



Année 2017

N°

## **Thèse**

Pour le

**DOCTORAT EN MEDECINE**

Diplôme d'État  
par

**Clément MIALANNE**

Né le 25 mars 1987 à Chambray-les-Tours (37)

---

Enfants et fièvre de moins de 48 heures : regards des médecins généralistes sur le concept d'autonomisation des parents.

---

Présentée et soutenue publiquement le 27 juin 2017 devant un jury composé de :

Président du Jury :

Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE, Pédiatrie, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Régis HANKARD, Pédiatrie, Faculté de Médecine – Tours

Monsieur le Professeur Laurent MEREGHETTI, Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière, Faculté de Médecine – Tours

Monsieur le Docteur Yves MAROT, Urgences pédiatriques – Tours

# RESUME

Introduction : La fièvre de l'enfant est une source d'inquiétude qui amène les parents à consulter souvent avant 48 heures d'évolution. La surcharge du planning des médecins généralistes, en partie liée à la précocité de ces consultations, entraîne des difficultés pour recevoir les parents et peut être à l'origine d'une certaine insatisfaction. L'éducation parentale, au cours d'une consultation, pourrait limiter ces situations. C'est pour cela que j'ai décidé de m'intéresser aux regards que les médecins généralistes portent sur le concept d'autonomisation parentale dans la fièvre de l'enfant.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude qualitative avec réalisation d'entretiens semi-dirigés auprès de douze médecins généralistes de trois départements de la région Centre. Une analyse thématique des données a été réalisée après retranscription des verbatims.

Résultats : L'autonomisation parentale, dans la fièvre de l'enfant, est majoritairement considérée comme importante pour les médecins généralistes mais cependant, des réticences et des facteurs déterminants dans la décision d'autonomisation ont été abordés. Une autre vision a été mise en évidence : celle des médecins paternalistes, qui la considèrent impossible.

Discussion : L'autonomisation parentale entre dans le cadre de l'éducation diagnostique, privilège jusque-là réservé aux médecins. Une piste permettant de favoriser cette démarche, serait d'établir des recommandations pour les médecins dans la prise en charge de la fièvre. Une autre, serait d'élaborer une fiche explicative guidant les parents dans l'évaluation de la gravité de la fièvre, afin de les aider à consulter au bon moment.

Mots clés : autonomisation parentale / médecin généraliste / fièvre / enfant / éducation parentale

# ABSTRACT

Introduction : A child's fever is a source of concern for their parents which brings them to consult often less than 48 hours after the beginning of the fever. General practitioners being overwhelmed, in part because of the earliness of these consultations, taking care of the parents can sometimes be difficult and this can lead to their frustration. Educating parents while consulting could curb the impact of these situations. This is why I decided to look into how general practitioners consider the concept of helping parents to be more self-sufficient when it comes to dealing with their child's fever.

Methods : It is a qualitative survey consisting of half-structured interviews of twelve general practitioners in three departments of région centre. A thematic analysis of the transcripts of these interviews was made.

Results : Although self-sufficient parents, in case of a child's fever, are generally considered important by general practitioners, some reluctance and decisive factors have been mentioned in the decision of making the parents self-sufficient. Another view came forward: the view of paternalistic doctors who consider it impossible.

Discussion : Making parents self-sufficient is considered as belonging to diagnosis education which has been until now doctor's exclusive privilege. An avenue worth exploring when it comes to facilitate this approach would be to establish recommendations for Physicians in the (treatment) of the fever. Another one, would consist in the elaboration of an explanatory leaflet guiding parents in the evaluation of the seriousness of the fever in order to help them choose the right moment to consult.

Keywords : self-sufficient parents / general practitioner / fever / child / parental education

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS  
**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**

**Pr. Patrice DIOT**

**VICE-DOYEN**

Pr. Henri MARRET

**ASSESSEURS**

Pr. Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr. Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr. Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*

Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr. Patrick VOURC'H, *Recherche*

**SECRETAIRE GENERALE**

Mme Fanny BOBLETER

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Pr. Emile ARON (†) – 1962-1966

*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*

Pr. Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr. André GOUAZÉ - 1972-1994

Pr. Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr. Dominique PERROTIN – 2004-2014

**PROFESSEURS EMERITES**

Pr. Catherine BARTHELEMY

Pr. Philippe BOUGNOUX

Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN

Pr. Noël HUTEN

Pr. Olivier LE FLOCH

Pr. Yvon LEBRANCHU

Pr. Elisabeth LECA

Pr. Gérard LORETTE

Pr. Roland QUENTIN

Pr. Alain ROBIER

**PROFESSEURS HONORAIRES**

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – J. LANSAC – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – M. ROBERT – J.C. ROLLAND – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX – J. WEILL

ALISON Daniel .....	Radiologie et imagerie médicale
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
ARBEILLE Philippe.....	Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique.....	Cardiologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BERNARD Louis .....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles.....	Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian.....	Chirurgie infantile
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques.....	Parasitologie, mycologie
CHANTEPIE Alain.....	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe.....	Hématologie, transfusion
CONSTANS Thierry.....	Médecine interne, gériatrie
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COSNAY Pierre.....	Cardiologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
COUET Charles.....	Nutrition
DE TOFFOL Bertrand.....	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague.....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan.....	Réanimation
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & cytologie pathologiques
GOGA Dominique.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUDEAU Alain.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction

GUYETANT Serge.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier.....	Urologie
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent.....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François.....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri.....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi.....	Chirurgie digestive
PAGES Jean-Christophe.....	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric.....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique.....	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
QUENTIN Roland.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROYERE Dominique.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SALIBA Elie.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
SIRINELLI Dominique.....	Radiologie et imagerie médicale

THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé.....	Immunologie

---

#### PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

---

LEBEAU Jean-Pierre  
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

---

#### PROFESSEURS ASSOCIES

---

MALLET Donatien.....	Soins palliatifs
POTIER Alain.....	Médecine Générale
ROBERT Jean.....	Médecine Générale

---

#### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

---

BAKHOS David.....	Physiologie
BARBIER Louise.....	Chirurgie digestive
BERNARD-BRUNET Anne.....	Cardiologie
BERTRAND Philippe.....	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
BLANCHARD Emmanuelle .....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
CAILLE Agnès.....	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DOMELIER Anne-Sophie.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane.....	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
GUILLON Antoine.....	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille.....	Immunologie
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice.....	Physiologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénéréologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess.....	Neurochirurgie

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

---

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
DIBAO-DINA Clarisse.....	Médecine Générale
LEMOINE Maël.....	Philosophie
MONJAUZE Cécile.....	Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

## CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

---

BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
COURTY Yves.....	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE Alain.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
PAGET Christophe.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

## CHARGES D'ENSEIGNEMENT

---

### ***Pour l'Ecole d'Orthophonie***

DELORE Claire .....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier
MONDON Karl.....	Praticien Hospitalier
PERRIER Danièle.....	Orthophoniste

### ***Pour l'Ecole d'Orthoptie***

LALA Emmanuelle.....	Praticien Hospitalier
MAJZOUB Samuel.....	Praticien Hospitalier

### ***Pour l'Ethique Médicale***

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------



## REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE

Pour l'honneur que vous me faites de présider le jury de ma thèse.

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur Le Professeur Régis HANKARD

Pour l'honneur que vous me faites de juger ce travail et de siéger dans mon jury.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde considération.

A Monsieur le Professeur Laurent MEREGHETTI

Pour l'honneur que vous me faites de juger ce travail et de siéger dans mon jury.

Soyez assuré de mon plus profond respect et veuillez recevoir mes remerciements les plus sincères.

A Monsieur le Docteur Yves MAROT

Pour l'honneur que vous me faites de diriger ma thèse.

Pour m'avoir accompagné pas à pas et conseillé tout au long de ce travail.

Pour avoir participé à ma formation médicale.

Un grand merci pour votre gentillesse, votre disponibilité et vos encouragements.

A Mathilde, pour ton amour, ton soutien, ta joie de vivre  
Pour tous ces instants partagés ensemble  
Plus que jamais tu es indispensable à ma vie.  
Je t'aime.

A mes parents,  
Pour votre amour de chaque instant  
Pour votre présence à mes côtés depuis 30 ans  
Pour votre soutien sans faille  
Sans vous, ma vie aurait été tout autre  
Merci de tout mon cœur.

A ma grande sœur Aline,  
Pour ton soutien, ta présence  
Pour ton amour constant  
Je t'admire en tout point.

A mon grand frère Hervé,  
Pour tous ces bons moments partagés ensemble.

A Manu,  
Pour ton soutien hebdomadaire depuis notre rencontre  
Pour tous ces moments partagés  
Merci du fond du cœur  
Tu es un frère pour moi.

A ma grande tante Marie-Claude,  
Pour ton courage, ton amour  
Tu es formidable et un exemple pour moi.

A toute ma famille.

A Claudine, Dominique, Adrien, Colette, Laureline  
Merci pour votre accueil au sein de votre famille tant soudée.

A Harold, pour ces années partagées sur les bancs de la Faculté.  
A Pierre-Antoine, David, Baptiste, Mathieu pour votre amitié inconditionnelle.  
A Anne-Sophie, Constance, Lucie, Manu, Pauline, Noémie, Elise, Camille, Amélie, Augustin,  
Guillaume, JB, François, Morgane, merci pour tous ces moments vécus ensemble.  
A Aurore, Sophie, Anne-Sophie, Renaud, Junien pour votre amitié, et votre joie de vivre.

A mes co-internes, Romain, Thibault, Laurie, Anais, Olivier, Guillaume.

Au Professeur Philippe LANOTTE pour son aide précieuse.

Aux Docteurs Marot, De Bonneval, Legeay, Duboc, Lorencki, Hutteau, Steiger, Bonnet,  
Ademi, Daumas, Poitrineau, Come, Urvois, Magontier, Bouilleau, Cloarec pour leur  
pédagogie et leur soutien.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux  
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira  
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas  
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,  
je rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime  
si je suis fidèle à mes promesses.  
Que je sois couvert d'opprobre  
et méprisé de mes confrères  
si j'y manque.

# TABLE DES MATIERES

<u>INTRODUCTION.....</u>	<u>13</u>
<u>MATERIEL ET METHODES.....</u>	<u>15</u>
1- Type d'étude.....	15
2- Entretiens individuels semi-dirigés.....	15
a) Environnement de l'entretien.....	15
b) Choix des interviewés.....	15
c) L'entretien.....	16
3- Retranscription des données.....	16
4- Analyse des données.....	16
5- Fin de l'étude.....	17
<u>RESULTATS.....</u>	<u>18</u>
1- Caractéristiques de l'échantillon.....	18
2- Regards du médecin généraliste.....	18
a) Intérêts de l'autonomisation pour les parents.....	18
b) Intérêts de l'autonomisation pour le médecin.....	19
b1) La satisfaction du médecin.....	19
b2) L'accès aux soins.....	19
c) Limites de l'autonomisation : côté parents.....	20
c1) Liées aux caractéristiques parentales.....	20
c2) Liées à une information sauvage.....	22
d) Limites de l'autonomisation : côté médecin.....	22
d1) Le temps passé en consultation .....	22
d2) Une expérience personnelle marquante.....	22
d3) L'inquiétude du médecin .....	23
d4) La surcharge de travail.....	23
d5) Le paternalisme.....	24
d6) Le bien-être du médecin.....	24
e) Facteurs influant l'autonomisation parentale.....	24
e1) Facteurs influents liés à la fièvre.....	24
e2) Facteurs influents liés à certaines caractéristiques parentales.....	25
e3) Facteurs influents liés à la relation médecin-parents.....	26
e4) Autres facteurs influents.....	27
f) Perspectives.....	28
g) Autres résultats.....	29
<u>DISCUSSION.....</u>	<u>32</u>
<u>BIBLIOGRAPHIE.....</u>	<u>36</u>
<u>ABREVIATIONS.....</u>	<u>39</u>
<u>ANNEXE 1 – Trame d'entretiens .....</u>	<u>40</u>
<u>ANNEXE 2 - Questionnaire .....</u>	<u>41</u>
<u>ANNEXE 3 - Verbatims.....</u>	<u>42</u>

# INTRODUCTION

En France, le recours aux services d'urgences pédiatriques en hiver a comme principal motif la fièvre [1]. En 2015, aux urgences de l'hôpital de Tours, la fièvre représentait 25,5% des consultations pédiatriques [2]. Ce symptôme, source d'inquiétude indiscutable pour les parents et souvent de craintes infondées, les pousse à consulter un médecin dès que possible [3, 4].

Ces consultations surviennent donc précocement dans l'évolution de la fièvre et rendent parfois difficile le diagnostic. Les parents attendent une réponse qu'on ne peut pas toujours apporter. Dès lors, le médecin prend le rôle d'une personne rassurante auprès des parents, sans pouvoir dire pourquoi l'enfant a de la fièvre. Ce rôle de réassurance et de conseil est primordial, d'une part, parce qu'ils se sentent très souvent peu ou mal informés [3] et, d'autre part, dans l'optique d'améliorer la prise en charge de la fièvre de leur enfant [5]. Cependant, cette situation est compliquée pour le professionnel de santé car il existe un doute et une part d'inconnu quant à l'évolution de cette fièvre.

L'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (l'AFSSAPS) a publié en 2005 des recommandations sur la prise en charge initiale de la fièvre [6]. Il semble que ces recommandations ne soient pas efficaces en raison de leurs complexités et de l'insuffisance dans les connaissances, la perception, et la prise en charge parentale de la fièvre infantile [7].

Par ailleurs, ces consultations participent à l'encombrement de structures de soins déjà débordées, tels que les cabinets de médecine générale [8] et les services d'urgence [9]. Il s'ajoute à cela, un contexte de démographie médicale complexe avec la présence de déserts médicaux (diminution des effectifs de médecins généralistes de 8,4% en France depuis 2007 avec des inégalités territoriales importantes) qui augmente la charge de travail en soins primaires et engorge les plannings des médecins généralistes [10].

Au cours d'un semestre d'internat aux urgences de l'hôpital Clocheville de Tours, j'ai pu travailler et me poser de nombreuses questions sur ces situations. Je me suis rendu compte de l'inquiétude des parents mais aussi de leur embarras face à la fièvre. Ce constat était le même durant mon stage de médecine générale.

La fièvre est un symptôme généralement non grave. Cependant, chaque parent sait que ce symptôme a également un potentiel gravité qui est la source de leur inquiétude. Celle-ci est générée par la prise de la température. En effet, la fièvre est un élément mesurable, en sortant de la norme établie, l'inquiétude parentale se justifie.

J'ai l'idée qu'une action d'éducation, ayant pour but d'autonomiser les parents face à la fièvre de leur enfant, permettrait de les soutenir et de renforcer leur rôle d'acteur de santé. Cette méthode, les guidant dans la compréhension et le suivi de la fièvre de leur enfant, pourrait les aider à gérer leur propre inquiétude et à consulter au bon moment. De plus, cette éducation, faite en cabinet de médecine générale, serait personnalisée et pourrait s'adapter à chaque parent. Un autre intérêt pourrait être de réduire le nombre de ces consultations pour alléger le planning des médecins généralistes mais également de désencombrer les structures d'urgence.

Cette idée, je la nomme : autonomisation parentale. De mon point de vue, elle pourrait être un point essentiel à l'amélioration des soins.

Cependant, je pense que sa mise en application peut être compliquée. En effet, du côté du médecin, il est probable que ce symptôme soit également à l'origine d'une certaine inquiétude. Quand on parle de fièvre de l'enfant, l'éventualité d'une pathologie grave résonne. Cela pourrait être un facteur limitant la volonté du médecin dans la décision d'autonomisation parentale.

C'est donc un sujet intéressant et complexe qui pourrait me permettre de guider ma pratique future. J'ai réalisé un travail visant à évaluer le sentiment de mes pairs par rapport à ce concept d'autonomisation parentale. Il me permettra probablement de dégager des intérêts mais aussi certainement des limites à cette éducation comme Freud a pu le souligner : « Eduquer constitue un métier impossible » [11].

Cette recherche a pour objectif d'étudier les regards portés par les médecins généralistes sur le concept d'autonomisation parentale, dans ce thème de la fièvre de moins de 48 heures chez l'enfant.

# **MATERIEL ET METHODES**

## **1- Type d'étude**

Il s'agit d'une étude qualitative. Elle vise à explorer en profondeur des attitudes ou des comportements, en recueillant des données verbales, permettant une démarche interprétative. Elle permet la compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux. En recherche qualitative, nous rendons compte des émotions, des sentiments, des comportements et des expériences personnelles.

Une méthode de « Grounded theory » a été choisie, permettant de développer une théorie à partir des données recueillies.

## **2- Entretiens individuels semi-dirigés**

J'ai réalisé des entretiens semi-dirigés. Plus qu'une production verbale, l'entretien provoque le discours dans un contexte défini. Ce dernier est aussi important pour l'interprétation que le discours lui-même. Ici, j'ai souhaité découvrir les représentations que les médecins généralistes se font sur le concept d'autonomisation des parents. Il n'a pas été décidé, à l'avance, de la cohérence interne des informations recherchées.

