilisation de la fiche	18
3.3.2	Se sentir moins inquiet face à la fièvre	18
3.3.3	Sources d'information	18
3.3.4	Congruence des conseils avec les habitudes des parents/apprentissage de nouvelles choses	19
3.3.5	Utilisation dans le futur et intérêt pour une application	19
3.3.6	Evaluation de la consistance interne entre les questions	21
3.3.7	Comparaison de la population ayant lu la fiche / n'ayant pas lu la fiche.....	21
3.3.8	Comparaison de la population analysée aux non répondants.....	22
4.1	Discussion	22

1 Introduction :

La fièvre de l'enfant est l'un des symptômes les plus fréquents de consultation médicale, définie par une température corporelle de 38.0°C ou plus, elle engendre une inquiétude parentale importante ainsi qu'un nombre non négligeable de consultations aux urgences (représentant 5% des motifs de consultation pédiatriques, environ 270 000 passages par an)(1) et dans les cabinets de médecine libérale dans le but d'obtenir d'une part une réassurance ainsi que des conseils sur la fièvre et sa prise en charge d'autre part. Ces consultations sont à l'origine de coûts de santé ainsi qu'un encombrement des structures médicales, hospitalières ou de ville.

Malgré les dernières recommandations (2)(3)(4) (5) les connaissances parentales de la fièvre restent non optimales. Plusieurs études ont évalué ces connaissances en termes de définition de la fièvre (incorrecte dans 40% des cas), de technique de mesure de la température (40 % des parents utilisent le toucher), de prise en charge de la fièvre que ce soit médicamenteuse (40 % utilisent des AINS) ou physique (réhydratation dans 35 % des cas et diminution de la température de la pièce dans 20%)(6). De plus le traitement médicamenteux expose à des risques de surdosage (7) et il est parfois mis en place de façon systématique en traitement de l'hyperthermie, sans lien avec le confort de l'enfant. ((6,8–26))

On note une inhomogénéité des recommandations de la définition et de la prise en charge de la fièvre, ce qui entraîne un questionnement plus important chez les parents (2–5,21,27–30). De plus, la fièvre fait l'objet de représentations parentales fortes. En effet, depuis les années 1980,

il persiste une forte croyance selon laquelle la fièvre serait dangereuse pour l'enfant autrement que par un phénomène de déshydratation ou convulsions. Ainsi parmi les craintes des parents face à la fièvre de leur enfant, on note celle de la survenue de dommages cérébraux, cécité, handicap mental ou encore brûlures internes. C'est ce qu'on appelle la phobie de la fièvre (25,31,31-40). Cette discordance entre les représentations parentales et les connaissances médicales peut être à l'origine de consultations répétées si cette phobie n'est pas explicitée et « déconstruite » lors de la consultation.

De plus, si la fièvre, a le plus souvent une origine virale donc sans gravité, les infections bactériennes sévères (IBS) restant rares, il persiste des décès dues à la non reconnaissance (ou aux délais diagnostiques et thérapeutiques trop importants) des IBS (infections du tractus urinaire, ou infections invasives telles que la méningite ou la septicémie) (38-40). Il a par ailleurs été montré que les signes initiaux des IBS comme la méningococcémie sont souvent peu spécifiques surtout chez le jeune enfant. Devant une fièvre isolée de l'enfant, il faut alors pouvoir prodiguer un message rassurant tout en informant des signes de surveillance d'une éventuelle IBS sous-jacente. L'enjeu est donc de ne pas majorer l'inquiétude parentale ni de totalement banaliser la fièvre, ce qui demande des compétences certaines en communication, ainsi que des éléments de surveillance claires et spécifiques pour les parents.

L'information sur la fièvre provient essentiellement des médecins libéraux, suivis des pharmaciens ainsi que des para-médicaux. La famille constitue également une bonne source d'information ainsi que de nombreux sites internet.(18,19,21,41-43). De nombreuses études rapportent des manques de connaissance vis-à-vis de la fièvre, sa prise en charge, entraînant une inquiétude parentale. (6,8-24,44-47). Néanmoins peu de mesures éducatives ont fait l'objet d'évaluation. Certaines ont été réalisées en phase aiguë d'une infection (9,16,34,41,42,42,48-52), d'autres ont été réalisées lors de consultation de suivi systématique de l'enfant (18,18-20,48). Ces études ont pour certaines été interventionnelles avec différents types de support :

flyers (48,53,53–57), vidéo (58–62) , consultation médicale avec information orale (42,49,63–65). Dans la majorité des cas, ces études avaient pour but d'évaluer une amélioration des connaissances parentales, sans systématiquement évaluer la qualité et la compréhensibilité du support. D'autre part elles étaient uni centriques pour la majorité d'entre elles ce qui pouvait rendre moins généralisable les résultats obtenus.

L'enjeu est donc de concevoir des informations et des conseils de prise en charge sur la fièvre du nourrisson, pour permettre d'une part une réassurance des parents, de réduire les consultations inutiles (incluant également les consultations en dehors des ouvertures des cabinets médicaux) tout en éduquant sur les signes inquiétants pouvant apparaître secondairement dans une approche où ces signes d'IBS peuvent être absents initialement. Cela s'inscrit dans un contexte où les IBS sont devenues rares avec la vaccination.

L'objectif principal de cette étude était donc d'évaluer la clarté des informations contenues dans une fiche sur la fièvre de l'enfant et leur compréhensibilité par les parents. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la mise en pratique de la fiche par les parents et son effet sur l'inquiétude parentale.

2 Matériel et méthode :

2.1 Type d'étude :

Nous avons conduit une étude transversale de type enquête sur un questionnaire réalisée par téléphone. Il s'agissait d'une étude ancillaire à l'étude DIAFEVERCHILD (66) dont l'objectif était d'évaluer la compréhensibilité et l'utilisation d'une fiche d'information (Annexe 1) remise au décours d'un passage aux urgences pour les enfants inclus dans l'étude DIAFEVERCHILD.

2.2 Résumé de l'étude DIAFEVERCHILD:

L'étude DIAFEVERCHILD est une étude multicentrique, prospective randomisée en grappe dans 21 centres d'urgences pédiatriques hospitalières françaises et un CH suisse.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer, chez l'enfant fébrile de moins de 3 ans sans point d'appel et se présentant aux urgences, la non infériorité de l'utilisation d'un arbre de décision clinique (prenant en compte l'âge de l'enfant, ses antécédents, ses symptômes et éventuellement le résultat de la bandelette urinaire et de la PCT) en terme de morbi-mortalité ; ainsi que la supériorité de cet arbre de décision concernant la diminution d'utilisation des antibiotiques dans le cadre d'une fièvre nue du nourrisson.

L'étude originelle se déroulait en 2 phases : une première période d'inclusion avec les soins usuels (11/2018-05/2019) et une seconde avec la mise en place de l'algorithme (soins usuels versus algorithme de prise en charge) (11/2019-en cours).

Tous les enfants âgés de 6 jours à 3 ans, nés après 36 SA, admis aux urgences pour fièvre sans point d'appel (fièvre nue) et dont les parents ou représentants légaux parlaient le français et disposaient d'une couverture par l'assurance maladie étaient éligibles.

Les autres critères d'inclusion dans l'étude DIAFEVERCHILD étaient : une maladie ayant débutée dans les 8 jours précédents l'arrivée aux urgences, avec une température supérieure à 38.0°C, ainsi que l'absence de point d'appel infectieux (comme une OMA, ou une GEA par exemple) après un examen par un médecin investigateur du centre (médecin sénior).

Les patients exclus étaient les suivants : les patients ayant reçu une antibiothérapie dans les 48 dernières heures avant admission, les patients avec des signes de gravité justifiant une antibiothérapie rapide (sepsis), les patients ayant une immunosuppression, les enfants déjà venus aux urgences pour l'affection en cours.

Les enfants étaient inclus après consentement de leurs parents. Quel que soit le bras d'intervention, une fiche d'information sur la fièvre devait être remise aux parents par le

médecin investigateur du centre à la sortie des urgences ou de l'hospitalisation le cas échéant. C'est cette fiche qui a fait l'objet de l'évaluation présentée dans cette étude (Annexe 1).

Dans le cadre de l'étude DIAFEVERCHILD, les parents des enfants inclus étaient invités à compléter un questionnaire de suivi en ligne ou rappelés par un.e technicien.ne de recherche à 15 jours de leur passage aux urgences à la recherche de complications (nouvelles consultations, hospitalisation).

2.3 Sélection des participants pour l'étude d'évaluation de la fiche :

L'inclusion des patients s'est déroulée durant la phase 2 de l'étude DIAFEVERCHILD, depuis 11/2019 jusqu'à l'extraction des données en 04/2021. Les centres participant à l'étude ancillaire ici présentée étaient Nantes (n°1), Créteil (n°2), Toulouse (n°4), Lille St Vincent (n°9), Brest (n°11), Grenoble (n°18), Angers (n°19). Pour ces centres, des questions concernant la fiche d'information ont été ajoutées au questionnaire de J15 (Annexe 2). Tous les patients de ces centres sortant des urgences pédiatriques et d'hospitalisation quel que soit le bras du protocole étaient donc inclus dans l'étude d'évaluation de la fiche. Les parents qui n'ont pu être joints au téléphone ont été secondairement exclus de notre étude.

2.4 Description de la fiche d'information

La fiche avait été élaborée par le Dr Gaëlle Hubert, pédiatre urgentiste (Annexe 1). Une première version avait été élaborée en s'inspirant des consignes du site Courlygonnes (67), pour ensuite être revue et augmentée avec l'avis de sociétés savantes, de pédiatres libéraux et hospitaliers, et d'un panel d'une dizaine de médecins généralistes et de parents.