Ces entretiens permettent de comprendre les déterminants de la pensée du médecin généraliste et donc de son action.

### **a) Environnement de l'entretien**

J'ai pris rendez-vous par téléphone avec les médecins généralistes interviewés. Ainsi, il a été possible de leur expliciter le pourquoi de la recherche. J'ai réalisé ces entretiens dans un lieu décidé par le médecin interviewé. Certains de ces entretiens ont eu lieu dans le bureau du médecin, à leur domicile ou encore dans un endroit neutre autour d'un repas. Je me suis déplacé pour réaliser chacun des entretiens, dans les départements du Cher, du Loir et Cher, de l'Indre et Loire.

### **b) Choix des interviewés**

Les médecins interviewés étaient tous docteurs en médecine générale. Ils ont été choisis parmi des cabinets médicaux que je connaissais. De ce fait, j'ai obtenu un échantillon de médecins hétérogène en âge et représentatif des différents modes d'exercice en médecine générale. Ils exercent dans différents départements de la région Centre à savoir, le Cher, l'Indre et Loire, le Loir et Cher. Les premiers entretiens ont été réalisés avec mes trois maîtres de stage afin que je puisse expérimenter et parfaire ma trame d'entretiens.

### **c) L'entretien**

Chaque entretien a été enregistré avec un dictaphone non dissimulé. Aucune note n'a été prise durant ces entretiens. Ils se sont déroulés en face à face. L'entretien débutait après une présentation orale rapide de l'étude et de son objectif.

Il était composé de questions ouvertes. La première de ces questions est nommée : la question brise-glace. Elle permet de mettre l'interviewé en situation : « Racontez-moi votre dernière consultation pédiatrique pour fièvre depuis moins de 48 heures. ».

L'interrogation suivante cherchait à obtenir l'avis du médecin généraliste concernant l'intérêt ou non de la consultation avant 48 heures de fièvre.

Celle d'après visait à mettre en évidence la stratégie adoptée par le médecin en l'absence de diagnostic.

La suite de l'entretien avait comme principal but de faire ressortir les intérêts et les inconvénients du concept d'autonomisation des parents.

La dernière d'entre-elles permettait à l'interviewé d'envisager des perspectives pouvant être induites par l'ensemble de l'entretien.

La fin de chaque entretien était déterminée lorsque le médecin considérait qu'il avait répondu à la dernière question.

Dès lors, un questionnaire lui était remis. C'est un document permettant de connaître l'environnement et certaines caractéristiques du médecin, notamment leur âge et leur sexe, leur type d'activité (rurale, urbaine, semi-rurale), leur mode d'exercice (en groupe ou seul), la proportion d'enfants dans leur patientèle, et leur éventuelle formation à l'éducation thérapeutique. Ce questionnaire a été élaboré après les trois premiers entretiens. Les trois premiers médecins interviewés n'ont donc pas répondu à ce questionnaire mais des questions similaires leur ont été posées en début d'entretien.

Les entretiens ont tous été réalisés de septembre 2016 à janvier 2017. Leur durée moyenne était de 25 minutes. (minimum : 17 minutes, maximum : 37 minutes)

## **3- Retranscription des données**

Les enregistrements ont été intégralement retranscrits mot à mot formant ainsi les verbatims.

Ceux-ci sont intégralement en annexe.

## **4- Analyse des données**

Une analyse de type thématique a été choisie. Elle a commencé dès le début du recueil des données. La démarche analytique a consisté en un codage axial des données. Il s'agissait de repérer au sein des verbatims, des mots ou des groupes de mots permettant de faire émerger des idées. Ces idées ont d'abord été catégorisées, puis à la fin des entretiens, analysées pour rendre compte du regard des médecins généralistes.

Chaque entretien a été analysé avec la même méthode.



## **5- Fin de l'étude**

L'arrêt de l'étude a été décidé une fois la saturation des données acquises. Aucune donnée nouvelle ne transparaissait dans les derniers entretiens.

# RESULTATS

## 1- Caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon était composé de douze docteurs en médecine générale.

L'âge moyen des médecins interviewés était de 50 ans. Le plus jeune était âgé de 31 ans et le plus âgé de 63 ans. Sept avaient moins de 50 ans.

L'un d'entre eux disait travailler en zone urbaine et un autre en zone semi-rurale. Les dix autres disaient exercer en zone rurale.

Les douze médecins avaient eux-mêmes des enfants.

Ils avaient tous une activité de Pédiatrie. Huit d'entre eux m'ont communiqué des chiffres approximatifs en s'aidant de leur agenda de l'année précédente. Le nombre annuel moyen de consultations pédiatriques était de 775.

Ils avaient tous eu une formation pédiatrique, soit durant leurs études soit par l'intermédiaire de FMC.

Cinq médecins ont déclaré avoir eu une formation à l'éducation thérapeutique. (E1, E4, E9, E10, E11)

## 2- Regards du médecin généraliste

### a) Intérêts de l'autonomisation pour les parents

L'autonomisation présentait plusieurs intérêts pour les parents.

La majorité des médecins cherchait à renforcer la compétence parentale et essayait d'aider les parents à comprendre la fièvre de leur enfant pour leur permettre de s'autonomiser en participant de façon active. Pour cela, ils conseillaient les parents sur les techniques de surveillance et d'évaluation du retentissement de la fièvre ou encore sur la façon de prendre la température. Ces conseils permettaient également aux parents de prendre confiance en eux et de se rassurer eux-mêmes. L'objectif du médecin était de responsabiliser les parents. Certains soulignaient l'importance d'une responsabilisation sans culpabilité.

#### Renforcement de la compétence parentale et de la confiance parentale :

E2 « rend acteurs et renforce leur compétence », « participe activement »

E3 « prendraient confiance en eux », « ça pourrait les aider »

E4 « se rendent compte de l'évolution des maladies »

E5 « leur expliquer comment prendre la température »

E7 « voyez comment est votre enfant », « court partout », « amorphe », « signaux d'alarme »

E8 « il faut qu'il aient les signes cliniques »

E12 « faire boire », « bonnes techniques de prise de température »

#### Responsabilisation des parents sans culpabilité :

E4 « responsabiliser sans culpabiliser », « il ne faut pas non plus leur mettre toute la responsabilité sur le dos »

E7 « c'est leur santé [...] pas la mienne [...] s'ils peuvent avoir les bases minimum, ça me paraît important », « nécessaire que les parents puissent gérer », « se rassurent eux-mêmes »

E12 « je ne reprocherai jamais à des parents de venir trop tôt »

*Par la formation parentale :*

E2 « si elle persiste 4-5 jours, rappelez-moi », « je leur dis qu'il n'y a rien », « j'explique », « je passe du temps », « leur dis de revenir »

E3 « revenir dans 48 heures si cela persiste »

E4 « consignes de surveillance », « rappeler si des nouveaux symptômes apparaissent », « pas de signes de gravité, attendre au moins 48 heures », « il faut leur parler des signes de gravité.. », « quand ils ont vu qu'après 2-3 jours de fièvre, leur enfant ne craignait rien [...] ils tolèrent mieux la fièvre par la suite »

E7 « pour la prochaine fois [...] dans la même situation [...] je leur dis que souvent avant 48 heures on n'a rien »

E11 « j'explique », « je leur dis qu'on aurait pu attendre »

## **b) Intérêts de l'autonomisation pour le médecin**

L'autonomisation présentait plusieurs intérêts pour les médecins.

### **b1) La satisfaction du médecin**

En effet, pour une majorité de médecins, l'autonomisation des parents rend les consultations plus satisfaisantes notamment par le fait d'avoir un diagnostic à exprimer aux parents. D'autre part, autonomiser les parents permet de justifier la consultation et d'éviter au médecin un sentiment de consultation inutile.

Satisfaction du médecin :

E2 « consultations plus intéressantes »

E4 « pour moi, c'est plus facile d'avoir des symptômes avec un diagnostic »

E3 « avoir vu pour rien »

E6 « on préfère les voir à 2-3 jours de fièvre », « ça me semble important qu'ils attendent un peu »

E7 « pas très satisfaisant », « patienter [...] pour qu'on puisse trouver quelque chose »

E10 « c'est plus satisfaisant », « au bout de 3 jours, souvent c'est sorti »

E11 « aide au diagnostic »

E12 « ils viennent et neuf fois sur dix on ne fait rien »

### **b2) L'accès aux soins**

La plupart des médecins pensait qu'autonomiser les parents aide au désencombrement des structures de première ligne comme les services d'urgence ou les cabinets de médecine générale. Concernant le désencombrement des structures d'urgence, ils soulignaient la nécessité d'être disponibles pour éviter que certains patients se rendent aux urgences ou préviennent le SAMU. Ils évoquaient l'intérêt d'alléger leur propre planning considérant que certaines consultations n'étaient pas toujours justifiées.

Désencombrement des urgences et du planning :

Urgences :

E3 « être très disponibles »

- E6 « appel au SAMU la nuit »
- E8 « je les vois dans la journée pour désencombrer les urgences »
- E9 « peuvent encombrer les urgences »
- E10 « iront aux urgences »
- E11 « certaines consultations ne relèvent pas des urgences »

*Planning :*

- E5 « j'aurais plus de créneaux »
- E7 « éviter de voir les patients deux fois dans la même semaine », « garder des créneaux pour des vraies urgences », « éviter d'avoir 50 patients par jour », « sinon [...] on aurait tous les parents tout le temps [...] c'est [...] pas gérable »
- E11 « Allègement de l'emploi du temps »

Quelques-uns évoquaient un problème de démographie médicale. Ils disaient travailler dans une zone en manque de médecins et voyaient donc l'autonomisation des parents comme une nécessité pour pallier à leur surcharge de travail.

Démographie médicale :

- E7 « nécessaire dans l'état actuel...avec le manque de médecins... »

D'autres médecins trouvaient important de limiter la consommation médicale. Certains en le disant clairement et un autre en mettant en avant la surconsommation médicale actuelle. L'autonomisation pouvait permettre cette limitation.

*Limitation de la consommation médicale :*

- E3 « limiter la surmédication »
- E9 « éviter la surconsommation »
- E12 « Actuellement...il y a une surconsommation médicale »

**c) Limites de l'autonomisation : côté parents**

Plusieurs limites à l'autonomisation parentale ont été évoquées.

c1) Liées aux caractéristiques parentales

La plupart des médecins soulignaient l'existence de parents négligents et semblaient en faire une limite à les autonomiser. Un autre imaginait que certains parents une fois autonomisés, pourraient devenir négligents. L'un d'entre eux pensait que la négligence est liée à un niveau socio-professionnel, jugé bas, ou encore à l'appartenance à une profession paramédicale.

La négligence :

- E1 « famille tuyau de poêle »
- E2 « ceux [...] qui traînent à les amener »
- E3 « les noeuds-noeuds qui eux ne s'inquiètent jamais »
- E4 « faible revenu », « niveau socio-culturel assez bas », « enfants d'infirmières »

E6 « familles [...] qui ne gèrent rien », « ceux-là, on va les voir plus vite »

E12 « le risque, c'est qu'ils prennent trop confiance en eux »

Tous étaient d'accord pour dire que la fièvre est une source d'inquiétude parentale avec parfois des mots très forts : « panique », « crise ». Cette inquiétude est exprimée de différentes manières. Soit par une anxiété parentale, soit par une perturbation de la dynamique familiale, ou encore par le souhait d'être reçu en consultation rapidement.

Quelquefois, elle semblait entraver la capacité des parents à comprendre les informations délivrées par le médecin, en consultation.

Ces parents anxieux, en échec d'éducation ont parfois des antécédents psychiatriques ou un niveau intellectuel jugé bas.

#### Inquiétude parentale :

E1 « source d'angoisse énorme »

E2 « angoisse »

E3 « panique à bord », « crise familiale »

E6 « maman stressée », « les anxieux », « histoire personnelle ou familiale », « psychiatriques »

E7 « très stressés »

E8 « veulent être vus tout de suite », « paniquent... »

E10 « angoissée »

E11 « on n'arrive pas à capter ces gens-là »

Par ailleurs, l'environnement parental semblait être un facteur limitant à l'autonomisation des parents. Du fait de la pression de l'entourage, du milieu scolaire, de la société, les parents se sentent obligés de consulter un médecin rapidement à la moindre fièvre de leur enfant.

#### Environnement des parents :

E2 « pression de la maîtresse », « critères sociaux », « nourrice »

E3 « crise dans le couple », « la pression de l'école, de la maîtresse, de la nourrice ou de la crèche qui refuse de prendre un enfant malade et qui insiste à consulter leur médecin. »

E12 « le soir, en fin de journée »

Certains parents sont très inquiets en consultation. Une des explications pouvait être l'existence d'antécédents liés à la fièvre. Une expérience antérieure marquante, avec un vécu difficile de la fièvre, était évoquée comme une difficulté pour autonomiser les parents.

#### Histoire familiale :

E3 « peut-être que leur propre histoire vis-à-vis du symptôme est à prendre en compte »

E7 « Je pense que tous les patients peuvent être éduqués sauf ceux qui ne le veulent pas mais, en général c'est rare, dans le cadre de ta question concernant enfant et parents. Sauf les parents vraiment anxieux qui ont vécu des choses dramatiques. »

## c2) Liées à une information sauvage

En effet, certains parents arrivent en consultation avec des informations provenant de sources diverses (« journal », « voisine ») qui peuvent entraîner des difficultés de compréhension entre médecin et parents. Ces informations sont considérées par le médecin comme erronées. Elles semblent ancrées et difficiles à réfuter. Dès lors, les messages délivrés par le médecin semblent ne pas être entendus.

### Information des parents :

E3 « La mauvaise information des parents ne nous aide pas »

E4 « journal », « voisine », « n'adhèrent pas à mon discours »

## **d) Limites de l'autonomisation : côté médecin**

Certains obstacles limitants, semblaient compliquer la volonté du médecin à autonomiser les parents.

### d1) Le temps passé en consultation

En effet, nombreux étaient ceux qui faisaient référence au temps passé en consultation pour former leur patient. Ils avaient tendance à trouver cela chronophage. Ils soulignaient que plusieurs consultations étaient nécessaires avant que les parents ne s'autonomisent de façon satisfaisante. La répétition des messages dans le temps semble indispensable à la bonne compréhension parentale et à leur autonomisation. Cependant cette durée nécessaire à la formation parentale entraîne parfois un sentiment d'échec et d'épuisement du médecin.

### Durée d'éducation :

E6 « à force, on les a quand même éduqués »

E7 « on répète les consignes », « ça prend du temps »

E9 « avec l'expérience, ils apprennent et finissent par gérer seuls », « il faut un an »

E10 « les gens qui sont venus [...] 3-4 fois pour une rhino [...] et qu'ils ressortent à chaque fois avec du Doliprane [...] l'éducation, elle passe par là »

### Épuisement du médecin, sentiment d'échec :

E2 « une prescription d'antibiotique est discutable pour éviter qu'ils reviennent sans cesse », « étouffe le médecin »

E3 « plus très à l'écoute car je le vois une fois par semaine », « j'ai l'impression de répéter tout le temps la même chose », « quel boulot »

E4 « réitérer nos explications systématiquement »

E11 « on a beau leur expliquer 20 fois »

### d2) Une expérience personnelle marquante

La majorité avouait que leur expérience personnelle pouvait modifier leurs pratiques et changer leurs habitudes de prise en charge. Cette expérience pouvait être liée à un cas particulier d'enfant, à leur façon d'avoir été eux-mêmes éduqués par leurs parents, à un travail de recherche ou encore à l'expérience acquise au cours des années de pratique.

Une expérience personnelle marquante semble être un facteur, limitant le médecin à autonomiser ses patients.

Expérience personnelle :

E1 « expérience marquante »

E2 « Mon expérience personnelle influence ma pratique. »

E9 « C'est vrai que j'ai eu un cas d'un nourrisson à 41 de fièvre, malgré le paracétamol, qui a eu une méningite et ça je m'en rappelle. »

E12 « La propre histoire des familles peut être une limite à l'éducation, s'ils ont perdu un enfant s'il y a une histoire particulièrement grave et angoissante. C'est pareil pour le médecin d'ailleurs, selon l'expérience qu'il a pu vivre avec la fièvre. »

d3) L'inquiétude du médecin

La plupart d'entre-eux dévoilaient une inquiétude liée à la fièvre de l'enfant. Cette inquiétude du médecin a plusieurs causes. Certains redoutent une pathologie grave, des complications ou même des problèmes médico-légaux. L'un d'eux trouve plus inquiétant une fièvre qui ne cède pas malgré l'administration de Paracétamol. Par ailleurs, deux médecins semblent compatir à la condition des parents par un mécanisme de transfert. En effet, s'inquiétant de l'état d'anxiété des parents, ils leur donnent un rendez-vous rapidement. L'un d'entre-eux dit devoir aussi gérer ses propres angoisses et semble avoir besoin de voir l'enfant pour se rassurer. Un autre voit rapidement tous les enfants ayant une fièvre au dessus de 39 degrés pour éliminer une pathologie grave. Cette inquiétude du médecin et ce mécanisme de transfert sont des limites à l'autonomisation.

Inquiétude du médecin :

E1 « si on ne voit pas la méningite, le lendemain il est mort », « je crains qu'il y ait des complications »

E5 « il faut que tu l'examines pour être sûr », « mon côté un peu stress »

E8 « la fièvre quelquefois échappe au traitement et tu es bien obligé de donner un peu d'advil », « au dessus de 39, je le vois », « mal dormir le soir »

E9 « attention...méningite », « on l'a examiné d'un point de vue médico-légal »

E10 « gère mes angoisses »

Transfert :

E1 « je me mets à la place des parents », « moi-même étant parent »

E10 « on reçoit l'angoisse des parents mais il faut gérer notre propre angoisse », « je me mets dans la situation des parents qui sont angoissés », « A partir du moment où on a été parent, on le sait très bien »

d4) La surcharge de travail

Certains médecins faisaient part d'un problème d'emploi du temps lié à un agenda surchargé à l'origine de difficultés pour recevoir les patients. Par ailleurs, l'un d'entre eux évoquait la nécessité de recevoir les parents en consultation pour pouvoir les éduquer. Ce manque de disponibilité apparaît comme un facteur limitant l'autonomisation.

Agenda :

E2 « pour les éduquer, il faut pouvoir les recevoir »

E3 « voir l'enfant entre 2 »

E6 « pas de place »

#### d5) Le paternalisme

Quelques-uns avaient une vision paternaliste de la relation médecin malade. Celle-ci ne paraît pas compatible avec le concept d'autonomisation parentale. En effet, l'absence de confiance du médecin, envers la faculté des parents à comprendre des messages, ou encore à appréhender la fièvre de leur enfant, l'empêche de se projeter dans une démarche de responsabilisation.

##### Paternalisme :

E1 « c'est moi qui ai examiné, pas eux », « non, ils ne peuvent pas savoir »

E5 « les parents ne sont pas médecins »

#### d6) Le bien-être du médecin

L'un des médecins mettait en avant l'importance du bien-être au travail et l'intérêt des consultations jugées plus simples. Cette idée peut être une limite à l'autonomisation des parents. En effet, les consultations pour fièvre de moins de 48 heures, sans gravité, sont considérées comme plus faciles et donc plus reposantes pour ce médecin.

##### Bien-être au travail :

E10 « Avoir sur une journée que des actes complexes, jamais entrecoupés d'une petite rhino [...] bien-être au travail »

### e) Facteurs influant l'autonomisation parentale

Différents facteurs pouvaient influencer la décision du médecin à autonomiser les parents. Ces facteurs pouvaient parfois faciliter la démarche ou bien la rendre plus compliquée selon la situation.

#### e1) Facteurs influents liés à la fièvre

La plupart des médecins tenaient compte de critères, liés à la fièvre, pouvant modifier leur prise en charge.

Le principal est la tolérance de la fièvre. Une fièvre mal tolérée est ressentie comme une urgence nécessitant un examen rapide de l'enfant.

Inversement, une fièvre bien tolérée semble pouvoir attendre.

Certains adaptent également leur prise en charge selon la durée de la fièvre. En effet, une fièvre supérieure à 48 heures peut engendrer la prescription d'examens complémentaires.

D'autres réagissaient différemment lorsqu'il s'agissait de nourrissons fébriles ; un nourrisson ayant de la fièvre est considéré comme une urgence.

Un autre critère d'inquiétude est l'intensité de la fièvre. Plus la fièvre est élevée, plus le médecin semble inquiet et décide de voir l'enfant rapidement.

D'autres prennent en compte les signes associés à la fièvre pour adapter leur conduite à tenir.



### Approche de la fièvre par le médecin :

#### *Tolérance de la fièvre :*

E1 « si l'enfant est comme d'habitude, je leur dis d'attendre »

E2 « ce qui m'importe ce n'est pas le chiffre mais l'état de l'enfant »

E4 « enfants pas comme d'habitude , je vais dire oui (pour les voir rapidement) »

E7 « Ils peuvent consulter tôt s'ils sont inquiets, je pense à l'enfant pas du tout dans son état habituel »

#### *Durée de la fièvre :*

E2 « durée de la fièvre est importante, si elle persiste, rappelez-moi »

E6 « durée plus importante que l'intensité »

E8 « après 4 jours de fièvre, je prescris prise de sang, examen d'urine, radio pulmonaire »

#### *Age de l'enfant :*

E2 « je distingue la consultation nourrisson » « tout petit, je revois vite »

E9 « ça dépend de l'âge de l'enfant, les choses sont différentes »

E10 « c'est difficile quand même quand un nourrisson a 39 de fièvre de ne pas le voir »

E12 « Un tout petit de moins de 3 mois, j'explique bien aux parents qu'à plus de 38,5 c'est Clocheville, il faut aller aux urgences pédiatriques »

#### *Intensité de la fièvre :*

E1 « 40 c'est plus inquiétant que 38 », « à 40, on pense à la méningite »

E8 « Au dessus de 39, je le vois »

#### *Signes associés :*

E4 « rappeler si des symptômes nouveaux apparaissent »

### e2) Facteurs influents liés à certaines caractéristiques parentales

Certains médecins pensaient qu'il était plus simple d'autonomiser la nouvelle génération. D'autres pensaient le contraire.

Par ailleurs, l'expérience parentale face à la fièvre, avait une tendance à faciliter l'autonomisation. En effet, les jeunes parents, peu expérimentés, semblaient venir plus précocement en consultation.

### Caractéristiques parentales :

#### *Niveau socio-économique :*

E3 « classe moyenne un peu informée mais pas assez donc inquiète », « les personnes ayant plus de responsabilités dans leur travail vont se donner du temps »

E6 « bas de l'échelle [...] négligents »

E12 « on craint le mauvais suivi » « on va faire revenir des gens plus tôt »

#### *Aspect générationnel, évolution des comportements :*

E3 « la génération qui arrive, ce n'est pas possible »

E11 « jeune génération a compris que les médicaments ne sont pas forcément bons. »

#### *Expérience parentale entraînant des consultations précoces :*

E6 « premier enfant, première fièvre », « très jeune maman »

E9 « jeunes parents », « esseulés »

L'attitude des médecins étaient différentes selon l'évaluation qu'ils faisaient de la compétence parentale. Si le médecin a une certaine confiance dans la capacité des parents à juger de la gravité de l'état de l'enfant, l'autonomisation semble possible. Cependant l'un d'entre eux différencie la génération actuelle de parents et celle d'il y a plusieurs années

considérant que l'ancienne génération avait tendance à mieux contrôler la température de leur enfant.

Les médecins ayant une vision paternaliste ne reconnaissent pas que les parents puissent être compétents et donc semblent considérer l'autonomisation des parents comme difficile.

#### Compétence parentale :

##### *Vision paternaliste :*

E1 « parents ne savent pas », « ne savent pas depuis quand il a de la fièvre », « ils ne peuvent pas écouter les poumons, ne peuvent pas regarder les oreilles »

E5 « ne savent pas », « manque d'objectivité »

##### *Autre vision :*

E2 « avant ils vérifiaient s'il y avait de la température...ils avaient idée de la prise en charge », « maintenant [...] la fièvre est présomptuée, mais pas toujours vérifiée »

E4 Concernant les « parents fiables ». « J'essaie d'aborder au cours de ces consultations, que la fois suivante si les symptômes sont identiques, qu'il n'a pas de signes de gravité, qu'il faut attendre au moins 48 heures de fièvre pour consulter. »

E8 « il a géré les antalgiques », « je lui fais faire une recherche de méningite »

E9 « certains ont le sens médical », « le sens médical on l'a ou on ne l'a pas. Voilà il y a des gens qui arrivent à réfléchir et à dire oui on va attendre »

E12 « parents en qui tu peux avoir confiance », « Et si un jour, quel que soit le médecin, si on est rassurant mais que votre bébé n'est pas comme d'habitude, ce n'est quand même pas normal, il y a quelque chose qui vous inquiète, vous savez pas trop pourquoi, je crois qu'il faut casser les pieds au médecin, c'est vous qui avez raison. A lui de se remettre en cause. »

Pour la majorité des médecins, la compréhension parentale est inégale.

L'autonomisation semble être plus évidente chez les parents capables de comprendre. Certains médecins laissaient entendre qu'il faut parfois du temps, et que la répétition des messages au fur et à mesure des consultations facilite la compréhension parentale.

#### Compréhension parentale dans le contexte :

E2 certains « n'entendent qu'une chose », certains « ne vont pas être réceptifs »

E3 concernant la « résistance aux antibiotiques » certains ne sont « pas du tout réceptifs »

E4 « A force de répéter [...] après ils attendent »

E5 « certains comprennent moins facilement »

E9 d'autres apprennent à « savoir patienter »

E11 « ici [...] les antibio [...] c'est dans certains cas précis », « faible minorité qui ne comprend pas »

### e3) Facteurs influents liés à la relation médecin-parents

La majorité des médecins mettaient en avant l'importance de la relation avec les parents. Il est essentiel d'avoir un lien fort pour garantir la confiance des parents envers leur médecin. Ce lien semble être renforcé par une grande disponibilité du professionnel de santé. Un médecin disponible met en confiance les parents et rend plus facile l'autonomisation.

#### Qualité de la relation médecin-parents : garant de la confiance parentale :

E2 « lien fort », « garantir la confiance », en voyant les enfants pour des maladies bénignes.

E3 « va permettre de réussir à éduquer », « ça nous permet de les valoriser et de renforcer le lien »

E8 « s'ils sont inquiets, on les appelle, et souvent on les voit », « il ne faut pas faire de consultation fermée », « confiance en leur médecin », « relation [...] au cœur de la réussite de cette éducation »

E9 « vous ne le voyez pas dans la journée vous risquez de perdre le client »

E12 « s'il y a la confiance [...] nous-mêmes convaincus, on est forcément convaincant »

*Disponibilité du médecin :*

E3 « restant très disponible »

E4 « rester joignable », « garder le lien », « téléphone »

E5 « reviennent s'il y a des choses qui changent », « pas qu'ils hésitent à revenir »

E8 « les parents sont rassurés, ils ont vu leur médecin »

E9 « vous ne le voyez pas dans la journée vous risquez de perdre le client », « reconsulter », « je le vois rapidement »

E11 « reconsulter si la fièvre dure plus de 5 jours »

En outre, la notion de confiance envers les parents était abordée. Les médecins paternalistes ne semblent pas pouvoir faire confiance aux parents. Les autres avaient tendance à se fier au discours parental, ou à leur capacité à repérer les signes d'alarme.

Confiance médecin → parents :

*Vision paternaliste :*

E1 « ils peuvent passer à côté d'indices »

E5 « il y a toujours un truc qu'ils ne vont pas voir »

*Autres :*

E2 « Ce qui m'importe c'est pas le chiffre, c'est la tolérance de l'enfant telle qu'elle est rapportée par la maman. »

E6 « j'adapte ma ligne de conduite », « les parents savent [...] nous faire comprendre »

E7 « quand il y a une « vraie inquiétude, ils viennent »

E12 « c'est eux qui ont raison s'ils sont inquiets, à nous de leur prouver le contraire »

#### e4) Autres facteurs influents

La plupart ne considérait pas que l'autonomisation des parents pouvait être à l'origine d'une baisse de revenus. En effet, travaillant dans une zone en manque de médecins, ils ont tous un planning chargé. Par ailleurs, certains disaient que l'argent ne les intéressait pas. Cependant, l'un d'entre eux considérait l'autonomisation comme une perte financière car elle diminue son nombre de consultations, la fièvre de l'enfant étant un motif très fréquent de consultation pour ce médecin.

Part financière :

E1 « la part financière n'est pas un problème »

E2 « patientèle importante »

E4 « on refuse des patients »

E7 « nous sommes surchargés »

E10 « non, il y a vraiment beaucoup de travail »

E11 « c'est difficile [...] c'est aussi notre gagne-pain. », « bonne partie de notre activité »

E12 « je ne suis pas un homme d'argent »

Par ailleurs, quelques médecins décrivaient devoir faire face à des parents difficiles, ce qui peut influencer leur prise en charge. Les parents insistants, notamment sur la prescription d'antibiotiques, peuvent mettre en difficulté certains médecins. En effet, quelques-uns vont avoir tendance à en prescrire à la demande des parents.

Influence parentale :

E1 « ceux qui veulent des antibiotiques, et qui ne veulent pas revenir dans 48 heures »

E3 « l'insistance parentale me fait craquer »

La connaissance de l'enfant et de son entourage semble être un déterminant de la prise en charge des médecins. Pour certains, il y a plus de facilité à gérer les patients connus. Soit parce qu'ils sont déjà autonomisés et ne consultent pas immédiatement, soit parce que leurs antécédents justifient une consultation rapide. Par ailleurs, l'un d'entre eux évoquait une éventuelle diminution de vigilance face aux patients connus.

Connaissance du patient et de son entourage :

E4 « les enfants que nous suivons depuis tout-petits, on a fait l'éducation thérapeutique dès le départ et généralement ça ne pose pas de problème, les enfants on ne les voit pas tout de suite »

E6 « Je connais bien mes patients, et quand la secrétaire me demande je sais si je dois le voir tout de suite ou pas »

E12 concernant les patients connus : « on est peut-être moins vigilant », concernant les autres patients « on juge si on ne les connaît pas, alors on peut se planter donc il faut rester sur des critères objectifs »

Pour un médecin, le fait qu'il y ait une unité dans la façon de travailler favorise l'éducation parentale.

Consensus médical :

E11 « Dans notre système [...] on leur dit tous la même chose »

## **f) Perspectives**

La dernière question de l'entretien permettait au médecin d'envisager des pistes pour favoriser l'autonomisation parentale.

Dans l'ensemble, les conseils donnés aux parents sont abordés au cours de la consultation à l'oral, certains écrivent sur le carnet de santé ou font des schémas.

Quelques-uns pensaient qu'un support serait une aide pour les parents telle qu'une fiche informative. Ce support peut être un repère pour les parents mais aussi une éventuelle aide pour le médecin en cas de problème médico-légal.

Par ailleurs, un autre soulevait l'intérêt d'une campagne de masse.

Formalisation des conseils :

*En consultation :*

E3 « conseils oraux »

E6 « oraux, écrits »

E8 « conseils oraux »  
 E9 « conseils oraux »  
 E10 « oraux ou écrits [...] dépend des gens que j'ai en face de moi », « plus cortiqués que d'autres »  
 E11 « dis, et écris sur le carnet de santé »  
 E12 « oralement. Je fais beaucoup de schémas aussi »  
*Support papier :*  
 E1 « aide »  
 E2 « fiche comme repère »  
 E4 « j'aimerais que ce soit formalisé, peut-être même que sur le plan médico-légal ça peut être intéressant de le faire mais c'est vrai que je ne le formalise pas de manière écrite. Ça serait, je pense, intéressant de le faire. Une fiche comme on peut faire pour les traumatismes crâniens. »  
 E12 « un support est utile », « la fois d'après ils s'y réfèrent »  
*Campagne de masse :*  
 E11 « patients sont vachement accessibles »  
 E12 « Après il y a la campagne de masse mais plutôt un support papier, je pense qu'il faudrait ça, quelque chose de facile, ludique, à mettre dans le carnet de santé, et reproductible. »

### **g) Autres résultats**

La réassurance parentale est au cœur des consultations de la plupart des médecins. Elle est faite le plus souvent à l'oral en se basant sur des signes cliniques objectifs rassurants. Elle passe aussi parfois par la prescription d'examens complémentaires. Celle-ci semble participer à garantir une relation de confiance entre le médecin et le patient, permettre aux parents de se rassurer et de s'autonomiser pour une future situation similaire.

#### Réassurance parentale :

E3 « calmer le jeu »  
 E5 « rassurer les parents »  
 E6 « je les rassure », « je les rassure [...] peut-être que la veille on aurait rien vu »  
 E7 « je les rassure », « vous n'êtes pas un mauvais parent »  
 E8 « désamorcer la bombe »  
 E10 « on leur explique qu'il n'y a pas de signes qui nous font angoisser »  
 E11 « tout à fait rassurant », « ordonnance d'ECBU »  
 E12 « on est là pour les rassurer »

Une tendance se dégageait quant à l'importance d'intégrer le concept d'autonomisation des parents dans la pratique des médecins. Une vision plus paternaliste juge ce travail trop difficile. (E5)

#### Avis sur l'autonomisation :

E4 « important »  
 E5 « trop difficile », « n'ont pas la formation qu'on a eu »  
 E6 « importante »  
 E10 « important », « jusqu'où », « sans entrer dans la négligence »

Face à des enfants examinés pour fièvre de moins de 48 heures, nombreux étaient ceux qui ne prescrivent pas d'antibiotique en l'absence de diagnostic. Par contre, certains se sentent en difficulté dans certains cas, comme les veilles de week-end, ou pour des enfants connus pour faire des otites à répétition. Un médecin prescrit parfois des antibiotiques selon l'inquiétude des parents.