Elle était composée d'informations sur la définition de la fièvre, sa méthode de mesure, son traitement physique et médicamenteux (savoir quand l'initier). Puis des consignes de surveillance étaient données pour que les parents puissent suivre l'évolution de la maladie à la maison. Elles étaient présentées sous forme de feux de circulation qui indiquaient la conduite à

tenir selon les symptômes de l'enfant (rouge : signes motivant un appel du 15 ; orange : devant faire reconsulter rapidement un médecin libéral/les urgences ; vert : signes normaux accompagnant la fièvre). Des pictogrammes illustraient cette fiche. Enfin 3 liens de conseils sur la prise en charge de la fièvre étaient proposés pour plus d'information : HAS , Courlygon , m.pédia (5).

2.5 Déroulé de l'étude :

Notre questionnaire d'évaluation de la fiche avait été greffé sur le questionnaire initial de J15 de l'étude DIAFEVERCHILD. Ce questionnaire était composé de 13 questions portant sur l'évaluation de la fiche, en termes qualitatifs sur sa compréhensibilité, sa facilité d'utilisation et sa mise en pratique. Les questions ont été élaborées et modifiées en vue d'obtenir une compréhensibilité de niveau collège 6^{ième} à 5^{ième} selon l'indice de Flesch (68). Les réponses étaient sous forme d'échelle de Likert à 5 propositions : pas du tout d'accord, pas d'accord, sans opinion, d'accord, tout à fait d'accord. Certaines questions étaient dichotomiques : lecture de la fiche, explication de la fiche par le médecin ayant examiné l'enfant, mise en pratique des conseils de la fiche après le passage aux urgences (si oui, quels conseils avaient été appliqués). Il comportait également des questions ouvertes sur : les nouvelles connaissances acquises, les notions en désaccord de ce qu'ils faisaient / pensaient avant, l'existence d'autres sources d'informations sur la fièvre (en dehors des sources proposées par notre questionnaire).

Lors du rappel téléphonique, l'extension du questionnaire comportait en première question la lecture ou non de la fiche. Si elle n'avait pas été lue il était proposé aux parents de la recevoir par courriel ou bien par voie postale et un nouvel appel était effectué 14 jours après.

2.6 Recueil des données :

L'extraction des données des cahiers de recueil formalisé (CRF) électronique s'est déroulée en avril 2021 regroupant les informations telles que : l'âge et le sexe de l'enfant, le niveau d'éducation du père et de la mère ainsi que leurs âges, le rang dans la fratrie, une éventuelle consultation médicale avant l'arrivée aux urgences (urgences, médecin de garde, médecin généraliste, sage-femme), la prise en charge de la fièvre (médicamenteuse ou mesures physiques); ainsi que l'inquiétude parentale à la sortie des urgences pédiatriques et enfin les réponses aux questions concernant l'évaluation de la fiche d'information.

2.7 Analyse statistique :

L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel STATA v15. Nous avons procédé à une analyse descriptive avec les pourcentages et le leur intervalle de confiance à 95% (IC 95%) pour les variables catégorielles ainsi que les médianes et leur intervalle interquartile (1^{er} et 3^{ème}) (IQR). Les comparaisons des variables catégorielles ont été faites par test du Chi2 ou t exact test de Fischer selon les effectifs et par test de Mann-Withney ou Kruskal-Wallis pour les variables quantitatives. Une valeur de $p < 0,05$ était considérée comme statistiquement significative. Nous avons également testé la cohésion interne des questions concernant la compréhensibilité de la fiche avec le score *alpha* de Cronbach. Un score *alpha* supérieur à 0,7 était jugé satisfaisant.

2.8 Ethique

L'étude a obtenu l'accord du CPP (protocole 38-2018) et de la CNIL (méthodologie de référence MR-001). Le consentement se basait sur la non opposition orale pour cette partie de l'étude.

3 Résultats

3.1 Participants

3.1.1 Diagramme de flux

Durant la période d'inclusion, 931 patients ont été inclus dans l'étude DIAFEVERCHILD dans les centres concernés par notre extension de questionnaire ; parmi lesquels 600 patients ont répondu au rappel J15 (331 n'ont pas répondu soit 35 %). Dans 64 % des cas la fiche avait été lue (n = 385). Parmi les parents qui n'avaient pas lu la fiche, 36 ont accepté de recevoir la fiche secondairement (24 ont finalement répondu au questionnaire après rappel). Les raisons pour lesquelles la fiche n'avait pas été lue était principalement la non remise (51%), pas de temps pour la lecture (42%), pas d'intérêt (5%). Le total des participants est donc de 409 (**Figure 1**).

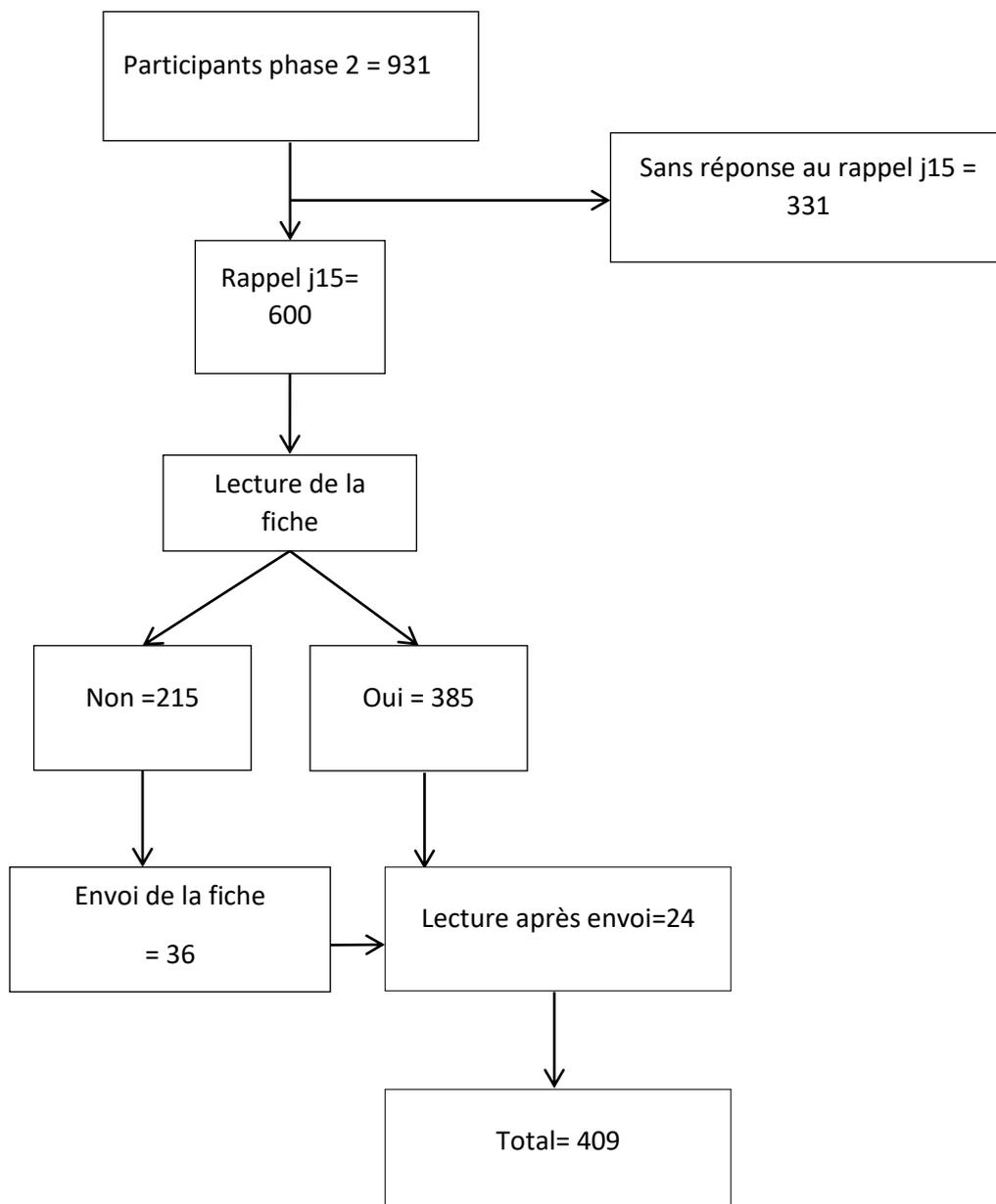


Figure 1 : diagramme de flux de l'étude

3.1.2 Description de la population analysée (tableaux 1 et 2)

La population analysée ayant lu la fiche d'information était composée de 53% de garçons. L'âge moyen était de 8,5 mois avec une médiane à 5 mois et un EIQ à 1-14 mois. L'âge moyen des mères et pères était respectivement de 31,4 et 33,3 ans avec une médiane de 31 et 33 ans. Les participants de notre étude étaient majoritairement originaires du centre promoteur (Nantes : 55% [IC95% 51-61]), avec une répartition allant de 3 à 11 % de l'effectif total pour les 6 autres centres.

Le niveau d'éducation des parents était élevé, les niveaux collège étaient peu représentés. Les patients étaient majoritairement les 1^{er} dans le rang de la fratrie (45,6%) ou second (40%).