Prescription d'antibiotique :

E3 « week-end ou vacances »

E4 « otite sur otite », « veille de week-end »

E6 « enfant fragile [...] veille de week-end [...] je prescris »

E7 « démarrez [...] dans 48h [...] si [...] »

E9 « pour répondre à l'inquiétude des parents »

E10 « si je décide [...] c'est pour un diagnostic comme »

E12 « fièvre de moins de 48h, bah non [...] sauf vendredi soir [...] tu peux faire une prescription anticipée en donnant des consignes. »

Certains médecins soulignaient l'importance du respect et de la gestion de l'inquiétude parentale. La gestion pouvait passer par un rendez-vous rapide. Le respect de l'inquiétude était caractérisé par l'écoute, la prise en compte du discours parental et même parfois la remise en cause du médecin lui-même.

La prise en charge de l'inquiétude parentale nécessite une cohérence entre l'action du médecin et son propos. Le médecin doit respecter sa parole quand il propose de reconsulter, ce qui nécessite une organisation de planning adaptée.

Par ailleurs, pour l'un d'entre eux, la gestion de l'inquiétude parentale passe par la prescription d'antibiotique.

Respect et gestion de l'inquiétude parents-enfant :

E4 « je les prends tout de suite »

E10 « respecter leurs angoisses »

E12 « se remettre en cause »

Notamment par la cohérence du médecin :

E8 « cohérence de planning qui soit en cohérence avec ce qu'on dit aux gens », « je préfère désamorcer dans la journée plutôt que de me dire que le gamin a été vu le soir je ne sais pas par qui, je ne sais pas pourquoi ni comment »

E9 « antibiotique [...] au cas par cas selon l'inquiétude des parents »

Quelques médecins mettaient en avant leur compétence concernant la prise en charge de la fièvre de l'enfant. Certains ne se sentent pas en difficulté cliniquement, d'autres semblent à l'aise sur le plan de la communication et n'hésitent pas à se remettre en question ou à prendre du temps pour expliquer les choses. D'autres mettent en avant leur faculté à s'adapter aux parents selon la connaissance qu'ils ont de ces derniers.

La compétence du médecin dans le domaine :

Adaptative :

E5 « à son patient et à son niveau de compétence »

E6 « certains patients [...] avec qui j'ai eu des soucis [...] avec des enfants pas bien (venant tardivement) [...] eux, on leur dit de consulter plus tôt »

E12 « au comportement de la maman, on juge bien l'angoisse »

*Communicationnelle :*

E6 remise en question : « c'est nous qui avons mal expliqué les choses », « répéter »

E10 « pas dans la violence », « peu à peu »

*Clinique :*

E10 « à l'aise »

E12 « on maîtrise mieux les antipyrétiques »

Parmi les médecins ayant participé à des activités de formations à l'éducation thérapeutique, l'un était paternaliste, les quatre autres avaient une vision moins arrêtée sur la capacité des parents à être autonome. La vision paternaliste, chez ce médecin formé à l'éducation thérapeutique, n'était pas différente d'un autre médecin paternaliste. Il considérait comme impossible l'autonomisation des parents et ne parvenait pas à leur faire confiance. Il doutait de leur capacité à comprendre les consignes, ou encore de leur faculté à repérer des signes d'alarme en cas de fièvre de l'enfant.

La pensée des quatre autres médecins était similaire. Ils émettaient un avis favorable à ce concept tout en soulevant des facteurs limitants et influents.

L'âge des médecins ne semblait pas influencer sur leur avis quant au concept d'autonomisation parentale.

## DISCUSSION

Le concept d'autonomisation parentale dans la fièvre de l'enfant est globalement considéré comme important pour les médecins généralistes mais cependant des réticences et des facteurs déterminant la décision d'autonomisation ont été abordés. En effet, pour les médecins, le désencombrement des urgences et la limitation de la consommation médicale pourraient être intéressants étant donné la démographie médicale actuelle. Cela peut s'expliquer par le fait que dix des douze médecins interviewés travaillent dans des zones dites rurales en fortes demandes de soins avec des plannings surchargés. Une autre explication peut être que la fièvre est un motif fréquent de consultation pour les médecins généralistes et qu'il participe probablement à encombrer le planning. Par ailleurs, les médecins se disent plus satisfaits de soigner des parents autonomisés car la consultation aboutirait plus souvent à un diagnostic.

Dans l'ensemble, les médecins voient comme un avantage le fait de responsabiliser les parents face à la fièvre de leurs enfants. Cela peut s'expliquer par le fait que le médecin préfère soigner des patients responsables, qui vont prendre en charge leur santé de façon active. Cette responsabilisation passe par la formation parentale en consultation. Elle permet de renforcer les compétences parentales dans le suivi de la fièvre de l'enfant et ainsi améliorer la confiance qui existe entre parents et médecins. Cette éducation semble pouvoir être possible lorsqu'il existe un lien solide entre les parents et le médecin. Cela peut s'expliquer par la relation de confiance qui s'installe et qui progresse au cours du temps et des consultations.

Par ailleurs, les médecins pensent qu'il existe des limites à ce concept. La principale concerne les parents tellement inquiets à la moindre poussée de fièvre de leurs enfants que même leur médecin échoue à les rassurer. Dans ce cas, l'autonomisation semble impossible. Les médecins généralistes évoquent aussi l'existence de certains parents négligents ou à risque de négligence. Tous sont d'accord pour dire que ces patients ne doivent pas être autonomisés, craignant des situations à risque de complications. Par ailleurs, la pression exercée par la société entourant la famille, a tendance à aggraver l'inquiétude parentale et donc à être un facteur limitant l'autonomisation. Certains parents, plutôt autonomes dans la gestion de la fièvre, vont se rendre en consultation, cédant à la pression de l'école ou de l'entourage. Dans ces situations, on a beau autonomiser les parents, ils viendront quand même, au moins pour venir demander un certificat médical réclamé par l'école.

D'autres idées soulevées lors de ces entretiens montrent que les médecins ne sont finalement pas complètement favorables au concept d'autonomisation. En effet, ils parlent souvent de la nécessité d'être disponibles et de prendre du temps avec les parents pour les autonomiser. Cependant, ils m'ont tous fait part de leur difficulté à recevoir les patients à cause d'un planning semblant très chargé. Une solution serait peut-être une organisation différente pour faciliter la réception de ces parents inquiets dans un délai bref, jusqu'à ce qu'il soient autonomisés. Par ailleurs, concernant la perte de temps évoquée par les médecins, il est probable que l'autonomisation permette une diminution du nombre de consultations pour ce motif. Ce temps passé initialement à former les parents pourrait donc permettre au médecin, une fois les parents autonomisés, de libérer des créneaux de consultations pour d'autres patients. Le planning serait alors plus aéré. On peut imaginer également que la répartition médicale pourrait être améliorée.

Par ailleurs, il existe aussi du côté du médecin une réelle inquiétude lorsqu'on leur parle de fièvre et d'enfants. Cette inquiétude est justifiée car il existe en effet des maladies graves chez l'enfant fébrile. Cependant, ils m'ont tous dit que la maladie grave pouvait être éliminée rapidement, d'un coup d'oeil. Alors, si un médecin peut écarter une pathologie grave en un coup d'oeil, les parents n'en seraient-ils pas capables également ?



Une vision paternaliste a été retrouvée chez deux médecins. Pour eux, l'autonomisation est impossible, les parents seraient incompetents, et incapables de comprendre les messages délivrés. Le risque pris par le médecin paternaliste, de laisser les parents seuls face à la fièvre de leur enfant, n'est pas admissible.

Ce concept d'autonomisation est assez nouveau en médecine. Actuellement, nous entendons beaucoup parler d'éducation thérapeutique. On apprend aux patients à gérer leur traitement. Il semble que cette éducation soit efficace notamment dans le diabète [12]. De plus, il est probable que l'éducation thérapeutique devienne une spécialité médicale à part entière comme en témoigne la création de services spécifiques dans certains hôpitaux français.

L'autonomisation parentale dans la fièvre de l'enfant n'entre pas dans ce cadre. En effet, ce que nous avons évalué c'est la faisabilité de l'éducation diagnostique et non thérapeutique. Jusque-là, le diagnostic était exclusivement réservé aux médecins. Il nécessite des compétences acquises au cours de nombreuses années d'études, d'expériences partagées mais aussi du talent. C'est pour cela que l'on qualifie la médecine comme un art. Dans le thème de la fièvre, il n'existe aucune méthode claire, établie, aucune recommandation dans la démarche réflexive et diagnostique. Le diagnostic apparaît donc comme un privilège accessible uniquement au médecin. Peut-être, qu'en ce sens, il est plus aisé de comprendre les difficultés de mes pairs à rendre autonome les parents de ces enfants fébriles et qu'une solution serait peut-être également de faire des recommandations claires, reproductibles en médecine ambulatoire pour aider les médecins dans la prise en charge de la fièvre. En effet, nous nous sommes rendu compte, au cours de ce travail de leur difficulté à rendre autonomes les parents car de nombreuses conditions doivent être réunies. Si une conduite à tenir face à la fièvre existait, on peut imaginer que les médecins auraient plus de facilités à se projeter dans une démarche d'éducation diagnostique.

Par ailleurs, je pense qu'il existe une difficulté globale pour les médecins à prendre en charge la pathologie bénigne en général. Pour preuve, la divergence des pratiques et des conduites tenues en cas de fièvre de l'enfant chez les médecins dans notre travail. Une explication pourrait être que la formation médicale, notamment durant les études, s'attache avant tout à apprendre aux médecins à reconnaître les maladies graves et à les appréhender de façon adaptée. On peut penser que les médecins pourraient être beaucoup plus à l'aise et se sentiraient plus aptes à autonomiser les parents, si leur formation à la pathologie bénigne était renforcée.

Mon travail présente quelques faiblesses.

J'ai choisi des cabinets médicaux parmi lesquels je connaissais un médecin. Les premiers entretiens ont été réalisés avec mes deux maîtres de stage. Cela m'a permis, dès le départ, de pallier à mon manque d'expérience en tant qu'investigateur. D'une part, j'ai pu apprendre à faire parler l'interviewé en maniant les questions ouvertes, et d'autre part j'ai pu appréhender et comprendre les défauts initiaux de ma trame d'entretiens. Celle-ci a donc été corrigée après les deux premiers afin d'augmenter sa capacité à récolter un maximum d'informations quant à mon objectif. Face à un interlocuteur connu, j'ai pu faire face à mes difficultés d'investigateur inexpérimenté plus facilement, en restant à l'aise et sans interrompre l'échange. De même, je pense que la connaissance du médecin peut être un facilitateur pour obtenir leur véritable regard sur des sujets sensibles, notamment lorsque j'ai posé des questions concernant l'impact financier. Par ailleurs, dans les cabinets de groupe, j'ai pu facilement prendre contact avec le médecin que je connaissais. J'ai donc pu obtenir un rendez-vous rapidement, mais également me faciliter la prise de contact avec d'autres praticiens du

cabinet que je n'avais jamais rencontrés. En effet, la connaissance de certains médecins m'a permis de savoir à l'avance avec qui ils travaillaient et comment. Parmi les douze interrogés, six d'entre eux m'étaient inconnus. Tout cela m'a permis d'être représentatif.

J'ai choisi d'utiliser un dictaphone pour enregistrer mes entretiens. Il peut être une source de blocage pour le médecin. Cependant, il m'a permis de ne pas prendre de notes et donc d'être complètement investi dans l'échange. De même, j'ai pu participer activement à l'entretien et ainsi aider le médecin à développer son propos. De plus, au moment du codage, toutes les données verbales ont pu être transcrites et cela est impossible à la prise de note. Concernant les données non verbales, elles n'ont pas été retranscrites. J'ai préféré être totalement investi dans les entretiens, ce qui m'a permis de mettre à l'aise le médecin et de récolter un maximum d'informations.

Pour mener à bien ce travail, j'ai réalisé une étude qualitative. Cette méthode s'est avérée être la plus adaptée pour cette recherche qui visait à rendre compte des représentations que se font les médecins généralistes sur le concept d'autonomisation parentale dans un thème précis : la fièvre de l'enfant datant de moins de 48 heures. Par l'utilisation de questions ouvertes, l'échange est enrichi et le médecin interrogé n'est pas influencé dans ses réponses. C'est aussi pour cela qu'il n'a pas été décidé, à l'avance, de la cohérence interne des informations recherchées.

Des entretiens semi-dirigés ont été préférés au focus groupe. Le focus groupe aurait pu s'intégrer à l'étude. Il pouvait paraître plus adapté à ma question de recherche que les entretiens semi-dirigés car le résultat aurait pu faire émerger une idée, un sentiment voire même un consensus sur le concept d'autonomisation. Mais je savais ce sujet sensible et pouvant être clivant selon les médecins. J'imaginais des médecins ayant des visions différentes de ce concept. Je pensais aussi que certaines réponses, comme celles sur l'impact financier d'une autonomisation, n'auraient pas pu être révélées en groupe. Les entretiens semi-dirigés se sont donc avérés convaincants. Ils m'ont permis d'explorer, en profondeur, les avis des médecins sur ma question. Chaque médecin a pu s'exprimer sans retenue, ni crainte du jugement des autres. De plus, l'effet de leader d'opinion qui peut exister au sein d'un groupe a été évité.

Je me suis toujours déplacé pour réaliser les entretiens dans un lieu choisi par le médecin. De même, la date et l'heure du rendez-vous étaient choisies par le médecin interrogé et je me suis à chaque fois rendu disponible. J'ai choisi cela dans le but de limiter les contraintes de l'interviewé. Une première approche sans contrainte peut permettre de s'affranchir d'éventuelles pensées négatives ou préjugés sur l'investigateur avant la rencontre.

Une étude [12] a étudié le bien-être de patients diabétiques totalement autonomes dans le suivi de leur maladie. La conclusion était que plus leur diabète était équilibré, meilleur était leur bien-être. En extrapolant cela à notre étude, on pourrait penser que le bien-être des patients pourrait s'accroître avec l'autonomisation. Cette étude me laisse à penser une chose : dans notre travail, l'inquiétude semble être apparue comme une limite à l'autonomisation, mais finalement est-ce que ce concept ne serait pas une manière de rassurer les patients ?

Ce travail renforce une fois de plus l'intérêt d'aider les parents dans la gestion de la fièvre même si les médecins n'oublient pas d'en mentionner certaines limites. L'autonomisation parentale pourrait être une piste pour améliorer la prise en charge de la fièvre de l'enfant.

Comme le proposait une étude de 2015 [13], la conception d'une fiche explicative donnant des repères aux parents dans le suivi, le traitement et l'évolution de la fièvre, pourrait s'avérer utile pour optimiser la prise en charge de la fièvre de leur enfant et donc leur autonomie. Les messages essentiellement délivrés à l'oral par le médecin semblent être

répétitifs et chronophages. Un support papier pourrait aussi faciliter le travail d'éducation du médecin.

Une étude réalisée sur des parents Taïwanais en décembre 2016 [14] a montré une meilleure gestion de la fièvre chez les parents éduqués par la simulation, comparativement à ceux suivant une brochure explicative. Cette éducation par la simulation étant compliquée à mettre en œuvre par les médecins généralistes actuellement (surcharge planning, déserts médicaux), la fiche informative semble être plus adaptée.

Une fiche mémo [15] a été publiée en octobre 2016 par la Haute Autorité de Santé pour la prise en charge de la fièvre de l'enfant mais elle n'est pas du tout adaptée aux parents. En effet, cette fiche semble s'adresser au médecin. Elle aborde des messages clés importants dans la connaissance et le traitement de la fièvre de l'enfant. Cependant, elle ne fait pas part de la démarche diagnostique qui pourrait aider le médecin à adopter une conduite à tenir établie. Cette fiche est une première étape mais elle doit être améliorée. Peut-être pourrait-elle être une aide pour l'établissement de recommandations.

Trois fiches de conseils, s'adressant aux parents, sont disponibles sur le site Ameli-santé depuis décembre 2016. Elle semble adaptée et pourrait être le point de départ pour améliorer la prise en charge de la fièvre infantile. Je pense qu'il est intéressant d'encourager les médecins généralistes à diffuser ces fiches aux parents, pour pouvoir évaluer leur impact [16].

## BIBLIOGRAPHIE

1. Collège National des Pédiatres Universitaires. Fièvre aiguë de l'enfant. <http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/pediatric/enseignement/fevre/site/html/5.html#5>
2. HAHUSSEAU M. Le recours aux urgences pédiatriques est-il toujours justifié?Thèse d'exercice. Médecine. Médecine Générale. Tours : 2015
3. GABAY ATTIAS D. Fièvre de l'enfant : évaluation des connaissances et de la prise en charge des parents. Thèse d'exercice. Médecine. Médecine Générale. Paris : 2008.
4. MENDEZ-GONZALEZ P. Différences de perception et de prise en charge de la fièvre chez l'enfant, par les parents et par les professionnels de la santé. Thèse d'exercice. Médecine. Médecine générale. Genève : 2004.
5. ESCOURROU B, BOUVILLE B, BISMUTH M, DURRIEU G, OUSTRIC S, . Automédication des enfants par les parents : un vrai risque ? Enquête descriptive transversale. La Revue du Praticien. 2010 ; 60 (6) : 27–34.
6. AFSSAPS. Mise au point sur la prise en charge de la fièvre chez l'enfant. Communiqué du 04 janvier 2005. Disponible sur [www.afssps.sante.gouv.fr/10/fevre/fevre.html](http://www.afssps.sante.gouv.fr/10/fevre/fevre.html). In; 2005;2005.
7. SELIER-JOLLIOT C, DI PATRIZIO P, MINARY L, BOIVIN J-M. Les recommandations Afssaps de 2005 n'ont pas modifié la prise en charge parentale de la fièvre de l'enfant. Archives de Pédiatrie. 2015 Apr ; 22(4) : 352–9.
8. STAGNARA J, VERMONT J, DURR F, FERRADJI K, MEGE L, DUQUESNE A, et al. Article original: L'attitude des parents face à la fièvre de leurs enfants. Une enquête transversale des résidents de l'agglomération lyonnaise (202 cas). La Presse Médicale. 2005 Jan 1;34(Part 1):1129–36.
9. SFMU. Société Française de Médecine d'Urgence. Hausse de 4% des passages aux urgences en 2014. Communiqué du 24 avril 2017. Disponible sur <http://www.sfm.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/id-58695-hausse-de-4-des-passages-aux-urgences-en-2014-drees->
10. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS. Atlas de la démographie médicale. Situation au 1er janvier 2016. Communiqué du 02 juin 2017. Disponible sur [https://www.conseil-national.medecin.fr/atlas\\_de\\_la\\_demographie\\_medecale\\_2016.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/atlas_de_la_demographie_medecale_2016.pdf)
11. QUENTEL J-C. Conclusion. Raisons. 2011 Nov 10 ; 2e éd. : 237–51.
12. DORCHY H, OLINGER S. Bien-être des diabétiques insulino-dépendants : Evaluation chez 100 adolescents et adultes jeunes en fonction de leur contrôle métabolique. La Presse médicale. 1997 ; 26(30) : 1420–4.

13. DE BONT EGPM, LOONEN N, HENDRIX DAS, LEPOT JMM, DINANT G-J, CALS JWL. Childhood fever : a qualitative study on parents' expectations and experiences during general practice out-of-hours care consultations. BMC Fam Pract. 2015 Oct 7;16:131.
14. 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. 2016 Dec ; 57(6) : 467–73.
15. HAS. Fiche mémo. Prise en charge de la fièvre de l'enfant. Communiqué d'octobre 2016.
16. L'ASSURANCE MALADIE. Fièvre chez l'enfant : comprendre, que faire, quel traitement ? Disponible sur <http://www.ameli-sante.fr/fievre-chez-lenfant/>. 2016. QUENTEL J-C. Chapitre 9. L'accompagnement parental. Raisonsances. 2011 Nov 10 ; 2e éd.: 215–35.
17. PEETOM KKB, PLOUM LJJ, SMITS JJM, HALBACH NSJ, DINANT G-J, CALS JWL. Childhood fever in well-child clinics: a focus group study among doctors and nurses. BMC Health Serv Res. 2016 Jul 8;16:240.
18. GRASS L, CLAUDET I, OUSTRIC S. Connaissances et attitudes des parents face à la fièvre de l'enfant de moins de 6 ans. La Revue du Praticien de Médecine Générale. 2005 Mar 21 ; 19(686-687) : 381–4.
19. LE MAUFF P, BOURGUEIL C, PELOTEAU D, SENAND R, CHAMBONET J-Y. Enfants fébriles : que font les parents? Concours médical. 2001;123(9):581–5.
20. PURSELL E. Fever in children-a concept analysis. J Clin Nurs. 2014 Dec;23(23-24): 3575–82.
21. VERON A. Fièvre de l'enfant en médecine générale : quelle place pour le généraliste dans l'éducation thérapeutique du parent ? enquête auprès de 131 parents consultant en médecine générale. Thèse d'exercice. Médecine. Médecine générale. Reims : 2005.
22. REJO Y, La fièvre aiguë chez l'enfant : évaluation des connaissances et du comportement des parents à l'aide d'un questionnaire. Thèse d'exercice. Médecine. Médecine générale. Marseille : 2011.
23. PIRKER A, PIRKER M. Management of fever in children. Ther Umsch. 2015 Jan;72(1):15–7.
24. HIDDON A. Enquête sur la fièvre auprès des parents. Thèse d'exercice. Médecine. Médecine Générale. Marrakech : 2007
25. 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. 2010 Oct;10(5):309–16.
26. BOURRILLON A. Pour une prise en charge parentale optimale de l'enfant fébrile. La Médecine Infantile. 1992 10;6(08-09-10):471–6.

27. BOIVIN J-M, WEBER F, FAY R, MONIN P. Prise en charge de la fièvre de l'enfant : les connaissances et pratiques des parents sont-elles satisfaisantes? Archives de Pédiatrie. 2007 Apr;14(4):322–9.
28. VIERIN NZAME Y, ELLA N, DONG Y, MENGUE MAELLA M, RAVOROY, LASSEGUE R, ATEGBO S, et al. SFP / Pédiatrie générale et sociale: SFP P-122 – Comportement des mères dans la fièvre de l'enfant. Archives de pédiatrie. 2014 May 1;21(Supplément 1):832.
29. AHLAM A. Parcours et motivations de recours spontanés aux urgences pédiatriques au centre hospitalier de ROANNE. Thèse d'exercice. Médecine. Médecine générale. Lyon : 2015
30. QUENTEL J-C. Chapitre 9. L'accompagnement parental. Raisonances. 2011 Nov 10 ; 2e éd.: 215–35.

## **ABREVIATIONS**

CRP : Protéine-c-réactive

E : Entretien

FMC : Formation Médicale Continue

GB : Globules blancs

HAS : Haute Autorité de Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologique

RIAP : Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

## **ANNEXE 1 – Trame d'entretiens**

Racontez-moi votre dernière consultation pédiatrique pour fièvre depuis moins de 48 heures. Et comment vous avez fait, Abordez-vous autre chose pour la fois suivante ?

Cela vous semble-t'il important que les parents viennent consulter pour leurs enfants si précocement ? Arguments

Que faites-vous, quels conseils apportez-vous aux parents quand vous n'avez pas de diagnostic. (Education pour les prochaines fois , temps passé, consignes sur l'ordonnance, réassurance, place des traitements symptomatiques, place de l'antibiothérapie ?)

Que pensez-vous de l'autonomisation des parents, c'est-à-dire de les éduquer pour éviter qu'ils reviennent la prochaine fois pour la même chose ?

Selon vous, quels intérêts a le médecin à autonomiser ces parents ? (Allègement emploi du temps, désencombrement des structures d'urgence, rôle par rapport à la permanence des soins).

Quels inconvénients a le médecin à autonomiser ces parents ? (Consultations plus compliquées, part financière)

Comment faites-vous l'éducation de vos patients? (Support, consignes, et pourquoi ?)



## **ANNEXE 2 - Questionnaire**

Quel est votre âge :

Femme ou Homme médecin :

Type d'activité : rurale, semi-rurale, urbaine

Activité en groupe ou seul

Proportion d'enfant : relevé RIAP

Formation à l'éducation thérapeutique : sous quelle forme

Formation en pédiatrie (FMC, Externat, internat)

Avez-vous des enfants ? Quel âge ont-ils ?

## ANNEXE 3 - Verbatims

### Entretien 1

*Pouvez-vous me décrire votre parcours depuis votre entrée dans les études de médecine ?*

C'est vieux comme le monde, j'ai fait de la pédiatrie pendant mon externat, j'en ai pas fait beaucoup, je me suis formé sur le tas et avec des FMC\*. Avant mon installation, j'ai effectué pas mal de remplacements et je me suis installé en 1982 à 28 ans. J'ai toujours vu des enfants. C'est une activité rurale.

*Combien suivez-vous d'enfants dans votre activité ?*

J'en vois presque tous les jours, toutes les semaines c'est sûr, tout dépend de la politique des parents, ils ont parfois recours au pédiatre et à d'autres périodes un peu moins, il y a des cycles générationnels, je ne sais pas pourquoi, peut-être que les pédiatres changent. Il faut se renseigner au RIAP pour le nombre de patients que je suis.

*Comment abordez-vous une consultation de Pédiatrie par rapport à une consultation avec un adulte ?*

Déjà, je sais que c'est un enfant puisque c'est moi qui gère le planning ; quand ce sont des petits, je prends plus de temps, c'est sûr si c'est une visite, pour les enfants qui ont de la fièvre, ils s'intègrent dans l'agenda comme les adultes. J'aborde l'enfant différemment que l'adulte, j'adapte ma personne à chaque enfant. Il y a ceux qui sont plus ou moins ouverts, ceux qui sont plus opposants, ça dépend aussi des parents. Ça se passe pas mal avec les enfants, je pense que s'ils étaient mal reçus, j'en verrai moins, c'est logique. Mon raisonnement est forcément différent. Par l'interrogatoire déjà, car on peut faire dire ce qu'on veut au gamin à peu près, et puis les parents des fois ne savent pas trop ce qu'il se passe, ils ne savent pas depuis quand ils ont de la fièvre. J'ai eu une expérience marquante en remplacement avec un enfant déshydraté ; alors quand je vois un enfant avec diarrhée, vomissement j'y pense c'est sûr, la méningite j'y pense beaucoup aussi, cette expérience de déshydratation a modifié ma pratique, je suis très vigilant.

*Les consultations pour fièvre de moins de 48 heures sont-elles fréquentes ?*

Oui, très, pour les parents c'est fièvre ou boutons ou alors il tousse, après ils ont mal au ventre.

*Comment appréhendez-vous en consultation la fièvre chez l'enfant ?*

L'importance de la fièvre, 40 c'est plus inquiétant que 38, en général ils viennent rapidement, dès qu'il y a de la fièvre, les parents appellent au cabinet, sauf les familles tuyau de poêle qui viennent après 3 jours à 39°C. Une fièvre à 40, on pense tout de suite méningite. J'essaie de voir rapidement les enfants qui ont de la fièvre. Il y a plein d'exemples de parents qui vont aux urgences avec leur enfant qui a 40 et qui a une méningite ; celui-là si tu le vois pas tout de suite, le lendemain il est mort.

*Cela vous semble-t'il important que les parents viennent consulter pour leurs enfants si précocement ?*

Oui, il y a que les familles tuyau de poêle qui attendent qui n'ont pas un suivi, qui ne comprennent pas très bien. En général, les autres appellent et je les vois rapidement.

Si l'état de l'enfant est bien, non. Si l'enfant est comme d'habitude, qu'il a 38, qu'il va très bien, qu'il n'a pas vomi, je leur dis d'attendre le lendemain notamment s'il n'a pas eu de diarrhée ou de vomissement. S'il a toujours de la fièvre le lendemain, on le voit sinon. Donc, il y a la fièvre et l'état de l'enfant qui m'influence.

*Comment faites-vous quand vous n'avez pas de diagnostic ?*

Oh bah c'est souvent, faire un diagnostic brillant c'est pas à chaque consultation (rire), des fois il y a une angine, un truc, un machin, mais souvent il n'y a pas grand-chose, je dis aux parents que c'est viral, qu'ils ont bien fait de venir car on a éliminé les trucs graves, je leur dis de surveiller. Mais ils ont bien fait de venir car ils ne peuvent pas écouter les poumons à ma place et regarder les oreilles, voilà. J'essaie de limiter la prescription d'antibiotiques, j'essaie de me référer aux recommandations. Ceux qui ont un diagnostic précis, c'est facile de décider, l'âge m'influence ; un nourrisson je vais avoir plus tendance à le mettre sous antibiotique pour une rhino qui traîne et qu'il n'a pas l'air très bien. Avec les parents, j'essaie de leur faire comprendre, pour les otites chez les enfants de plus de 2 ans, qu'ils reviennent dans 48h pour revoir le tympan, ça dépend, on fait avec ou sans selon aussi l'attitude des parents qui disent : « ouais mais si c'est encore pour revenir dans 48H », ceux-là bah...(soupir)

Je ne les éduque pas forcément pour la prochaine fois car je peux dire que c'est viral uniquement quand c'est moi qui l'ai examiné, pas eux. Non, ils ne peuvent pas savoir. Je ne pose pas de diagnostic sans voir l'enfant. Non, j'écris rarement sur l'ordonnance pour expliquer aux parents des consignes.

*Selon vous, y a-t-il des intérêts ou des inconvénients à autonomiser les parents de ces enfants ?*

Ça dépend. Je n'aime pas les autonomiser sur la gestion de la fièvre, ça me paraît difficile, ils n'ont pas les connaissances. La rhino, sans fièvre, oui j'essaie de les autonomiser, mais dès qu'il y a de la fièvre ou autre, c'est difficile pour moi de le faire. C'est difficile parce que moi j'ai des enfants, et je pense que c'est difficile de se mettre à la place d'un parent. Un gamin qui a de la fièvre qui n'a pas été vu par le médecin et tu sais pas ce qu'il y a derrière, ça me paraît compliqué à gérer, c'est une source d'angoisse énorme. Je pense qu'ils ne peuvent pas savoir tout ce qu'on sait et passer à côté d'indices qu'ils ne peuvent pas connaître et qu'on ne pense pas à leur donner. On ne peut pas tout leur donner quand même. Ça fait partie de mon travail de voir ces enfants-là, j'ai pas d'avantages à alléger mon planning en réduisant ces consultations-là ; par contre, si je pouvais diminuer le nombre de consultations des gens qui ont mal au dos et qui n'ont rien, ça oui. S'ils viennent plus tard, je redoute des consultations plus compliquées, c'est-à-dire qu'il y ait une complication. Et puis, c'est surtout l'histoire d'évolution ; quand tu vois le gamin tôt tu vois comment il est, si tu le revois 3 jours après et qu'il n'est pas bien, tu vois une évolution alors que si tu le vois après 4 jours de fièvre et qu'il n'est pas bien, tu ne sais pas depuis quand, tu ne sais pas comment il était avant et c'est beaucoup plus difficile à gérer. Il n'y a pas le critère d'évolution dans le temps.

En admettant qu'une éducation soit possible, je n'ai pas d'intérêt à garder ces consultations, la part financière n'est pas un problème. Effectivement la fièvre à la sortie de l'école, tu t'en passerais bien parfois. Par contre, les gens qui vont aux urgences sans passer par leur médecin

généraliste, c'est totalement différent. Mon organisation de travail fait que je les vois quasiment tous ; les parents m'appellent et tombent sur moi directement donc, si je peux les voir, je les vois. Il y a qu'en dehors des horaires d'ouverture où je ne suis pas au courant si un enfant de ma patientèle a de la fièvre. Ça arrive quand je ne suis pas là qu'ils aillent aux urgences. J'interroge ensuite les parents sur le pourquoi être allés aux urgences, souvent c'est un motif d'inquiétude ; ils ne le trouvaient pas bien tout simplement. J'essaie ensuite de les éduquer si la consultation aux urgences m'a paru un peu excessive avec une inquiétude non justifiée ou exagérée. Je leur donne quelques signes de gravité pour éviter qu'ils consultent à 21h aux urgences si ça peut attendre le lendemain.

*Comment faites-vous l'éducation ? Utilisez-vous des fiches explicatives ?*

Non, je n'ai pas de fiche, je n'ai pas de chose bien précise, c'est très variable en fonction des patients. C'est difficile de préciser aux parents les critères d'inquiétude. Ça me paraît impossible de rassurer les parents seulement sous prétexte que leur enfant est comme d'habitude, qu'il ne vomit pas... Il faut les voir. Et les parents ne sauront pas voir s'il a une éruption, un purpura. Je pense qu'une fiche éducative à donner aux parents peut être utile quand même. Je trouve ça intéressant de leur donner un support comme premier repère.

## Entretien 2

Avant de démarrer je tiens déjà à dire quelque chose. Il y a quelque temps les gens vérifiaient s'il y avait de la température, ils avaient aussi une idée de ce qu'il fallait faire pour la prise en charge. Ils amenaient l'enfant dans un second temps, quand ça durait. Sauf les gens qui ne savaient pas quoi faire ; ceux-là, soit traînent à les amener ou alors l'amènent pour un oui ou pour un non. Le motif fièvre, actuellement, est présomptué mais pas toujours vérifié.