Concernant les habitudes de prise en charge de la fièvre, les parents avaient mis en place dans 80% des cas des mesures de lutte contre la fièvre (chez 60% d'entre eux des mesures physiques et 62 % d'entre eux des mesures médicamenteuses). La prise de température était principalement par voie rectale (65% [IC95% 60-70]) et axillaire (23% [IC95% 19-27]). Les parents avaient bénéficié d'une consultation médicale avant l'arrivée aux urgences pour la moitié d'entre eux (50,6% [IC95% 46-56]) et 16% de ce groupe avait consulté 2 ou 3 fois avant leur arrivée. Après une consultation, la moitié des parents étaient orientés vers le domicile (50,26%).

L'inquiétude parentale au moment de l'arrivée aux urgences était estimée modérée pour 65% des parents et sévère pour 19,4 % d'entre eux. Concernant l'évaluation de l'état de leur enfant de 0 à 10 (0 pas d'inquiétude, 10 inquiétude maximale), les états jugés inquiétants de leur enfant (de 8 à 10) étaient de 15,1%, les états de 5 à 7 concernaient 46,4% de la population, les états moins inquiétants de 2 à 4 concernaient 31,19 % des patients.

Tableau 1 : Données sociodémographiques des 409 enfants et de leurs parents

	Médiane	EIQ	
Age médian des enfants (mois) N=409	5	1-14	
Age père (ans) N = 350	33	30-37	
Age mère N = 358	31	28-34	
	Effectif	%	IC 95%
Genre des enfants N=409			
<i>Fille</i>	190	46,5	41- 51
<i>Garçon</i>	219	53,6	49-58
Numéro du centre N=409			
<i>1</i>	228	55,7	51-61
<i>2</i>	15	3,7	2-06
<i>4</i>	40	9,8	7-13
<i>9</i>	11	2,7	1-04
<i>11</i>	46	11,2	8-14
<i>18</i>	32	7,8	5-10
<i>19</i>	37	9,0	6-12
Niveau d'éducation du père N=257			
<i>I et II</i>	127	49,4	43-56
<i>III</i>	32	12,4	8-16
<i>IV</i>	44	17,1	12-22
<i>V</i>	42	16,3	11-21
<i>V bis et VI</i>	12	4,6	2-7
Niveau d'éducation de la mère N=279			
<i>I et II</i>	142	50,9	45-57
<i>III</i>	53	18,9	14-24
<i>IV</i>	37	13,2	09-17
<i>V</i>	40	14,3	10-18
<i>V bis et VI</i>	7	2,5	1-5
Rang dans la fratrie N=333			
<i>1</i>	152	45,6	41-51
<i>2</i>	133	40	35-45
<i>3</i>	38	11,4	8-14
<i>4</i>	8	2,4	1-4
<i>5</i>	1	0,3	0-1
<i>6</i>	0	0	0
<i>7</i>	1	0,3	0-1

Tableau 2 : Prise en charge avant l'arrivée aux urgences/ niveau d'inquiétude parentale

	Nombre	%	IC 95% ($\alpha=0.05$)
Etat de l'enfant selon les parents de 0-10 N= 374			
0	11	2,9	1-5
1	15	4,01	2-6
2	34	9,09	6-12
3	42	11,2	8-14
4	41	10,9	8-14
5	63	16,8	13-21
6	50	13,3	10-16
7	61	16,3	12-20
8	33	8,8	6-12
9	17	4,5	2-7
10	7	1,8	0-3
Inquiétude parentale N=360			
Absente	56	15,5	12-20
Modérée	234	65,0	6-7
Sévère	70	19,4	15-23
Mesures de lutte contre la fièvre N= 397			
Oui	317	79,8	76-84
Non	80	20,1	16-24
Mesures médicamenteuses			
	249		
Mesures non médicamenteuses			
	241		
Type de mesure de la température N = 379			
Tympanique	13	3,4	2-5
Rectale	246	64,9	60-70
Axillaire	89	23,4	19-27
Cutanée (flash)	27	7,1	4-10
Autre	4	1,06	0-2
Consultation avant admission N=401			
Non	198	49,3	44-54
Oui	203	50,6	46-56
Si oui (N=203)			
1 consultation	168	82,7	78-88
2 consultations	30	14,7	10-20
3 consultations	5	2,4	0-4

3.2 Résultats de l'évaluation de la fiche (Tableau 3)

La fiche d'information a été jugée compréhensible par les parents pour 97,3% d'entre eux (2 réponses manquantes sur 409), 57,3% étaient tout à fait d'accord (IC 95% [52-62]) et 40% étaient d'accord (IC95% [35-45]), 0,75% des réponses étaient négatives (difficile à comprendre) et 2% neutre. La fiche d'information et d'orientation n'avait pas été expliquée dans 39,1 % des cas (IC 95% [34-44]), et lorsque la fiche avait été expliquée, 86,5 % étaient satisfaits ou très satisfaits des explications (IC 95% [82-90]). Le fait que la fiche ait été expliquée n'était pas associé de façon significatif avec la compréhensibilité de celle-ci ($p=0,325$) sa facilité d'utilisation ($p=0,315$), sur le sentiment d'exhaustivité ($p=0,171$) et sur l'apprentissage de nouvelles choses ($p=0,132$). On ne retrouvait pas non plus de différence significative sur l'intention d'utiliser la fiche dans le futur ($p=0,163$). (Annexe 3)

Tableau 3 : Evaluation de la fiche

	Nombre	%	IC 95%
Explication de la fiche N=404			
Oui	246	60,89	56-66
Non	158	39,11	34-44
Satisfaction des consignes données N=245			
Très insatisfaite	13	5,31	2-8
Insatisfaite	3	1,22	0-2
Neutre	17	6,94	4-10
Satisfaite	127	51,84	46-58
Très satisfaite	85	34,69	29-41
Mise en pratique de conseils N=408			
Non	163	39,95	35-45
Non applicable	93	22,79	19-27
Oui	152	37,25	32-42
Conseils appliqués (N=132)			
Dévêtir	43		
Hydratation	24		
Ne s'en rappeler pas	20		
Surveillance du comportement	11		
Surveillance de la température	9		
Prise de paracétamol	8		
Orientation selon l'état de l'enfant	8		
Nouvelle consultation si la fièvre dure plus de 5 jours	2		
Moins inquiet			
Se laver les mains	2		
Ne pas donner de bain	1		
Doliprane selon température	3		
Tous	3		
Ne pas forcer l'enfant à manger	3		
Utiliser des gants d'eau tiède	1		
Mode de prise de la température	1		
Degré de la fièvre non corrélée à l'importance des symptômes	2		
Seuil température considérée comme de la fièvre	1		
Faciles à comprendre N=407			
Tout à fait d'accord	233	57,25	52-62
D'accord	163	40,05	35-45
Sans opinion	8	1,97	1-3
Pas d'accord	2	0,49	3-7
Pas du tout d'accord	1	0,25	1-4
Faciles à appliquer N=407			
Tout à fait d'accord	216	53,07	48-58
D'accord	168	41,28	36-46
Sans opinion	16	3,93	2-6
Pas d'accord	6	1,47	0-2
Pas du tout d'accord	1	0,25	0-1
Détaillés et précis N=406			
Tout à fait d'accord	179	44,09	39-49
D'accord	184	45,32	4-5
Sans opinion	20	4,93	3-7
Pas d'accord	22	5,42	3-7
Pas du tout d'accord	1	0,25	0-1

3.3 Objectifs secondaires :

3.3.1 Mise en pratique des conseils et utilisation de la fiche

Les conseils avaient été mis en pratique dans 37,3% des cas (IC95% [32-42]). La facilité d'application des conseils était jugée pour 94% des cas positivement (d'accord ou tout à fait d'accord) (IC 95% [92-96]). Le fait d'hydrater l'enfant (N=24) de le dévêtir (N= 43), et surveiller son comportement (N=11) ont été les conseils les plus mis en pratique par les parents suite à la lecture de la fiche. Concernant la facilité d'utilisation de la fiche, 94,3 % l'avaient trouvé facile à appliquer alors qu'ils étaient 39,9 % à ne pas avoir utilisé la fiche (22,8 % n'ont pas eu besoin de l'utiliser, 37,3% l'ont utilisé). Ils étaient 89,3% à la juger exhaustive (IC95% [86-92]).

3.3.2 Se sentir moins inquiet face à la fièvre

La lecture de la fiche avait permis à 57% des parents de se sentir moins inquiet face à la fièvre de leur enfant (IC 95% [52-62]) avec 37,5% d'accord et 19,6% tout à fait d'accord. (27,4 % n'étaient pas d'accord ou pas du tout d'accord).

3.3.3 Sources d'information

La source d'information la plus citée par les parents était le médecin traitant de l'enfant (74% IC95% [69-79]), venait ensuite le carnet de santé, internet et l'entourage dans des proportions équivalentes (respectivement 20,8 % ; 19,2% ; 18,9%). Les autres professionnels de santé représentaient quant à eux 14,4% des réponses (IC95% [10-18]). Lorsque la source d'information était internet, les sites évoqués par les parents étaient : Doctissimo(n=11), Ameli(n=3), Google (2), le carnet de santé (2), YouTube (2), Parents.fr (2) (puis plusieurs sites : bébé maman, baby center, formation secourisme, la boîte rose, la maison des maternelles, Magic maman, naître et grandir, passeport santé).

3.3.4 Congruence des conseils avec les habitudes des parents/apprentissage de nouvelles choses

Les parents estimaient déjà connaître pour une majorité les consignes de surveillance au moment de la lecture de la fiche (84% d'accord ou tout à fait d'accord), cela était cohérent avec l'apprentissage de nouvelles notions qui semblait peu importante (ils considèrent n'être pas du tout d'accord pour 14,8%, pas d'accord pour 41,2 %). Certains comportements et habitudes ont été modifiés suite à la lecture de la fiche (N=39) : ne pas donner un bain, dévêtir l'enfant, définir le seuil de température indiquant de la fièvre, la fiabilité faible de la prise de température en frontale, surveiller les selles, la notion que la température est bénéfique dans la lutte contre l'infection, appeler le 18.

3.3.5 Utilisation dans le futur et intérêt pour une application

Une majorité de parents avait répondu favorablement au développement d'une application sur la fièvre de l'enfant comprenant des conseils et élaborée par des pédiatres (63,2% IC95% [58-68]) (31,6% d'accord ; 31,6% tout à fait d'accord). Néanmoins 71% ont déclaré qu'ils utiliseraient la fiche lors d'un nouvel épisode de fièvre dans le futur (IC95% [67-75]).

Tableau 4 : Modification des habitudes et intérêt pour une application

Modification des habitudes	N	%	IC 95% ($\alpha=0.05$)
Moins inquiet face à la fièvre N=405			
Tout à fait d'accord	80	19,75	16-24
D'accord	152	37,53	33-42
Sans opinion	62	15,31	11-19
Pas d'accord	86	21,23	17-25
Pas du tout d'accord	25	6,17	4-08
Conseils en accord avec avant N=407			
Tout à fait d'accord	124	30,47	26-35
D'accord	220	54,05	49-59
Sans opinion	22	5,41	3-07
Pas d'accord	36	8,85	6-12
Pas du tout d'accord	5	1,23	0-2
Apprentissage de nouvelles choses N=405			
Tout à fait d'accord	36	8,89	6-12
D'accord	93	22,96	19-27
Sans opinion	49	12,1	9-15
Pas d'accord	167	41,23	36-46
Pas du tout d'accord	60	14,81	11-19
Utilisation de la fiche dans le futur N=406			
Tout à fait d'accord	119	29,31	25-33
D'accord	173	42,61	38-47
Sans opinion	41	10,1	7-13
Pas d'accord	54	13,3	10-16
Pas du tout d'accord	19	4,68	3-7
Source d'information sur la fièvre N=406			
Non	94	23,2	19-27
Oui (plusieurs réponses possibles)	312	76,9	73-81
* <i>Médecin traitant</i>	232	74,4	69-79
* <i>Carnet de santé</i>	65	20,8	16-26
* <i>Internet</i>	61	19,2	15-23
* <i>Entourage</i>	59	18,9	15-23
* <i>Autre professionnel de santé</i>	45	14,4	10-18
* <i>Réseaux sociaux</i>	4	1,3	0-2
Intérêt pour une application N=405			
Tout à fait d'accord	128	31,6	27-36
D'accord	128	31,6	27-36
Sans opinion	36	8,9	6-12
Pas d'accord	73	18,02	14-22
Pas du tout d'accord	40	9,9	7-13

3.3.6 Evaluation de la consistance interne entre les questions

Les coefficients *alpha* de Cronbach sont présentés ci-dessous (**Tableau 5**). On note une bonne cohérence dans les réponses avec des valeurs d'alpha entre 0,66 (facile à appliquer-détaillés et précis) et 0,792 (facile à comprendre-facile à appliquer).

Tableau 5 : cohérence des réponses

<i>Questions associées</i>	<i>Alpha de Cronbach</i>
Facile à comprendre – facile à appliquer	0,792
Facile à comprendre- détaillés et précis	0,7144
Facile à appliquer- détaillés et précis	0,66
Facile à comprendre-facile à appliquer- détaillés et précis	0,7982
Facile à comprendre-facile à appliquer-détaillés et précis - moins inquiet face à la fièvre de l'enfant	0,7278
Facile à comprendre-facile à appliquer- détaillés et précis - utilisation dans le futur :	0,7643
Facile à comprendre-facile à appliquer-détaillés et précis - moins inquiet face à la fièvre de l'enfant -utilisation dans le futur	0,7444

3.3.7 Comparaison de la population ayant lu la fiche / n'ayant pas lu la fiche

La comparaison de notre population étudiée (fiche d'information lue) à la population n'ayant pas lu la fiche retrouvait une différence significative ($p < 0,001$) du centre d'origine ainsi que sur le rang dans la fratrie ($p = 0,02$). Il n'existait pas de différence significative sur l'âge de l'enfant ($p = 0,19$) ni sur les âges des mères ($p = 0,90$) et des pères ($p = 0,24$).

La profession et le niveau d'étude chez les pères étaient comparables. Il existait une différence significative sur le niveau d'étude des mères entre celles ayant lu la fiche et celles ne l'ayant pas lu ($p = 0,045$), ainsi que sur leurs professions ($p = 0,030$). Le fait de lire la fiche n'était pas associé à l'explication ou non par le médecin des urgences ($p = 0,079$). Pour ceux qui recevront la fiche secondairement, la raison pour laquelle elle n'avait pas été lue initialement était : la non remise de la fiche (83%), l'absence de temps (17%). (Annexe 4).

3.3.8 Comparaison de la population analysée aux non répondants

Les populations étaient comparables en termes d'âge ($p=0,16$ pour l'âge des enfants ; $p=0,16$ pour les mères ; $p=0,36$ pour les pères). Une différence significative était retrouvée entre la population analysée et les non répondants pour le rang dans la fratrie de l'enfant ($p=0,020$). Il existait une différence significative également sur la répartition du niveau d'étude des mères ($p=0,021$) et des professions des mères ($p=0,047$). Le taux de réponses différait de façon significative entre les centres ($p<0,001$). (Annexe 5).

4.1 Discussion

Dans cette enquête multicentrique évaluant la compréhensibilité et la clarté d'une fiche d'information sur la fièvre à destination des parents, nous avons mis en évidence que 97,3% des parents répondants ont jugé favorablement la clarté des informations et conseils contenus dans la fiche. Parmi eux 57,3% étaient tout à fait d'accord (IC 95% [52-62]) et 40% étaient d'accord (IC95% [35-45]). La facilité d'application des conseils était évaluée comme positive dans 94,3% des réponses (41,3% d'accord et 53,1% tout à fait d'accord) (IC95% [92-96]); 71% ont déclaré qu'ils utiliseraient la fiche lors d'un nouvel épisode de fièvre ultérieurement (IC95% [67-75]) ; 89,3% des parents l'ont trouvée exhaustive.

On peut expliquer ces bons résultats par le fait que l'élaboration de la fiche a été optimisée par une phase de discussion avec un panel de médecins pédiatres et généralistes ainsi que d'un panel réduit de parents. La révision par différents professionnels de santé nous a permis d'apporter différentes expertises en termes de communication avec les parents, y compris les médecins généralistes recevant beaucoup d'enfants fébriles au cabinet; les sociétés savantes de pédiatrie ont eu une expertise scientifique représentant une sécurité et une fiabilité importante. La relecture de la fiche par un panel d'une dizaine de parents à quant à elle permis probablement d'optimiser la lisibilité de cette fiche d'information sur la fièvre avant soumission à un plus

large panel de parents comme dans l'étude ci présente. Une autre hypothèse pourrait être que notre panel de parents n'est pas représentatif de l'ensemble des parents et que nous avons pu sélectionner parmi les parents répondants des parents particulièrement intéressés par cette fiche et également des parents inquiets donc plus susceptible de lire la fiche. Ainsi, lorsque nous avons comparé la population des parents ayant lu et évalué la fiche à celle des parents non répondants d'une part et des parents n'ayant pas lu la fiche d'autre part, il apparaît que les populations étaient différentes sur le niveau d'éducation et la profession des mères, un niveau d'éducation élevé était associé à une réponse positive à la lecture de la fiche (69). Nous pouvons donc imaginer qu'il existe un biais de sélection, les mères ayant lu la fiche ayant un niveau d'étude plus élevé ce qui facilite la compréhension de la fiche, ce biais se retrouve dans plusieurs études ((8,16,20,20,42)). La mère était l'accompagnant le plus représenté, ceci est décrit dans la majorité des études (80% des accompagnants (65)). Il existait également une différence significative sur le centre d'origine entre les parents ayant lu la fiche comparativement à ceux ne l'ayant pas lu, ainsi qu'une différence significative entre les parents ayant lu la fiche et les non répondants. Nous avons vu que l'explication de la fiche par un médecin n'influçait pas le fait de lire la fiche ou non par la suite. Une explication de cette différence sur le centre d'origine n'est donc pas influencée par le facteur « explication de la fiche », mais on peut imaginer que certains médecins ont pu inciter les parents à lire la fiche après leur passage aux urgences. Le rang de l'enfant au sein de la fratrie était différent entre les parents ayant lu la fiche comparativement à ceux ne l'ayant pas lu (de même que la comparaison lue avec les non répondants). Nous pouvons supposer que les parents ont été plus intéressés par la fiche s'il s'agissait de leur premier enfant, car ils ne disposent pas d'expérience dans le passé de fièvre d'un enfant, donc d'avantage demandeurs d'informations.

La forme du questionnaire peut être à l'origine d'un biais de déclaration car il se présente sous la forme d'échelles de Lickert, les questions ouvertes étant peu nombreuses. On peut émettre

l'hypothèse que cela peut influencer la réponse à la lecture de la fiche, peut-être dans le fait de se sentir « moins compétent » si l'on ne lit pas la fiche. En revanche l'échelle de Lickert de cette étude comportait une réponse « neutre » permettant aux parents de ne pas se positionner s'ils étaient indécis. Une des limites comporte également un biais de sélection intra hospitalière, nous pouvons donc penser que les nourrissons ont à l'origine des symptômes plus grave que ceux vus en libéral.