*Pouvez-me décrire votre parcours depuis votre entrée dans les études de médecine ?*

Ah oui ; alors, j'ai fait fac de physique avant médecine, ensuite en médecine je me suis orienté vers la spécialité de rééducation fonctionnelle avant de faire la médecine générale.

Je travaille en association avec un autre médecin généraliste.

Je me suis installé en 1987, c'est une activité semie rurale, mais les visites se font en ruralité

Je me suis formé à la Pédiatrie uniquement par des FMC, je n'ai jamais eu de stage de Pédiatrie.

D'ailleurs, je ne me sentais pas suffisamment formé à exercer en ambulatoire quand je suis arrivé.

*Combien suivez-vous d'enfants dans votre activité ?*

Je ne sais pas combien je vois d'enfants mais j'en vois tous les jours.

*Comment abordez-vous une consultation de Pédiatrie par rapport à une consultation avec un adulte ?*

Je distingue la consultation nourrisson et enfant-parent, dès qu'il communique, qu'il marche, je m'attache à trouver un contact avec lui, j'essaie de capter son attention, en étant en lien direct avec lui, tout en écoutant ce que raconte la maman, c'est une consultation à trois. Intuitivement, je suis différent avec les enfants dans mon comportement. J'ai également une

approche médicale différente, primauté à l'examen clinique, plus qu'à l'interrogatoire, l'examen est plus parlant chez un enfant et, en plus, on peut voir l'essentiel assez rapidement, après les symptômes sont différents et l'interprétation est différente de celle de l'adulte.

Pour la fièvre, je fais un examen ORL, pulmonaire, abdominal et puis s'il n'y a rien un ECBU, c'est mon schéma rapide. Le problème c'est que je n'ai jamais trouvé un thermomètre qui marche, donc je n'ai pas de thermomètre. Je reconnais que c'est un élément capital dans mon examen qui parfois fait défaut dans mon examen.

Les enfants sont différents face à la fièvre, certains la supportent bien à 39 et d'autres sont dans le cirage à 38,5. Ce qui m'importe, ce n'est pas le chiffre, c'est la tolérance de l'enfant telle qu'elle est rapportée par la maman. Là aussi, la durée de la fièvre est importante. Si elle persiste 4-5 jours, rappelez-moi, s'il est tout-petit je le revois vite pour surveiller la déshydratation ; à l'inverse, l'absence de fièvre est aussi un élément dans la prise en charge. S'il n'y a pas de fièvre, je fais parfois une prescription d'antibiotique, si la fièvre apparaît plus tard, c'est discutable pour éviter qu'ils reviennent sans cesse. Je fais ça quand je suis sûr des parents. Mon expérience personnelle influence ma pratique. Parlons des antibiotiques. Le dogme est de ne pas en donner pour rhino ou bronchite sans fièvre. Pas facile à faire admettre à la maman ; la plupart du temps on est amené à revoir l'enfant 4 jours après, non pas parce que cela s'est aggravé, mais parce que la maman n'en peut plus. Il y a aussi les réflexions de la maîtresse, donc c'est presque plus pour des critères sociaux que médicaux qu'on est amené à prescrire des antibiotiques, c'est ça le malheur, je me justifie en disant que ce n'est, pour moi, pas ça qui entraîne des résistances aux antibiotiques mais plutôt tous les « antibio » qu'on nous file dans l'alimentation. C'est ma vision personnelle.

*Les consultations pour fièvre de moins de 48 heures sont-elles fréquentes ?*

Les consultations pour fièvre de moins de 48h, oui, elles sont très fréquentes. C'est difficile de dire à une maman qui travaille, qui nous appelle, je ne peux pas le prendre ce soir, vous verrez demain sachant que le lendemain elle doit le mettre à la nourrice qui va lui dire, ah non je n'en veux pas s'il a de la fièvre, ou à la crèche, donc mon dogme c'était de leur dire, vous me l'amenez et on finissait à 21h le soir ; maintenant ils appellent moins pour cela car on refuse plus souvent.

*Cela vous semble-t-il important que les parents viennent consulter si précocement ?*

Je m'aperçois que souvent, c'est qu'ils ne savent pas quoi faire, on peut leur donner des conseils par téléphone mais ça ne suffit pas toujours, si les parents sont cortiqués, qu'ils maîtrisent et que leur contexte de vie sociale leur permet de s'organiser, bon bah on peut leur dire de donner du paracétamol et de voir le lendemain comment ça va. Mais il y a des situations où je me dis que les parents ne vont pas gérer et qu'ils seront dans le pétrin le lendemain et là, je prends l'enfant tout de suite. C'est différent de l'hôpital où on ne connaît pas les gens. Le niveau socio-économique est un critère majeur aussi. Il existe un intérêt à leur apporter des informations : je pense qu'on peut éduquer une bonne partie des patients quel que soit leur niveau socio-économique et je souligne l'idée de petits médicaments qu'on dit inutile mais que je prescrivais pour éduquer les gens afin que les parents se disent que le Docteur avait dit de faire quelque chose et ils étaient contents de le faire et de respecter mes recommandations. C'est le prolongement du conseil que je donne, les gens attendent qu'on ne les laisse pas tout seuls face à cette responsabilité. Notre rôle est d'aider les parents à répondre à cette question : qu'est-ce que je peux faire pour le soulager ? Certaines ethnies, les maghrébins, sont complètement perdues si on ne leur prescrit rien, sans un médicament même si c'est de la poudre de perlimpinpin. L'éducation est possible, peut se faire en consultation, au

téléphone mais elle nécessite un lien fort donc, de temps en temps, de prendre les enfants pour les examiner pour une maladie bénigne, ça permet de renforcer le lien pour garantir la confiance des gens en ce que tu leur dis. Il faut que les gens aient confiance. Si on ignore tout le temps ces appels, en leur disant que c'est bénin et que ça ne sert à rien de venir pour ça, ils finissent par perdre confiance et ils ne vont plus revenir.

*Comment faites-vous quand vous n'avez pas de diagnostic ?*

Chez un enfant, c'est souvent simple. Sans diagnostic et si je sens que mon information ne va pas convenir aux parents, je prescris un petit ECBU parfois, en général je le fais si je pense qu'il y a une infection urinaire. Sinon, je leur dis clairement qu'il n'a rien pour l'instant, c'est peut-être un virus, j'explique qu'il y a des fièvres qui entraînent à nous donner d'autres symptômes, je passe du temps à leur expliquer, et leur dit de revenir si d'autres symptômes apparaissent.

J'en parle à l'oral, sans l'écrire, je fais de la réassurance.

Il y a un temps pour faire l'éducation, les gens n'entendent qu'une chose, s'ils sont dans l'angoisse de la fièvre, ils ne vont pas être réceptifs à l'éducation qu'on va essayer de leur apporter. Ça peut donc être souvent bien, de faire de l'éducation quand ils viennent par exemple pour un certificat. Dans le stress du moment, je pense qu'ils ne retiennent pas ce qu'on leur dit.

Un moyen d'éduquer les parents, c'est de leur montrer qu'on peut favoriser les défenses de leur enfant, en améliorant leur alimentation, en évitant de fumer autour d'eux, par exemple, et de les faire participer activement à la santé ; le fait de donner un médicament les rend acteurs et renforce leur compétence.

*Selon vous, y a-t-il des intérêts ou des inconvénients à autonomiser les parents de ces enfants ?*

Il y en a toujours, ça ne sert à rien de rendre les gens dépendants de toi, certes la patientèle sera très attachée mais elle sera fermée, cette patientèle là étouffe le médecin, je pense qu'il faut éduquer les patients, les rendre autonomes, avec parfois le risque de ne plus les voir ou seulement de temps en temps mais bien souvent s'ils sont autonomes ils viennent nous voir vraiment s'il y a quelque chose qui les dépasse. Et là on a des consultations plus intéressantes. Eduquer les gens peut faire qu'on aura des consultations plus compliquées, mais la patientèle est en cycle et sans cesse en évolution et en renouvellement, donc on aura toujours des gens à éduquer, ça ne va pas modifier beaucoup le profil de la consultation.

Concernant l'encombrement des urgences, je suis persuadé que le manque de médecins participe à cela et que l'éducation a un rôle, mais il faut pouvoir les recevoir pour les éduquer, et puis l'éducation c'est aussi la capacité à être rassurant pour les gens. Les personnes complètement isolées ont besoin d'être rassurées. Ces personnes-là, même si elles ne sont pas éduquées, il suffit de les rassurer pour qu'elles ne se rendent pas aux urgences.

Je ne pense pas qu'éduquer les gens modifiera mon nombre de consultations. Ma patientèle est importante. Peut-être qu'en situation de concurrence où on cherche à manger, on essaie de multiplier les motifs de consultations. Mais c'est pas très agréable ça.

*Comment faites-vous l'éducation ?*

Le premier pas de l'éducation, c'est le lien, la création d'une relation de confiance favorisée par la présence du médecin et l'échange. Mais on peut aller plus loin, pour l'éducation en général et je n'ai pas le temps de la faire. Et là d'avoir des fiches pédagogiques comme un

enseignant. Mon rêve serait de regrouper des parents et de faire des thèmes avec des groupes de parole, mais on n'est pas payé pour ça, je ferai une éducation en groupe comme ça. Pour la fièvre, le cadre de la consultation me semble suffisant avec éventuellement des fiches qu'ils complètent. La fiche comme repère et guide de leur pratique.

## Entretien 3

*Racontez-moi votre dernière consultation pédiatrique pour fièvre de moins de 48 heures.*

Il faut que je me mette en situation. Je pense à ce petit Clément qui a des parents avec lesquels je ne suis plus très à l'écoute car je les vois une fois par semaine. La maman est pourtant aide soignante mais elle m'appelle tout le temps. Les parents consultent sans arrêt et donc, on voit l'enfant pour de la fièvre bien avant 48h. Premier pic de fièvre ils t'appellent, mais tu ne peux pas les éduquer ceux-là, je te souhaite bon courage parce que je le suis depuis la naissance et c'est panique à bord à la moindre fièvre.

*Que-faites vous alors ?*

Et bien, je leur dis de venir me voir car ils sont très inquiets, et souvent je regarde la gorge, les oreilles et ils partent sans prescription car il n'y a rien et je ne fais pas payer. Donc, je leur dis de venir pour voir l'enfant entre deux. Je leur dis de revenir dans 48h si cela persiste et que je reverrai pour, peut-être leur dire, qu'il y a quelque chose. Mais chez ces gens-là, c'est pas parce qu'on leur dit de patienter, en leur donnant les signes de gravité, en les rassurant qu'ils ne viendront pas la prochaine fois. J'ai l'impression de répéter tout le temps la même chose et d'être en échec. Pour les premières fois, chez des nouveaux patients par exemple, je leur explique bien que, pour moi, la fièvre c'est pas avant 38,5, un pic avec une poussée dentaire ça peut arriver. Je leur donne les signes de gravité. Je leur dis même que j'ai eu cinq enfants et pas un seul a eu 2 « antibio » depuis sa naissance, mais les patients ne comprennent pas.

*Cela vous semble-t'il important que les parents viennent consulter pour leurs enfants si précocement ?*

Non, mais indispensable sinon, ils vont t'appeler tout le temps, ils vont paniquer, il va y avoir une crise familiale autour de ça. Et même entraîner une crise dans le couple, un père arrivant disant que sa femme n'a pas fait ci ou ça. Il faut les voir pour calmer le jeu. Pour moi, l'expérience du nombre d'enfants ne joue pas forcément dans la précocité des consultations, notamment cette famille que je suis depuis 20 ans, que je n'ai jamais réussi à éduquer. Ces familles difficiles ne semblent pas être un couple qui travaille, ni les neuneus qui eux ne s'inquiètent jamais et c'est dangereux, et ce n'est pas non plus les intellos documentés, informés, je dirai la classe moyenne, un peu informée mais pas assez, donc inquiète. Les personnes ayant plus de responsabilités dans leur travail vont se donner du temps. Peut-être que ces personnes là sont plus à l'écoute de nos conseils ou sont plus acteurs. En tout cas, ils ne s'affolent pas au premier symptôme. Il y a des parents en manque de confiance. Peut-être aussi que leur propre histoire vis-à-vis du symptôme est à prendre en compte.

*Que faites-vous, quels conseils apportez-vous quand vous n'avez pas de diagnostic ?*

Le conseil important pour moi c'est : vous revenez dans 48h, si vraiment il y a quelque chose ; on se rappelle. S'ils ne peuvent pas revenir, par exemple week-end ou vacances, je prescris un

« antibio » et ils me rappellent pour savoir si on lui donne ou pas. Si la fièvre est persistante, je dis de leur donner. C'est l'ordonnance de secours quand je ne suis pas sûr de pouvoir les revoir. Je donne des conseils à l'oral mais je ne l'écris pas pour la fièvre. Pour d'autres problèmes, j'écris. La place de l'antibiothérapie, pour moi c'est non, mais l'insistance parentale me fait craquer. En plus, tu sais qu'ils viennent chercher ça et tu as beau leur dire que c'est inutile, ça ne s'imprime pas. « Mon fils ne s'en sortira pas si vous ne lui donnez pas d'antibiotique ».

*Que pensez-vous de l'autonomisation des parents, c'est-à-dire de les éduquer pour éviter qu'ils reviennent la prochaine fois pour la même chose ?*

Quel boulot ? C'est horrible, c'est de bout en bout, la génération de parents qui arrive c'est pas possible, le travail est colossal. Bien sûr que c'est important, mais aujourd'hui la parole du médecin n'a plus la même valeur, le médecin n'a plus le dernier mot, si les patients ont une idée en tête notre pouvoir est très restreint. Notre parole tient moins bien la route qu'à une époque et c'est super difficile d'éduquer. C'est plutôt la qualité de la relation avec le médecin qui va permettre de réussir à éduquer. Même les patients en confiance, s'ils partent sans leur antibiotique ils repartent inquiets et ne sont visiblement pas satisfaits de la consultation. L'information, et surtout la mauvaise information des patients, ne nous aide pas. En tout cas, la résistance aux antibiotiques, ils ne sont pas du tout réceptifs. Les menacer qu'un jour les « antibio » ne marcheront plus pour de réelles maladies graves, ce message-là ne leur fait pas peur. Je ne sais pas trop comment on pourrait faire. Il me semble que les parents ne veulent pas comprendre que l'on vit très bien l'attente et la surveillance. Il y a aussi la pression de l'école, de la maîtresse, de la nourrice ou de la crèche qui refusent de prendre un enfant malade et qui insistent à consulter leur médecin.

*Selon vous, quels intérêts a le médecin à autonomiser ces parents ?*

Et bien, limiter la surmédication de l'enfant, arrêter de faire des consultations non satisfaisantes car on a l'impression de les avoir vus pour rien. Ça encombre les consultations tout ça. On a le rôle de désencombrement des urgences bien sûr dans tout ça, mais il faut être très disponible pour ces parents inquiets inéducables. Avec de l'autonomie, les parents prendraient de la confiance en eux et globalement, ça pourrait les aider. Des parents qui gèrent leur enfant de bout en bout c'est quelque part satisfaisant pour eux et pour nous aussi, ça nous permet de les valoriser et de renforcer le lien qu'on a avec eux.

*Quels inconvénients a le médecin à autonomiser ces parents ?*

Ca dépend lesquels, car il y a certains patients qui consultent un peu tard quand même. Je me méfie des familles qui ont tardé à venir. Des fois je me dis « houla » celui là, le pauvre, avec son otite il a dû souffrir. C'est difficile de faire le tri entre ceux qui s'affolent pour rien et ceux qui ne viennent pas assez tôt. Sur la fièvre, je n'ai pas d'inquiétude sur le fait que les consultations pourraient être plus compliquées, sur la crise d'asthme par contre, oui. Pour moi, je ne pense pas que certains médecins aient un manque à gagner à faire de l'éducation pour limiter ces consultations. Il y a du travail.

*Comment faites-vous l'éducation de vos patients ?*

Je donne des informations orales en insistant sur les signes de gravité. J'insiste sur le côté complètement hypotonique de l'enfant car le côté, pas comme d'habitude, ça ne marche pas



trop car, pour eux, il n'est jamais comme d'habitude quand il est malade, alors que pour nous, il est quand même en super forme. Une autre chose importante, c'est de se donner du temps en restant très disponible sinon ils sont 48h à paniquer.

## Entretien 4

*Racontez-moi votre dernière consultation pédiatrique pour fièvre de moins de 48 heures ?*

La dernière fièvre depuis moins de 24h que j'ai en tête, effectivement, c'était un enfant qui allait très bien et le problème était que nous étions la veille d'un week-end et les parents arrivent paniqués par la fièvre en se disant, je préfère voir cela maintenant plutôt que de me retrouver sans personne et d'avoir à gérer ça ce week-end avec la difficulté de dire aux parents que même, si on voit leur enfant tôt, les signes ne sont pas forcément sortis donc, on ne peut pas forcément faire grand-chose en dehors de leur dire d'attendre et de surveiller.