Une explication de la fiche par le médecin des urgences était donnée aux parents au moment de la sortie, 61% des parents (IC95% [56-66]) ont reçu ces explications et nous n'avons paradoxalement pas observé d'association entre le fait d'avoir eu des explications de la fiche par le médecin aux urgences et la bonne compréhension de la fiche. Ce résultat peut être inexact par le biais de mémorisation mais le délai de 15 jours est relativement court ce qui minimise ce biais. Il est toutefois possible que les explications étant données en contexte de « stress » aux urgences, les parents ne se souviennent pas les avoir reçues. Une autre explication pourrait être que la fiche est suffisamment informative et claire pour dispenser d'une explication associée. Cependant, ce résultat est à interpréter avec prudence car il est basé sur la déclaration des parents et l'application des conseils de la fiche à long terme n'a pas été évaluée. Nous n'avons en effet pas mesuré l'impact de cette fiche sur les consultations ultérieures pour fièvre en comparaison à un groupe témoin comme cela existe dans d'autres études ((41,42,48,50,55–57,63,64,70–75)). Par ailleurs, même s'il apparaît dans notre étude que l'explication de la fiche par le médecin n'a pas influencé les parents pour la compréhension de la fiche, plusieurs études nous montrent que les parents sont demandeurs d'explications en complément d'une information écrite ou vidéo ((55,55,60,61,76–79)). Notre étude retrouve des résultats similaires aux précédents travaux concernant les sources d'information des parents avec le médecin traitant étant le plus cité (74%) (19,41,43,49). Vient ensuite l'entourage qui apparaît important (18,9%) traduisant l'importance du partage d'expérience avec les proches et va dans le sens

également d'une lecture plus importante lorsque la fratrie est petite (expérience personnelle et partagée). D'ailleurs, la majorité des parents déclaraient que la fiche était en accord avec ce qu'ils savaient et qu'ils n'avaient pas appris de nouvelles choses, laissant à penser d'une bonne éducation à la santé concernant la fièvre. Cependant la majorité des parents l'ont trouvé utile comme en témoigne le résultat à la question ouverte concernant la mise en pratique des conseils. Les conseils les plus souvent cités étaient le fait de dévêtir l'enfant, hydrater et surveiller le comportement. Également dans une moindre mesure la surveillance de la température et l'orientation selon les symptômes présentés par l'enfant (feu tricolore). D'autres études ont pu relever les conseils les plus retenus par les parents : l'hydratation ((11,43,53) , ne pas donner de bain ((53), surveiller le comportement (63). Un autre paramètre pourrait interférer dans l'évaluation de cette fiche, car les parents ont reçu à ce moment une évaluation clinique de leur enfant, cela pourrait avoir une conséquence sur le résultat à la question « la fiche vous a-t-elle rendu moins inquiet face à la fièvre de l'enfant ? » ; on peut imaginer que la fiche n'aurait pas le même effet sans examen clinique préalable de l'enfant qui est à lui seul un facteur de réassurance parentale comme certaines études l'ont mis en lumière (18,23,49).

Nous pouvons nous questionner sur la pertinence du support papier pour l'éducation des parents devant l'émergence des sources numériques. Une application sur la fièvre de l'enfant (29) a été élaborée en Suisse par des professionnels de santé. Elle comporte des conseils médicaux (également par la localisation des hôpitaux pédiatriques les plus proches avec la possibilité d'informer les équipes médicales de l'arrivée de l'enfant) sur la fièvre et sur d'autres thématiques, cette application a été mise au point par 2 professeurs de pédiatrie (Annick Galetto-Lacour, Alain Gervaix). On y retrouve des explications sur la fièvre, sa prise en charge et les signes d'alertes devant amener à consulter, mais aussi sur les différents thérapeutiques et comment les administrer. Lorsque nous avons posés la question aux parents sur leur intérêt pour une telle application adaptée en France, 63,2% d'entre eux se sont déclarés intéressés. Un autre

type de support serait d'intégrer notre fiche d'information au carnet de santé (celui-ci comporte actuellement peu de données (2)) ; la rendant accessible à tous , et au mieux expliquée par un soignant. Il a été mis en lumière dans certaines études avec entretiens semi dirigés (42,65) que les parents souhaitent recevoir les informations de façon plus précoce, dès la sortie de la maternité. L'avantage serait d'avoir une explication en dehors d'un contexte aigu, avec la possibilité de relire la fiche à la maison. Une alternative serait d'avoir la démonstration de la fiche lors d'une visite de suivi systématique de l'enfant. A côté des moyens cités ci-dessus, le support vidéo semble être plus efficace et souvent mieux apprécié par les parents comparativement au support papier (58,59,80,81). Un site internet néerlandais créé par l'Association néerlandaise de service d'urgence ainsi que l'université médicale d'Erasmus (Haaglanden) prodigue à la fois des conseils écrits ainsi qu'une vidéo explicative (notamment la démonstration du test au verre de montre lors d'une éruption purpurique) (62)

Conclusion :

Plusieurs études se sont attelées à évaluer les connaissances parentales sur la fièvre du nourrisson et sa prise en charge ; ainsi que l'amélioration des connaissances suite à des interventions (document informatif, vidéo). Notre étude démontre que la fiche distribuée en sortie des urgences pédiatriques est intelligible pour 97,3% de la population étudiée. Le médecin traitant, le carnet de santé, Internet et l'entourage représentant les principales sources d'information, il serait intéressant de pouvoir généraliser cette fiche pour une éventuelle intégration au carnet de santé, une application disponible sur smartphone validée par les sociétés savantes de pédiatrie, de médecine générale et des parents.

Bibliographie

1. PANORAMA_FEDORU_2019_VF_compressed.pdf [Internet]. [cité 21 juill 2021]. Disponible sur: http://www.fedoru.fr/wp-content/uploads/2021/01/PANORAMA_FEDORU_2019_VF_compressed.pdf
2. Carnet de santé numérique [Internet]. [cité 5 avr 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet_de_sante-num-.pdf
3. Vidal: recommandations sur la fièvre de l'enfant [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/fievre-de-l-enfant-3758.html#d5182e132>
4. Fièvre chez l'enfant | ameli.fr | Assuré [Internet]. 2021 [cité 5 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/fievre-enfant>; <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/fievre-enfant/comprendre-gerer-fievre-enfant>
5. Prise en charge de la fièvre chez l'enfant HAS [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2016 [cité 5 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2674284/fr/prise-en-charge-de-la-fievre-chez-l-enfant
6. Bertille N, Purssell E, Hjelm N, Bilenko N, Chiappini E, de Bont EGPM, et al. Symptomatic Management of Febrile Illnesses in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis of Parents' Knowledge and Behaviors and Their Evolution Over Time. *Front Pediatr*. 5 oct 2018;6:279.
7. Ulinski T, Guignon V, Dunan O, Bensman A. Acute renal failure after treatment with non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Eur J Pediatr*. mars 2004;163(3):148-50.
8. Hiller MG, Caffery MS, Bégué RE. A Survey About Fever Knowledge, Attitudes, and Practices Among Parents. *Clin Pediatr (Phila)*. juin 2019;58(6):677-80.
9. Urbane UN, Likopa Z, Gardovska D, Pavare J. Beliefs, Practices and Health Care Seeking Behavior of Parents Regarding Fever in Children. *Med Kaunas Lith*. 22 juill 2019;55(7).
10. Cohee LMS, Crocetti MT, Serwint JR, Sabath B, Kapoor S. Ethnic Differences in Parental Perceptions and Management of Childhood Fever. *Clin Pediatr (Phila)*. mars 2010;49(3):221-7.
11. Thompson AP, Le A, Hartling L, Scott SD. Fading confidence: A qualitative exploration of parents' experiences caring for a febrile child. *J Clin Nurs*. mars 2020;29(5-6):964-73.
12. Kurt F, Beğde F, Oğuz S, Tekin D, Suskan E. How Important Are Parental Age and Educational Level in Nonurgent Admissions to the Pediatric Emergency Department? *Pediatr Emerg Care*. sept 2020;36(9):414-8.

13. Bertille N, Fournier-Charrière E, Pons G, Chalumeau M. Managing fever in children: a national survey of parents' knowledge and practices in France. *PloS One*. 2013;8(12):e83469.
14. 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.
15. Chiappini E, Parretti A, Becherucci P, Pierattelli M, Bonsignori F, Galli L, et al. Parental and medical knowledge and management of fever in Italian pre-school children. *BMC Pediatr*. déc 2012;12(1):97.
16. Villarejo-Rodríguez MG, Rodríguez-Martín B. Parental Approach to the Management of Childhood Fever: Differences between Health Professional and Non-Health Professional Parents. *Int J Environ Res Public Health*. 20 oct 2019;16(20).
17. Nijman RG, Oostenbrink R, Dons EM, Bouwhuis CB, Moll HA. Parental Fever Attitude and Management: Influence of Parental Ethnicity and Child's Age. *Pediatr Emerg Care*. mai 2010;26(5):339-42.
18. Kelly M, Sahn LJ, Shiely F, O'Sullivan R, de Bont EG, Mc Gillicuddy A, et al. Parental knowledge, attitudes and beliefs on fever: a cross-sectional study in Ireland. *BMJ Open*. juill 2017;7(7):e015684.
19. Wilson KM, Beggs SA, Zosky GR, Bereznicki LR, Bereznicki BJ. Parental knowledge, beliefs and management of childhood fever in Australia: A nationwide survey. *J Clin Pharm Ther*. oct 2019;44(5):768-74.
20. Chefdeville E, Pages AS. Parental management of children's fever: Assessment of knowledge and use of health record information. *Arch Pediatr Organe Off Soc Francaise Pediatr*. juill 2019;26(5):275-81.
21. Kumar D, Sanders L, Perrin EM, Lokker N, Patterson B, Gunn V, et al. Parental Understanding of Infant Health Information: Health Literacy, Numeracy, and the Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT). *Acad Pediatr*. sept 2010;10(5):309-16.
22. Villarejo-Rodríguez MG, Rodríguez-Martín B. Parents' and primary caregivers' conceptualizations of fever in children: A systematic review of qualitative studies. *Nurs Health Sci*. juin 2020;22(2):162-70.
23. Bertille N, Pons G, Khoshnood B, Fournier-Charrière E, Chalumeau M. Symptomatic Management of Fever in Children: A National Survey of Healthcare Professionals' Practices in France. *Simeoni U, éditeur. PLOS ONE*. 23 nov 2015;10(11):e0143230.
24. Godfrey CM, Harrison MB, Lysaght R, Lamb M, Graham ID, Oakley P. The experience of self-care: a systematic review: *JBI Database Syst Rev Implement Rep*. 2010;8(34):1351-460.
25. Hamilton JL, John SP. Evaluation of fever in infants and young children. *Am Fam Physician*. 15 févr 2013;87(4):254-60.

26. Morrell DC, Avery AJ, Watkins CJ. Management of minor illness. *Br Med J*. 15 mars 1980;280(6216):769-71.
27. Sellier-Joliot C, Di Patrizio P, Minary L, Boivin J-M. [AFSSAPS 2005 recommendations have not modified the way parents take care of children's fever]. *Arch Pediatr Organe Off Soc Francaise Pediatr*. avr 2015;22(4):352-9.
28. Doctissimo. Fièvre : les bons gestes [Internet]. Doctissimo. [cité 5 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.doctissimo.fr/html/grossesse/bebe/bobos/articles/8699-fievre-enfant-que-faire-vf.htm>
29. Mon enfant est malade | HUG - Hôpitaux Universitaires de Genève [Internet]. [cité 5 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.hug.ch/application-mobile/mon-enfant-est-malade>
30. Organisation mondiale de la santé. Pocket book of hospital care for children: guidelines for the management of common illnesses with limited resources. Geneva: World Health Organization; 2005.
31. Sakai R, Okumura A, Marui E, Nijima S, Shimizu T. Does fever phobia cross borders? The case of Japan: Fever phobia in Japan. *Pediatr Int*. févr 2012;54(1):39-44.
32. Wallenstein MB, Schroeder AR, Hole MK, Ryan C, Fijalkowski N, Alvarez E, et al. Fever literacy and fever phobia. *Clin Pediatr (Phila)*. mars 2013;52(3):254-9.
33. Bertille N, Purssell E, Corrad F, Chiappini E, Chalumeau M. Fever phobia 35 years later: did we fail? *Acta Paediatr*. janv 2016;105(1):9-10.
34. Elkon-Tamir E, Rimon A, Scolnik D, Glatstein M. Fever Phobia as a Reason for Pediatric Emergency Department Visits: Does the Primary Care Physician Make a Difference? *Rambam Maimonides Med J*. 30 janv 2017;8(1):e0007.
35. Crocetti M, Moghbeli N, Serwint J. Fever Phobia Revisited: Have Parental Misconceptions About Fever Changed in 20 Years? *PEDIATRICS*. 1 juin 2001;107(6):1241-6.
36. Schmitt BD. Fever phobia: misconceptions of parents about fevers. *Am J Dis Child* 1960. févr 1980;134(2):176-81.
37. Purssell E, Collin J. Fever phobia: The impact of time and mortality – A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. avr 2016;56:81-9.
38. Launay E, Gras-Le Guen C, Martinot A, Assathiany R, Blanchais T, Mourdi N, et al. Suboptimal care in the initial management of children who died from severe bacterial infection: A population-based confidential inquiry: *Pediatr Crit Care Med*. janv 2010;1.
39. Urbane UN, Gaidule-Logina D, Gardovska D, Pavare J. Value of parental concern and clinician's gut feeling in recognition of serious bacterial infections: a prospective observational study. *BMC Pediatr*. déc 2019;19(1):219.
40. Launay E, Gras-Le Guen C, Martinot A, Assathiany R, Martin E, Blanchais T, et al. Why children with severe bacterial infection die: a population-based study of determinants and

consequences of suboptimal care with a special emphasis on methodological issues. *PloS One*. 2014;9(9):e107286.

41. Ong TE-L, Kua JPH, Yiew LJ, Lim ZY, Thia MXH, Sung SC. Assessing effective methods to educate caregivers on fever in children aimed at reducing input to the paediatric emergency department. *Proc Singap Healthc*. juin 2018;27(2):73-84.
42. Sarrell M, Kahan E. Impact of a single-session education program on parental knowledge of and approach to childhood fever. *Patient Educ Couns*. sept 2003;51(1):59-63.
43. Kelly M, Sahm LJ, Shiely F, O'Sullivan R, McGillicuddy A, McCarthy S. Parental knowledge, attitudes and beliefs regarding fever in children: an interview study. *BMC Public Health*. 11 juill 2016;16:540.
44. Polat M, Kara S, Tezer H, Tapırsız A, Derinöz O, Dolgun A. A current analysis of caregivers' approaches to fever and antipyretic usage. *J Infect Dev Ctries*. 13 mars 2014;8(3):365-71.
45. Siponen S, Ahonen R, Kiviniemi V, Hämeen-Anttila K. Association between parental attitudes and self-medication of their children. *Int J Clin Pharm*. févr 2013;35(1):113-20.
46. de Bont EGPM, Bohnen JMHA, Verhoeven R, Dinant G-J, Cals JWJ. Childhood fever: Parental paracetamol administration after consulting out-of-hours general practice. *Eur J Gen Pract*. déc 2020;26(1):21-5.
47. van der Werf ET, Redmond NM, Turnbull S, Thornton H, Thompson M, Little P, et al. Parental and clinician agreement of illness severity in children with RTIs: secondary analysis of data from a prospective cohort study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. avr 2019;69(681):e236-45.
48. Maat JS van de, Klink D van, Hartogh-Griffioen A den, Schmidt-Cnossen 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*. 1 août 2018;8(8):e021697.
49. 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.
50. Kelly M, Sahm L, McCarthy S, O'Sullivan R, McGillicuddy A, Shiely F. Randomised controlled trial of an intervention to improve parental knowledge and management practices of fever. *BMC Pediatr*. 19 nov 2019;19(1):447.
51. Kim M, Yune S, Chang S, Jung Y, Sa SO, Han HW. The Fever Coach Mobile App for Participatory Influenza Surveillance in Children: Usability Study. *JMIR MHealth UHealth*. 17 oct 2019;7(10):e14276.
52. Burokienė S, Raistenskis J, Burokaitė E, Čerkauskienė R, Usonis V. Factors Determining Parents' Decisions to Bring Their Children to the Pediatric Emergency Department for a Minor Illness. *Med Sci Monit Int Med J Exp Clin Res*. 28 août 2017;23:4141-8.
53. Considine J, Brennan D. Effect of an evidence-based education programme on ED discharge advice for febrile children. *J Clin Nurs*. sept 2007;16(9):1687-94.

54. 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.
55. Schnellinger M, Finkelstein M, Thygeson MV, Vander Velden H, Karpas A, Madhok M. Animated video vs pamphlet: comparing the success of educating parents about proper antibiotic use. *Pediatrics*. mai 2010;125(5):990-6.
56. Usherwood TP. Development and randomized controlled trial of a booklet of advice for parents. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. févr 1991;41(343):58-62.
57. Rasmussen F. Mothers' benefit of a self-care booklet and a self-care educational session at child health centres. *Soc Sci Med* 1982. 1989;29(2):205-12.
58. 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*. mars 2016;50(3):e177-83.
59. Bloch SA, Bloch AJ. Using Video Discharge Instructions as an Adjunct to Standard Written Instructions Improved Caregivers' Understanding of Their Child's Emergency Department Visit, Plan, and Follow-Up: A Randomized Controlled Trial. *Pediatr Emerg Care*. juin 2013;29(6):699-704.
60. Renaud Amélie, Marchand Pierre Edouard. 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. [Faculté de médecine]: Angers; 2017.
61. Florin AV. Evaluation de l'impact d'une information diffusée par vidéo sur les connaissances des parents quant à la fièvre de l'enfant. [Faculté de médecine Henri Warembourg]: Lille; 2018.
62. SEH Zorg – Zorg na bezoek aan de Spoedeisende Hulp [Internet]. [cité 28 juin 2021]. Disponible sur: <https://sehzorg.nl/>
63. 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.
64. Stockwell MS, Catalozzi M, Larson E, Rodriguez C, Subramony A, Andres Martinez R, et al. Effect of a URI-Related Educational Intervention in Early Head Start on ED Visits. *PEDIATRICS*. 1 mai 2014;133(5):e1233-40.
65. Arias D, Chen TF, Moles RJ. Educational interventions on fever management in children: A scoping review. *Nurs Open*. juill 2019;6(3):713-21.
66. Hubert G, Launay E, Fournial CF, Chauvire-Drouard A, Lorton F, Tavernier E, et al. Assessment of the impact of a new sequential approach to antimicrobial use in young febrile children in the emergency department (DIAFEVERCHILD): a French prospective multicentric controlled, open, cluster-randomised, parallel-group study protocol. *BMJ Open*. 1 août 2020;10(8):e034828.