*Relance : Alors, comment faites-vous ?*

Il y a plusieurs cas de figures : d'abord, l'enfant qui n'a strictement rien, qui n'a pas d'antécédents particuliers, on donne des consignes de surveillance en incitant les parents à nous rappeler si des symptômes nouveaux apparaissent, en leur expliquant qu'il y a une maison médicale de garde le week-end permettant un accès aux soins si besoin. Après, certains enfants qui font otite sur otite, et qui à chaque fois qu'il y a de la fièvre, il y a vraiment l'otite et que les parents sont super stressés à chaque pic de température, du coup quand on examine l'enfant il n'y a pas encore les signes d'otite. Si ce sont des patients bien éduqués, qui ne font pas n'importe quoi, cela m'arrive de faire une ordonnance d'antibiotique prévisionnelle en leur disant que, si la fièvre persiste 48h supplémentaires, s'il se réveille la nuit comme il fait à chaque fois et bien, à ce moment-là, vous avez l'ordonnance et vous pouvez commencer le traitement, mais ça c'est très rare, mais il m'arrive de le faire chez ces quelques enfants rares qui font des otites à répétition et que les parents sont fiables. J'essaie d'aborder au cours de ces consultations, que la fois suivante, si les symptômes sont identiques, qu'il n'a pas de signes de gravité, qu'il faut attendre au moins 48 heures de fièvre pour consulter. Certains parents ne sont pas contents, notamment ceux qui viennent chercher leur traitement antibiotique alors, je leur dis d'attendre et que j'ai besoin de réexaminer l'enfant si la fièvre persiste. Petit à petit j'ai le sentiment que les patients viennent plus tard, alors je ne sais pas vraiment, en fait, s'ils viennent plus tard ou s'ils me disent que la fièvre a commencé plus tôt pour avoir le traitement. Je me pose la question sur certains patients. Sur les enfants que nous suivons depuis tout-petits, on a fait l'éducation thérapeutique dès le départ et, généralement, ça ne pose pas de problème, les enfants on ne les voit pas tout de suite. Sur les patients ayant eu l'habitude d'être traités d'une certaine manière, c'est très difficile de revenir en arrière, ils ont l'impression qu'on les traite moins bien, en fait.

*Cela vous semble-t'il important que les parents viennent consulter pour leur enfant si précocement ?*

Alors, je vais dire sur certains symptômes, oui. Des parents qui te disent que l'enfant n'est vraiment pas comme d'habitude et qui sont très inquiets je vais dire oui car j'ai malheureusement eu l'expérience d'un enfant qui a fait une méningite à méningocoque avec purpura fulminans quand j'étais de garde, avec un enfant qui avait juste de la fièvre au départ. Je reçois l'appel avec un enfant qui avait juste de la fièvre, rien de plus, et je conseille aux

parents de me rappeler selon l'évolution avec juste des parents inquiets. Je les ai rappelés, l'inquiétude persistait, et puis finalement en arrivant chez eux, il avait des signes de méningite. Il faut se fier quand même au discours des parents, s'ils sont très inquiets, d'autant plus quand l'enfant est tout-petit, il ne faut pas attendre pour les voir. Après, il y a tout le travail d'éducation à faire, en montrant pendant les consultations, quand leur enfant est bien ou pas bien, il faut leur parler des signes de gravité, de mauvaise tolérance et les signes rassurants. Avec nos emplois du temps chargés, ceux qui vont bien, de toute façon, on a du mal à les voir, il ne faut pas hésiter si les parents sont inquiets à les prendre au téléphone simplement pour leur dire qu'il faut surveiller, leur dire qu'on se revoit et souvent on ne met pas les rendez-vous immédiatement. Et puis, à force de répéter que, quand ils viennent trop tôt, ils ressortent qu'avec du Paracétamol, après ils attendent. Et puis, quand ils ont vu qu'après 2-3 jours de fièvre, leur enfant ne craignait rien et qu'il n'allait pas mourir à 38°C, ils tolèrent mieux la fièvre par la suite.

*Que faites-vous, quels conseils apportez-vous aux parents quand vous n'avez pas de diagnostic ?*

Je n'écris pas mes conseils ou mes consignes de surveillance, j'aimerais que ce soit formalisé, peut-être même que sur le plan médico légal, ça peut être intéressant de le faire mais c'est vrai que je ne le formalise pas de manière écrite. Cela serait, je pense, intéressant de le faire. Une fiche comme on peut faire pour les traumatismes crâniens. Je voulais souligner aussi l'importance de rester joignable dans notre façon de dire aux parents qu'il faut patienter pour garder le lien et pas créer de rupture. Il faut les rassurer, notamment au téléphone, et leur dire de ne pas hésiter à rappeler s'ils en ressentent le besoin.

*Relance : Par rapport aux antibiotiques ?*

Oui et bien comme je disais, sur une patientèle restreinte, je fais de la prescription prévisionnelle, et c'est mon expérience personnelle qui m'a fait faire ça, je sais que ce n'est pas du tout dans les recommandations. Sinon, je n'en donne pas sans arguments. D'ailleurs, l'apport des aides techniques, notamment pour les angines, est important et nous aide à éviter de donner des antibiotiques.

*Que pensez-vous de l'autonomisation des parents, c'est-à-dire de les éduquer pour éviter qu'ils reviennent la prochaine fois pour la même chose ?*

C'est une bonne chose et puis, pas que pour les enfants, aussi pour les adultes. Je trouve que c'est important de pouvoir prendre en charge une bonne partie de ces symptômes et puis savoir au niveau santé leur expliquer les signes d'alerte etc.. Après, il faut pas non plus leur mettre toute la responsabilité sur le dos car, effectivement, ce ne sont pas des médecins et s'il se passe quoi que ce soit et que leur enfant ne va pas bien, c'est quand même à nous de pouvoir dire si là c'est inquiétant ou non. Les responsabiliser sans qu'ils aient à culpabiliser s'il se passe quoi que ce soit.

*Selon vous, quels intérêts a le médecin à autonomiser ces parents ?*

Professionnel, sur l'emploi du temps, si on ne voyait pas toutes ces consultations pour fièvre de moins de 48 heures ou les rhumes débutants, cela nous désencombrerait énormément. Même si notre travail de groupe nous permet de dégager des créneaux horaires pour voir les « urgences », ça nous soulagerait quand même beaucoup.

Ca évite également de voir l'enfant plusieurs fois en étant obligé de réitérer nos explications systématiquement. De les autonomiser, permet de les faire participer, qu'ils se rendent compte de l'évolution des maladies et par ce biais-là, diminuer notre prescription d'antibiotique. Car quand on voit un enfant 3 fois de suite, on va avoir plus facilement tendance à prescrire un antibiotique au terme de la troisième consultation qui ne serait pas forcément nécessaire. Le fait d'éduquer dès le départ, en disant, on ne voit pas de diagnostic après 2- 3 jours de fièvre, ça peut permettre de réduire un peu ces prescriptions abusives. Il y a l'épuisement mais aussi, le regard de la personne en face, qui a l'impression que tu ne la prends pas au sérieux. C'est tout ce que vous allez prescrire à mon fils qui a 40 de fièvre, du Doliprane ? C'est qui ce médecin. Après, d'un jour à l'autre, ou d'un moment à un autre de la journée, nos convictions peuvent être mises de côté de part cet épuisement justement dont on parlait. Il faut quand même essayer de rester droit dans ses bottes et garder, au maximum, avec tous les patients, la même ligne de conduite. Les enfants suivis depuis la naissance avec des parents qui nous connaissent bien sont habitués à notre discours, et ça ne pose aucun problème. Les patients d'un autre médecin, ceux-là, reçoivent parfois moins bien le message car la pratique est différente, et puis les patients qu'on récupère, qui n'ont pas été traités de la même façon auparavant, là, c'est difficile. Alors, de temps en temps, tu ne les perturbes pas trop et tu prescris. Mais, tu commences l'éducation en disant que l'enfant a grandi, que la prochaine fois on patientera, peut-être, un peu plus. Peut-être que ce qu'il s'est passé il y a quelque temps ne se reproduira pas, il ne va, peut-être plus faire autant d'otite maintenant. Les otites virales sont plus fréquentes chez le grand, son système immunitaire est plus développé.

Il y a aussi des familles que tu ne peux pas éduquer. Je ne pensais pas au départ, j'imaginais qu'avec le temps tout serait possible mais non. Certaines personnes ont une idée précise et qui vont avoir plus tendance à croire ce que dit la voisine ou le journal. Ces personnes-là, si elles n'adhèrent pas à mon discours, je leur dis ce que je pense sur, par exemple, les antibiotiques et qu'elles peuvent prendre l'avis d'un confrère si cela ne les satisfait pas. Idem pour certaines familles qui peuvent être négligentes, je pense aux familles avec de faibles revenus ou un niveau socio-culturel assez bas mais la plupart d'entre elles, finalement, nous sollicitent assez facilement, en tout cas, dans mes patients. Au contraire, par exemple, les enfants d'infirmière qui vont attendre parfois trop longtemps avant de venir, là, on se retrouve avec des crises d'asthme sévères embêtantes pour nous au cabinet alors qu'on aurait pu prévenir cela avec une consultation quelques jours auparavant ; parfois on se méfie de ces enfants-là, je les prends tout de suite car, souvent si l'infirmière appelle, c'est qu'elle a souvent attendu et essayé de gérer depuis quelque temps.

### *Quels inconvénients a le médecin à autonomiser les parents ?*

De temps en temps, certaines fièvres précoces sont graves et le problème c'est que par téléphone c'est compliqué. Donc là, je me fie à l'expertise des parents sauf, ces parents qui ne savent pas ou qu'on pourrait identifier comme incapables d'analyser la situation, mais, ceux-là, tu les connais d'emblée, donc, quand leur enfant est malade je le vois tout de suite. C'est l'intérêt de bien connaître ses patients. Sinon se fier vraiment aux parents qui connaissent très bien leur enfant et, quand ils te disent que leur enfant n'est vraiment pas comme d'habitude, il n'a jamais été comme ça, il faut le prendre en compte et voir ces enfants.

Je ne redoute pas d'avoir à faire face à des consultations plus compliquées, pour moi c'est plus simple d'avoir des symptômes avec un diagnostic.

Alléger l'emploi du temps ne me gênerait pas sur le plan financier car on refuse des patients qui n'ont pas de médecins traitants.

*Comment faites-vous l'éducation de vos patients ?*

On fait quand même des groupes de pairs régulièrement au cours desquels on crée des fiches et cet entretien me donne envie qu'on se mette d'accord pour en créer une pour la fièvre de l'enfant.

## Entretien 5

*Racontez-moi votre dernière consultation pour fièvre de moins de 48 heures ?*

C'est super fréquent, journalier. Les consultations sont souvent identiques, une fois qu'à l'examen tu as vu qu'il n'y avait rien de particulier et que l'enfant va bien, tu vas prescrire en général du Paracétamol, et expliquer aux parents qu'il faut qu'ils reviennent s'il y a des choses qui changent dans les 48 heures à venir. En général, c'est ce que je fais, je leur explique qu'il n'y a rien de visible, l'enfant va très bien donc on peut attendre et, par contre, il ne faut pas qu'ils hésitent à revenir au cabinet si jamais il y a autre chose qui apparaît. Et en général, j'associe à ces conseils, une prescription de Paracétamol. Voilà en pratique comment je fais et comment je vois un peu les choses. Je n'aborde pas les choses de manière à les rendre autonomes car, pour moi, ils viennent ici avec une inquiétude, ils sont inquiets, la fièvre pour les parents c'est très anxiogène. Une des questions importantes à poser est : comment prenez-vous la température de votre enfant ? Parce que bien souvent l'enfant est chaud mais n'a jamais eu de prise de température. Il est chaud par rapport à son petit frère. Savoir prendre la température me paraît important dans l'éducation des parents. De même, pour certains parents qui pensent qu'à 37,5 on a de la température car d'habitude on a 36,2. Ça, c'est un vrai problème aussi. Leur expliquer que la prochaine fois ce n'est pas la peine de venir, moi je ne suis pas d'accord avec ça. S'ils viennent c'est pour répondre à une inquiétude et tu réexpliques les choses. C'est peut-être une erreur, mais je considère qu'il y a une inquiétude, même si elle n'est pas forcément fondée, elle est présente et il faut prendre le temps d'expliquer comment on prend la température, quand est-ce qu'on considère qu'on a de la température et, en général, la plupart des parents donne le paracétamol ou alors il y a ceux qui disent, j'ai rien donné pour nous montrer qu'il est vraiment malade.

*Cela vous semble-t'il important que les parents viennent consulter pour leurs enfants si précocement ?*

Personnellement, je dirais que, non ce n'est pas important mais en même temps, comme je disais, ça répond à une inquiétude donc, s'ils viennent, c'est que c'est justifié pour eux. Maintenant pour moi c'est sûr que ça ne l'est pas. Dès qu'on voit entrer un enfant et qu'il court partout, on sait tout de suite s'il est bien ou pas bien et que ça pouvait attendre 24 ou 48 heures. Et cette inquiétude, que peut-on en faire ? Notre rôle est de rassurer les parents. Ça me paraît compliqué de prévoir le truc à l'avance parce que les parents ne sont pas médecins, ils ne savent pas en fait. Certains parents me disent, ah c'est dommage si j'avais un otoscope j'aurais pu faire ci ou ça, en gros faire le job de médecin pour faire leur diagnostic. Mais tu ne peux pas faire ça donc, après, comment prévoir le truc, je pense que c'est compliqué. Les parents ne savent pas, à partir du moment où l'enfant a de la fièvre, il faut que tu l'examines quand même pour être sûr qu'il n'y a vraiment rien.

*Comment faites-vous, quels conseils apportez-vous aux parents quand vous n'avez pas de diagnostic ?*

J'explique aux gens qu'il n'y a pas de diagnostic et qu'il faut attendre. Et le problème, c'est que pour dire ça, il faut que tu puisses voir l'enfant et l'examiner, mais tant que tu ne l'as pas fait, c'est impossible d'affirmer qu'il y a juste la fièvre et rien d'autre. C'est ça qui est compliqué en fait, les gens t'appellent en disant que leur gamin a de la fièvre depuis 24h, c'est compliqué de leur dire, on ne fait rien, on attend et on voit ce qui se passe sans les voir. Même s'ils te disent qu'il va bien, j'ai toujours un côté un peu stressé qui me dit qu'il y a toujours un truc qu'ils ne vont pas voir parce qu'ils ne sont pas médecins et qu'ils ne peuvent pas savoir. Parfois tu es surpris, les gens te disent quelque chose et en fait ce n'est pas ça, ils ne voient pas les éruptions cutanées par exemple. Dans ce sens, c'est compliqué. Ça me stresserait de dire aux gens, non on attend, sans les voir. En les autonomisant, je ne pense pas que la relation puisse en pâtir, ils savent que nous sommes présents pour eux. *Relance* : « *Et les antibiotiques ?* » La place de l'antibiothérapie est nulle dans ces consultations en l'absence de diagnostic, même en prévisionnel, ça, je ne le fais pas.

*Que pensez-vous de l'autonomisation des parents, c'est-à-dire de les éduquer pour éviter qu'ils reviennent la prochaine fois ?*

Je suis sceptique. Leur faire repérer des signes de gravité, mais lesquels ? Ils ne sont pas médecins, c'est certainement une erreur mais moi je pense que c'est compliqué quand tu es parent. Je suis parent, même en étant médecin, il y a des trucs où tu n'es pas objectif et tu ne vois pas les choses objectivement, et c'est vraiment difficile. Quels signes de gravité on pourrait expliquer aux gens, comme ça, je ne vois pas. Ça doit exister mais, pour moi, c'est difficile. Ce que je vois, je me mets en tant que parent et la perte d'objectivité fait que l'inquiétude prend le dessus, et même si elle n'est pas rationnelle il faut qu'elle soit levée. Il faut que les parents soient rassurés d'une manière ou d'une autre. Bien leur expliquer ce qu'est et comment prendre la température, de donner le paracétamol, mais, expliquer des signes cliniques, ça me semble trop difficile, car ils leur manquent la formation qu'on a eue.

*Selon vous, quels intérêts a le médecin à autonomiser ces parents ?*

C'est sûr que, si je pouvais voir moins de ces consultations, j'aurais plus de créneaux pour d'autres malades, mais ça fait partie du travail.

*Relance* : « *Pensez-vous que vos patients vont aux urgences le week-end dès que leur enfant a de la fièvre ?* »

Effectivement, on peut quand même dire aux parents qu'une fièvre isolée qui commence un samedi, on peut attendre, ça m'arrive de le dire mais, tant que je n'ai pas vu l'enfant, c'est compliqué. Je ne peux pas et ne me vois pas dire à mes patients, qu'à chaque fois que leur enfant a de la fièvre, d'attendre tel ou tel signe pour consulter, peut-être qu'il existe des grilles ou des aides pour ça mais je ne me vois pas faire ça. On pourrait imaginer un support comme pour la surveillance des traumatismes crâniens mais quels critères ?