67. Votre-enfant-a-de-la-fièvre.pdf [Internet]. [cité 21 juill 2021]. Disponible sur: <https://pediasante.net/wp-content/uploads/2018/06/Votre-enfant-a-de-la-fi%C3%A8vre.pdf>
68. Ménoni V, Lucas N, Leforestier JF, Dimet J, Doz F, Chatellier G, et al. The readability of information and consent forms in clinical research in France. *PloS One*. 11 mai 2010;5(5):e10576.
69. Diplôme le plus élevé selon l'âge et le sexe | Insee [Internet]. 2021 [cité 7 août 2021]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416872#graphique-figure1_radio1
70. Young M, Watts R, Wilson S. The effectiveness of educational strategies in improving parental/caregiver management of fever in their child: a systematic review: *JBI Database Syst Rev Implement Rep*. 2010;8(21):826-68.
71. Davis T, Meyer A, Beste J, Batish S. Decreasing Low Acuity Pediatric Emergency Room Visits with Increased Clinic Access and Improved Parent Education. *J Am Board Fam Med JABFM*. août 2018;31(4):550-7.
72. Sharifirad G, Najimi A, dolatabadi N, Esmaeili A. The effect of educational program on knowledge, attitude and practice of mothers regarding prevention of febrile seizure in children. *J Educ Health Promot*. 2013;2(1):26.
73. Herman A, Jackson P. Empowering low-income parents with skills to reduce excess pediatric emergency room and clinic visits through a tailored low literacy training intervention. *J Health Commun*. déc 2010;15(8):895-910.
74. Monsma J, Richerson J, Sloand E. Empowering parents for evidence-based fever management: An integrative review. *J Am Assoc Nurse Pract*. avr 2015;27(4):222-9.
75. Angoulvant F, Rouault A, Prot-Labarthe S, Boizeau P, Skurnik D, Morin L, et al. Randomized controlled trial of parent therapeutic education on antibiotics to improve parent satisfaction and attitudes in a pediatric emergency department. *PloS One*. 2013;8(9):e75590.
76. Kaestli L-Z, Noble S, Lacroix L, Galetto A, Gervaix A, Fonzo-Christe C, et al. Informations sur les médicaments à la sortie des urgences pédiatriques : quels sont les besoins des parents et des patients ? *Pharm Hosp Clin*. sept 2014;49(3):231-2.
77. Denoeud C. La fièvre chez l'enfant : Les principaux messages à transmettre aux parents dans une vidéo d'éducation. [Faculté de médecine Henri Warembourg]: Lille; 2018.
78. Favre J. Fièvre chez l'enfant: Connaissance des Parents et Evaluation de l'influence d'une Consultation Médicale. [Université Claude Bernard Lyon 1]: Lyon; 2018.
79. Cavagne E. Education des parents à la prise en charge de la fièvre chez l'enfant, une évaluation d'action d'éducation pour la santé. [faculté de medecine Claude Bernard]: Lyon; 2019.
80. Edwards H, Walsh A, Courtney M, Monaghan S, Wilson J, Young J. Promoting evidence-based childhood fever management through a peer education programme based on the theory of planned behaviour. *J Clin Nurs*. oct 2007;16(10):1966-79.

81. Hart L, Nedadur R, Reardon J, Sirizzotti N, Poonai C, Speechley KN, et al. Web-Based Tools for Educating Caregivers About Childhood Fever: A Randomized Controlled Trial. *Pediatr Emerg Care*. mai 2019;35(5):353-8.
82. Ackerson BK, Sy LS, Yao JF, Craig Cheetham T, Espinosa-Rydman AM, Jones TL, et al. Agreement between medical record and parent report for evaluation of childhood febrile seizures. *Vaccine*. 12 juin 2013;31(27):2904-9.
83. Rothrock SG, Rothrock AN, Swetland SB, Pagane M, Isaak SA, Romney J, et al. Quality, Trustworthiness, Readability, and Accuracy of Medical Information Regarding Common Pediatric Emergency Medicine-Related Complaints on the Web. *J Emerg Med*. oct 2019;57(4):469-77.
84. Olson D, Lamb M, Lopez MR, Colborn K, Paniagua-Avila A, Zacarias A, et al. Performance of a Mobile Phone App-Based Participatory Syndromic Surveillance System for Acute Febrile Illness and Acute Gastroenteritis in Rural Guatemala. *J Med Internet Res*. 9 nov 2017;19(11):e368.
85. 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*. févr 2011;43(2):106-11.
86. Robbins H, Hundley V, Osman LM. Minor illness education for parents of young children. *J Adv Nurs*. nov 2003;44(3):238-47.
87. Garet E. Fièvre de l'enfant : connaissances et croyances parentales et leur influence sur le respect des recommandations. [Faculté de médecine Henri Warembourg]: Lille; 2016.

Annexes

Annexe 1 : Fiche d'information remise aux parents

Madame, Monsieur,

Vous avez consulté aux urgences pédiatriques car votre enfant présente de la fièvre. Aujourd'hui, l'examen par le médecin des urgences est très rassurant. Vous pouvez donc rentrer chez vous. **Il est par contre important de surveiller votre enfant.** Il faudra consulter rapidement si certains signes inhabituels apparaissent.

La fièvre :

C'est une réaction **normale** et **utile** face à une infection. Cette augmentation de la température **n'est pas dangereuse** (la fièvre ne déclenche pas les convulsions). **L'objectif n'est pas de faire baisser la fièvre.** **Votre enfant a de la fièvre si la température dépasse 38°C.** La mesure la plus précise est **axillaire** (sous les aisselles, en ajoutant alors +0.5°C) ou **rectale** (entre les fesses). Il faut éviter la prise de température sur le front ou dans les oreilles chez le jeune enfant.



Le degré de la fièvre n'est pas important. C'est le confort de l'enfant qui est important.

Si votre enfant est grincheux, grognon, douloureux, s'il pleure facilement, donnez-lui du paracétamol au maximum une fois toutes les 6 heures (dose selon l'ordonnance qui vous a été remise). Si votre enfant vous paraît presque comme d'habitude, où s'il est seulement fatigué, ne donnez pas de paracétamol.

Les bons gestes en cas de fièvre :

- Découvrir davantage votre enfant
- Baisser la température de la pièce à 18°C environ
- Proposer souvent à boire, en petites quantités, même la nuit
- Éviter de donner un bain froid à votre enfant



La fièvre n'est pas dangereuse, mais la maladie qui provoque cette fièvre peut l'être :

Le plus souvent, la maladie est due à un virus. Les antibiotiques sont inutiles. Quelquefois, la maladie est due à une bactérie et peut être grave et dangereuse (pneumonie-méningite-infection urinaire, ...). Dans ce cas, les antibiotiques sont nécessaires.

La maladie peut se développer après cette consultation. Surveiller votre enfant jusqu'à la disparition complète de la fièvre. Prenez sa température au minimum 2 fois par jour, jusqu'à disparition de la fièvre. Prenez la température avant de donner du paracétamol.

Tournez la feuille.

Voici les signes à surveiller et la conduite à tenir suivant leur évolution chez votre enfant :

Ne répond pas, très difficile à réveiller, confus

Devient pâle, bleu ou gris

Arrête de respirer, fait des pauses ou présente une gêne majeure pour respirer

Présente des tâches violacées ou rouges sur la peau qui ne s'effacent pas quand on appuie dessus

Appelez le SAMU (15)



Ne réagit pas de façon habituelle, est très fatigué

Respire trop vite

Vomit à chaque prise de boissons ou aliments, ou couleur verte des vomissements

Diarrhées importantes (plus de 5 selles liquides par jour)

Ne boit pas, n'urine pas ou a des couches sèches

Fièvre supérieure à 38.5 °C depuis plus de 5 jours

Consultez de nouveau rapidement votre médecin ou aux urgences



Aucun signe des 2 listes ci-dessus

Est fatigué mais continue à jouer

Pleure mais reste consolable

A un appétit diminué mais continue à boire et à manger régulièrement

Suivez les conseils donnés sur cette feuille



Pour plus d'informations :

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2674284/fr/prise-en-charge-de-la-fievre-chez-l-enfant

<http://www.mpedia.fr/234-fievre.html>

<http://courlygones.rd-h.fr/fr/plaquettes/fievre.html>

Annexe 2 : Questionnaire d'évaluation de la fiche d'information Diafeverchild

1. Avez-vous lu la fiche d'information sur la fièvre du nourrisson ? (présente dans les documents remis à la sortie des urgences)

*oui

*non

si non pourquoi :

-non remise

-pas le temps de lire

-pas d'intérêt

->seriez-vous d'accord pour que l'on vous envoie cette fiche et que nous vous rappelions pour avoir votre avis ?

2. Selon votre souvenir, est-ce que cette fiche vous a été expliquée par le médecin des urgences ?

*oui

*non

3. Si oui, êtes vous satisfait des consignes données ?

*très insatisfait(e)

*insatisfait(e)

*neutre

*satisfaite(e)

*très satisfait(e)

4. Avez-vous mis en pratique les conseils de cette fiche dans les suites de votre passage aux urgences ?

*oui si, oui quels conseils avez-vous appliqués ? (libre)

*non

*non applicable

5. Les conseils de cette fiche sont-ils faciles à comprendre ?

*Pas du tout d'accord

*Pas d'accord

*Sans opinion

*D'accord

*Tout à fait d'accord

6. Les conseils sont-ils faciles à appliquer ?

*Pas du tout d'accord

*Pas d'accord

*Sans opinion

*D'accord

*Tout à fait d'accord

7. Les conseils sont-ils assez détaillés et précis ?

*Pas du tout d'accord

*Pas d'accord

*Sans opinion

*D'accord

*Tout à fait d'accord

8. Cette fiche a permis de vous sentir moins inquiet face à la fièvre de votre enfant ?

*Pas du tout d'accord

*Pas d'accord

*Sans opinion

*D'accord

*Tout à fait d'accord

9. Les conseils de cette fiche sont en accord avec ce que vous faisiez/pensiez déjà avant ?

*Pas du tout d'accord

*Pas d'accord

*Sans opinion

*D'accord

*Tout à fait d'accord

si vous n'êtes pas d'accord ou pas du tout d'accord: quel(s) point(s) étaient en désaccord avec ce que vous faisiez/pensiez avant ? (libre)

10. Vous avez appris de nouvelles choses sur la fièvre grâce à cette fiche ?

*Pas du tout d'accord

*Pas d'accord

*Sans opinion

*D'accord

*Tout à fait d'accord

si vous êtes d'accord ou tout à fait d'accord: qu'avez-vous appris ? (libre)

11. Vous utiliserez cette fiche dans le futur si votre enfant présente à nouveau de la fièvre ?

*Pas du tout d'accord

*Pas d'accord

*Sans opinion

*D'accord

*Tout à fait d'accord

12. Avez-vous d'autres sources d'information sur la fièvre de l'enfant ?

*Médecin traitant /Pédiatre

*Autre professionnel de santé (puéricultrice , sage-femme ...)

*Internet

si oui : quel site ? (le plus fréquent)

*Entourage (famille, amis...)

*Réseaux sociaux

13. Seriez -vous intéressé par une application avec des conseils sur la fièvre de l'enfant ? Celle-ci serait validée par des pédiatres.

*Pas du tout d'accord

*Pas d'accord

*Sans opinion

*D'accord

*Tout à fait d'accord

Annexe 3 : Comparaison des réponses selon l'explication ou non de la fiche

Tableau 6 : Nouvelles choses apprises

Nouvelles choses apprises	Fiche expliquée	Fiche non expliquée	Total
D'accord ou tout à fait d'accord	85 65,89 39,53	44 34,11 31,65	129 100,00 36,44
Pas d'accord ou pas du tout d'accord	130 57,78 60,47	95 42,22 68,35	225 100,00 63,56
Total	215 60,73 100,00	139 39,27 100,00	354 100,00 100,00

Tableau 7 : Facile à comprendre

	D'accord ou tout à fait d'accord	Pas d'accord ou pas du tout d'accord	Total
Fiche non expliquée	153 98,71 38,83	2 1,29 66,67	155 100,00 39,04
Fiche expliquée	241 99,59 61,17	1 0,41 33,33	242 100,00 60,96
Total	394 99,24 100,00	3 0,76 100,00	397 100,00 100,00

Tableau 8 : Faciles à appliquer

	D'accord ou tout à fait d'accord	Pas d'accord ou pas du tout d'accord	Total
Fiche non expliquée	147 97,35 38,48	4 2,65 57,14	151 100,00 38,82
Fiche expliquée	235 98,74 61,52	3 1,26 42,86	238 100,00 61,18
Total	382 98,20 100,00	7 1,80 100,00	389 100,00 100,00

Tableau 9 : Détaillés et précis

	D'accord ou tout à fait d'accord	Pas d'accord ou pas du tout d'accord	Total
Fiche non expliquée	137 91,95 37,85	12 8,05 52,17	149 100,00 38,70
Fiche expliquée	225 95,34 62,15	11 4,66 47,83	236 100,00 61,30
Total	362 94,03 100,00	23 5,97 100,00	385 100,00 100,00

Tableau 10 : Utilisation future

	D'accord ou tout à fait d'accord	Pas d'accord ou pas du tout d'accord	Total
Fiche non expliquée	105 76,09 36,33	33 23,91 45,21	138 100,00 38,12
Fiche expliquée	184 82,14 63,67	40 17,86 54,79	224 100,00 61,88
Total	289 79,83 100,00	73 20,17 100,00	362 100,00 100,00

Annexe 4 : Données sociodémographiques des enfants et des parents dans le groupe n'ayant pas lu la fiche, en comparaison avec ceux l'ayant lu.

Non lu	Médiane	EIQ
Age médian des enfants (mois) N=191	6	2-16
Age père (ans) N = 154	33	31-37
Age mère (ans) N = 164	32	28-34

	Lu	Non lu	p
	Effectif	Effectif	
Genre des enfants N=600			0,044
<i>Fille</i>	190	72	
<i>Garçon</i>	219	119	
Numéro du centre N=600			<0,001
<i>1</i>	228	105	
<i>2</i>	15	5	
<i>4</i>	40	43	
<i>9</i>	11	5	
<i>11</i>	46	3	
<i>18</i>	32	15	
<i>19</i>	37	15	
Niveau d'éducation du père N=368			0,606
<i>I et II</i>	127	47	
<i>III</i>	32	16	
<i>IV</i>	62	18	
<i>V</i>	42	25	
<i>V bis et VI</i>	12	5	
Niveau d'éducation de la mère N= 402			0,045
<i>I et II</i>	142	51	
<i>III</i>	53	20	
<i>IV</i>	37	22	
<i>V</i>	40	20	
<i>V bis et VI</i>	7	10	
Rang dans la fratrie N=498			0,020
<i>1</i>	153	55	
<i>2</i>	133	72	
<i>3</i>	38	27	
<i>4</i>	8	7	
<i>5</i>	1	3	
<i>6</i>	0	1	
<i>7</i>	1	0	

Annexe 5 : Données sociodémographiques des enfants et des parents dans le groupe non répondant, en comparaison avec ceux ayant lu la fiche.

Non répondant	Médiane	EIQ
Age médian des enfants (mois) N=331	3	1-12
Age du père (ans) N = 263	33	29-36
Age de la mère (ans) N = 279	31	27-35

	Lu	Non répondant	p
	Effectif	Effectif	
Genre des enfants N=740			0,524
<i>Fille</i>	190	146	
<i>Garçon</i>	219	185	
Numéro du centre N=740			<0,001
<i>1</i>	228	179	
<i>2</i>	15	28	
<i>4</i>	40	28	
<i>9</i>	11	59	
<i>11</i>	46	16	
<i>18</i>	32	13	
<i>19</i>	37	8	
Niveau d'éducation du père N=433			0,939
<i>I et II</i>	127	81	
<i>III</i>	32	21	
<i>IV</i>	44	34	
<i>V</i>	42	30	
<i>V bis et VI</i>	12	10	
Niveau d'éducation de la mère N= 488			0,021
<i>I et II</i>	142	100	
<i>III</i>	53	31	
<i>IV</i>	37	41	
<i>V</i>	40	22	
<i>V bis et VI</i>	7	15	
Rang dans la fratrie N=608			0,020
<i>1</i>	152	131	
<i>2</i>	133	83	
<i>3</i>	38	40	
<i>4</i>	8	14	
<i>5</i>	1	5	
<i>6</i>	0	2	
<i>7</i>	1	0	

Vu, le Président du Jury,

GRAS LE GUEN CHRISTELE,
Professeur

Vu, le Directeur de Thèse,

LAUNAY ELISE, Professeur

Vu, le Doyen de la Faculté,

NOM : ELOY

PRENOM : SARAH

**Titre de Thèse : EVALUATION D'UNE FICHE D'INFORMATION ET
D'ORIENTATION SUR LA FIEVRE DE L'ENFANT PAR DES PARENTS APRES
PASSAGE AUX URGENCES PEDIATRIQUES**

RESUME

Introduction : la gestion de la fièvre de l'enfant par les parents a été évaluée au fil des années, nous savons qu'elle engendre une inquiétude parentale importante et que les programmes d'éducatifs thérapeutiques et mise à jour des recommandations n'ont pas suffi à faire diminuer les consultations non nécessaires. Peu d'études ont eu pour but d'évaluer un support d'information sur la fièvre en termes de satisfaction. L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la compréhension de la fiche par les parents.

Matériel et méthode : nous avons conduit une étude multicentrique sur 7 centres hospitaliers, aux urgences pédiatriques, l'étude était ancillaire de l'étude DIAFEVERCHILD à laquelle nous avons greffé un questionnaire à J15 sous forme de réponses avec appui sur l'échelle de Lickert, ainsi que des questions ouvertes. Les tests statistiques utilisés étaient le Chi2 ou t exact test de Fischer, Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis.

Résultats : la compréhension et la clarté de la fiche d'information a été évaluée par les parents à 97,3% positive. Les objectifs secondaires ont permis de mettre en évidence une diminution de l'inquiétude parentale dans 56% des cas et qu'elle avait été utilisée dans 37.25% des cas.

Discussion : L'inquiétude parentale est alimentée en partie par les incohérences de discours de prise en charge de la fièvre véhiculée par les médias ainsi que par les professionnels de santé (inhomogénéité des recommandations). Notre étude a démontré que la fiche d'information était bien comprise par les parents.

MOTS-CLES

Fièvre, Compréhension, Inquiétude parentale, Pratiques, Connaissances