*Quels inconvénients a le médecin à autonomiser ces parents ?*

Ne pas répondre à l'inquiétude parentale. On ne peut pas dire qu'il y a des gens impossibles à éduquer. Certains comprennent moins facilement, d'autres parfois plus négligents, mais on ne

peut pas dire que ceux-là ne pourront jamais être éduqués. C'est au médecin de s'adapter aux patients et à leur niveau de compétences à recevoir des informations selon leur histoire personnelle, leur niveau intellectuel, leur classe socio-professionnelle. Certains vont moins consulter à cause de leur problème d'argent, ils ne vont pas aller à la maison médicale de garde car il faut payer, mais je pense qu'on peut toujours éduquer les gens. Ça peut-être frustrant cette éducation, car parfois on donne des infos et elles ne sont pas comprises, ou alors pas retenues alors, il faut répéter. Il faut savoir se remettre en question et penser que c'est nous qui avons mal expliqué les choses.

*Comment faites-vous l'éducation de vos patients ?*

Je leur donne des conseils oraux, à chaque consultation et chaque motif on pourrait avoir des supports papiers mais bon, c'est compliqué, moi je leur explique, je répète les choses. Je ne sais pas si un support pour tout est vraiment important, d'autant plus que la fièvre est un motif fréquent que l'on sait appréhender, donc il est assez simple de faire passer des messages.

## Entretien 6

*Racontez-moi votre dernière consultation pour fièvre de moins de 48 heures ?*

Il y a 15 minutes, j'ai vu un petit qui avait de la fièvre depuis la veille et qui toussait mais, ce qui est marrant, c'est que la maman m'a tout de suite dit que c'est vraiment la toux qui l'amène parce que s'il avait eu que la fièvre elle aurait attendu un peu. Et, en fait, il a toussé toute la nuit et a vomi dans son lit donc, c'est pour cela qu'elle l'a amené. Il avait une otite en prime donc, je l'ai soigné mais c'est une patiente déjà un petit peu éduquée, et qui m'a dit que, s'il y avait eu que la fièvre, elle aurait attendu.

Pour les fièvres récentes isolées, on en voit de moins en moins, d'une part car on n'a pas de place sur le planning, avec un délai au delà de 24h mais, quand je les vois, avant même de les examiner, je les préviens qu'il est certainement trop tôt pour faire un diagnostic mais que je vais regarder et qu'on devra peut-être revoir l'enfant si ça persiste. Quand il n'y a rien à mon examen je leur dis et leur conseille de surveiller cette fièvre et de revoir selon l'évolution ; mais le fait qu'on ait beaucoup plus de mal à donner des rendez-vous que lorsque je me suis installé, du coup ça décale le fait qu'ils ne viennent pas le premier jour et on en a de moins en moins qui viennent à 24-48 heures de fièvre ; et puis à force, on les a quand même éduqués, on leur explique.

*Comment ?*

Soit les gens sont en consultation et je leur dis que c'est un peu trop tôt, on préfère les voir à 2 ou 3 jours de fièvre, soit ce sont des gens qui sont venus en consultation, on n'avait rien trouvé on leur dit bah revenez dans 48 heures, soit certains parents s'excusent de venir si tardivement après 3 jours de fièvre et je les rassure en disant qu'on aurait certainement rien trouvé avant. D'autres culpabilisent quand on trouve une otite après 2 jours de fièvre en disant, j'aurai dû venir plus tôt, pareil ceux-là je leur dis que la veille on aurait peut-être rien vu. Après, il y a toujours des enfants qui ont systématiquement des otites tous les mois dès qu'ils ont de la fièvre les parents viennent dès le premier jour mais ce sont des cas particuliers. Les patients sont habitués à ma façon de travailler et de traiter la fièvre de leur enfant ; après il y a des cas particuliers, comme la maman stressée avec son premier enfant pour la première fièvre mais à ce moment-là, l'éducation n'est pas débutée donc c'est normal et avec le temps et le nombre de

consultations, elle comprend comment fonctionne son enfant. On prend le temps d'expliquer en déculpabilisant.

*Cela vous semble-t'il important que les parents viennent consulter si précocement ?*

Non, ceux qui viennent à la sortie de l'école, ça me semble important qu'ils attendent un petit peu, ne serait-ce que pour nous permettre d'avoir un diagnostic. Je leur conseille de surveiller la durée de la fièvre et aussi de la prendre. Pas juste avec la main. Donnez-moi un chiffre. Je leur dis que la durée est plus importante que l'intensité parce que parfois, les parents flippent à 40 et, à côté de ça, ils nous les amènent à 5 jours à 38,5. Donc je leur explique cela. On fait beaucoup d'éducation dans le cabinet. Sinon ils viennent tous les 2 jours.

Je leur conseille donc de surveiller et de revenir au bout du troisième jour de fièvre ou de me rappeler. Il me rappelle pour me demander si c'est le bon moment pour revenir me voir. Je les forme les miens.

Certains d'entre eux, je les vois tout de suite, les très fragiles (asthme, mucoviscidose, otite à répétition, les opérés récemment). Je connais bien mes patients, et quand la secrétaire me demande je sais si je dois le voir tout de suite ou pas.

Place de l'antibiothérapie : nulle, ça arrive en prévisionnel, l'enfant un peu fragile vendredi soir ou avant les vacances chez les grands-parents, je leur prescris si la fièvre persiste.

*Que pensez-vous de l'autonomisation des parents, c'est-à-dire de les éduquer pour éviter qu'ils reviennent la prochaine fois pour la même chose ? Quels intérêts a le médecin à autonomiser ces parents ?*

C'est très important. Notamment pour éviter les consultations inutiles, les consultations aux urgences, les appels au Samu la nuit. Egalement pour éviter de surcharger les consultations d'autant plus qu'on est souvent amené à les revoir 3 jours plus tard. Dans 80% des cas, cette consultation est inutile. Mon emploi du temps est déjà plein.

Pour certaines familles, on sait très bien qu'ils ne gèrent rien, ceux-là on va les voir plus vite et être prudent notamment les très jeunes mamans ; selon ce que me disent les parents également, j'adapte ma ligne de conduite. La plupart du temps, les gens savent nous dire ou nous faire comprendre que leur enfant n'est pas bien. Parfois les parents exagèrent sur l'état de leur enfant parce qu'ils ont peur, mais on les voit. Après, si on dit à la secrétaire qu'on ne veut pas voir ces enfants-là, il n'y a plus de régulation et c'est un autre problème qui peut entraîner des situations compliquées.

*Quels inconvénients a le médecin à autonomiser ces parents ?*

Je n'en vois pas, de toute façon ici ils n'attendent pas plus de 48 heures avant qu'on puisse les voir. Mais désencombrer SOS ou les urgences me paraît essentiel.

Bon il y a des gens qu'on ne peut pas éduquer : les anxieux, les gens qui considèrent que la consultation est un dû qu'ils la veulent absolument, certaines personnes avec une histoire personnelle ou familiale compliquée comme le décès d'un petit par exemple. J'en ai 2 ou 3 qui sont odieux, qui sont irrespectueux et qui arrivent à faire pleurer certains confrères, ceux qui sont violents psychiatriques aussi. La classe socio-professionnelle joue un rôle, ceux qui sont plutôt dans le bas de l'échelle peuvent avoir tendance à être négligents et à venir trop tard, je pense aux très jeunes parents aussi, aux gens agressifs, et puis j'ai eu des soucis avec certains patients très naturopathes qui m'ont amené leur enfant avec plus d'une semaine de fièvre, pas bien ; ceux-là, c'est embêtant. Du coup à l'inverse, eux, on leur dit de consulter plus tôt. On a des gens très peu éduqués parfois par la limite de leur compréhension, mais ces gens-là, tout

ce qu'on leur dit c'est parole d'évangile, donc ils suivent nos conseils. C'est moins compliqué avec eux.

*Comment faites-vous l'éducation de vos patients ?*

A l'oral, et avec du temps. J'écris parfois les consignes dans le carnet de santé. Après, quand je n'ai rien à l'examen mais que je ne le sens pas trop quand même l'enfant, j'écris : revoir dans 2 jours. Je passe beaucoup de temps à leur expliquer et à les déculpabiliser.

## Entretien 7

*Racontez-moi votre dernière consultation pédiatrique pour fièvre de moins de 48 heures ?*

En général, la fièvre de moins de 48h, je regarde ce qu'il y a, j'interroge les parents si l'enfant tousse, s'il a des diarrhées enfin s'il y a des signes cliniques associés à cette fièvre. Je demande la fièvre depuis combien de temps, à combien, comment les parents la mesure avec quel type d'appareil, car le 38 en frontal m'affole déjà moins, 40 en endorectal ça parle un peu plus. Après les signes associés, toux, douleur, nez qui coule, comment il mange, est-ce qu'il est fatigué, ou est-ce qu'il pète la forme. Après je conduis mon examen. En fonction de ce que j'ai donc dans ta question rien ou une petite rhino-pharyngite et bien, en général, je donne le paracétamol toutes les 6h, je leur demande de surveiller la fièvre, je les rassure en disant que, bien souvent, c'est trop tôt et même je leur dis que ça ne sert à rien de venir tant qu'il n'y a pas plus de 48h voire 3 jours de fièvre ; après, tout dépend de l'état du gamin à l'examen mais souvent on ne trouve rien. Je commence à dire aux parents que, pour la prochaine fois, il serait bien dans la même situation, de patienter un peu pour qu'on puisse trouver quelque chose. En fait, je leur dis que, souvent avant 48h, on a rien, voire même 3 jours donc vous donnez du Doliprane, vous lavez bien le nez 4 à 6 fois par jour et on refait le point après.

Voir les enfants après 2-3 jours de fièvre nous guide pas mal, alors que lorsque l'enfant a de la fièvre depuis le matin et qu'on n'a rien à l'examen, et bien c'est pas très satisfaisant ni pour les parents et ni pour nous car on répète les consignes du Doliprane et du lavage de nez. Ici, nous sommes dans un désert médical, il y a beaucoup de monde à voir, si on peut éviter de voir les patients 2 fois dans la même semaine. Bien sûr quand il y a besoin, il y a besoin mais sinon. Je trouve cela nécessaire que les parents puissent gérer cela à la maison. Une des raisons est que les parents se rassurent eux-mêmes en faisant du soin eux-mêmes. Je trouve qu'il y a beaucoup de parents très très très stressés par leurs enfants, c'est limite si on n'est pas un bon parent si on n'emmène pas son enfant chez le médecin. Et moi, bon déjà, je n'ai pas grandi comme cela, les recommandations prouvent que l'on est plutôt dans le bon d'attendre 48-72h de fièvre, après quand je vois des parents stressés je leur dis toujours, voyez aussi comment est votre enfant. Par exemple, s'il a le nez qui coule même depuis 8 jours, sans fièvre bon voilà mais s'il a un petit 38 associé ce n'est pas grave, et je leur dis aussi, bon voilà, si votre enfant court partout vous avez déjà un bon aperçu et donc une bonne marge de manœuvre avant de me rappeler. S'il est amorphe dans le canapé alors que d'habitude il court partout, effectivement c'est bien de l'amener.

*Cela vous semble-t'il important que les parents viennent consulter si précocement ?*

Non. Ils peuvent consulter tôt s'ils sont inquiets, je pense à l'enfant pas du tout dans son état habituel, même s'il a de la fièvre depuis le jour même, c'est important qu'ils viennent car ils ont besoin d'être rassurés et puis il peut avoir un début de méningite ou un truc grave, bon



voilà. Après, dans la plupart des cas, l'enfant ne va pas trop mal, donc ils n'ont pas forcément besoin de venir si tôt. Ça ne me dérange pas de recevoir les gens tôt quand il y a de la place mais je pense que c'est hyper important de les éduquer en donnant notamment les signaux d'alarme pour eux et pour nous. Déjà, c'est vachement moins anxiogène pour l'enfant car, quand tu as tes parents qui sont super stressés parce que tu as de la fièvre à 38 et que tu cours bien, bah c'est un peu chiant quoi, et puis c'est vrai que les parents ont souvent des petits radars et souvent, quand il y a une vraie inquiétude même s'il n'y a pas forcément tous les critères mais qu'ils ne le sentent pas, ils viennent quand même.

*Que faites-vous, quels conseils apportez-vous aux parents quand vous n'avez pas de diagnostic ?*

Je leur dis : on voit comment ça évolue, je leur donne le traitement symptomatique, peut-être que vous aurez besoin de revenir, peut-être que non, c'est sûrement une petite virose. Vous surveillez la température et vous me rappelez s'il a toujours de la fièvre dans 48h ou si d'autres symptômes apparaissent.

*Relance : « Et l'antibiothérapie ? »*

La place de l'antibiothérapie, dans ces consultations-là, est bonne si elle est justifiée. Donc, seulement si j'ai un diagnostic. Si je n'en ai pas, il m'arrive de faire du prévisionnel dans certains cas : c'est-à-dire, vendredi soir, les tympanes sont limites, il n'y a pas encore d'otite mais ils sont un peu congestifs, souvent je leur dis que, si la fièvre persiste ou que l'enfant se plaint de l'oreille, vous démarrez l'antibiotique dans 48h. Une autre situation, quand ça traîne, par exemple une rhino qui traîne, j'en donne, je sais très bien que ce n'est pas recommandé. Mais sinon, non, pas d'antibiotique dans ces situations.

*Que pensez-vous de l'autonomisation des parents, c'est-à-dire de les éduquer pour éviter qu'ils reviennent la prochaine fois pour la même chose ? Selon vous, quels intérêts a le médecin à autonomiser ces patients ?*

Je pense que c'est bien. Je trouve que c'est un confort pour tout le monde, le médecin, l'enfant, les parents et que c'est nécessaire dans l'état actuel des choses avec le manque de médecins. Avec la désertification médicale c'est un concept qui devient obligatoire parce que sinon on aurait en consultation tous les parents, tout le temps, et c'est juste pas gérable. Ça permet aussi d'alléger l'emploi du temps et de garder des créneaux horaires pour des vraies urgences quand il y en a besoin. Ce n'est pas tellement alléger l'emploi du temps, en fait c'est pour éviter d'avoir 50 patients par jour en consultation car, moi je ne peux pas en voir autant. Dans tous les domaines de la santé, l'éducation me semble importante car c'est la santé des gens, c'est leur santé et pas la mienne donc s'ils peuvent avoir les bases minimum, ça me paraît important. Et puis je trouve que c'est rassurant, quand je leur dis que la rhinite peut durer tout l'hiver j'ai l'impression que ça rassure les gens aussi.

Je pense qu'il y a aussi un côté réassurance de dire : vous n'êtes pas un mauvais parent si vous ne me l'amenez pas aujourd'hui. Il est important de leur dire quoi faire aussi, car parfois ils viennent en disant qu'ils ne savent pas quoi faire. Je pense que tout cela a un rôle aussi, dans le désencombrement des urgences ; faire que les parents puissent attendre le lendemain est important. Et puis ces parents qui sont éduqués, quand on les retrouve en consultation, celle-ci est plus efficace et plus utile parce qu'en fait, oui, ça fait déjà trois jours, et puis du coup on trouve un diagnostic.

### *Quels inconvénients a le médecin à autonomiser ces parents ?*

L'inconvénient est que ça prend du temps. Ça ne baisserait pas mon chiffre d'affaires de voir ces enfants moins souvent car, comme je disais, nous sommes surchargés. Mais c'est chronophage. Du coup, je ne le fais pas quand je suis trop en retard mais, en général, j'essaie de lancer une idée ou deux dans la consultation. Après, je me dis que c'est chronophage pour une consultation, mais si après ils attendent vraiment et savent agir, c'est un gain de temps pour la consultation suivante. Je ne redoute pas que les consultations soient plus compliquées si les parents patientent car je suis contente d'avoir un diagnostic. Je pense que tous les patients peuvent être éduqués sauf ceux qu'ils ne le veulent pas mais, en général, c'est rare dans le cadre de ta question concernant enfant et parent. Sauf les parents vraiment anxieux qui ont vécu des choses dramatiques. Par rapport à la classe socio-professionnelle, je ne vois pas de différence dans la pratique de l'éducation.

### *Comment faites-vous l'éducation de vos patients ?*

Essentiellement à l'oral, je vais de temps en temps écrire pour certaines fois. Peu pour la fièvre. Je n'ai pas de support.

## Entretien 8

### *Racontez-moi votre dernière consultation pédiatrique pour fièvre de moins de 48 heures ?*

Le dernier que j'ai vu, en fait c'était une consultation au téléphone, et c'était ma petite fille et le motif est exactement cela. C'était une fièvre à 40 sans vomissement sans point d'appel, sans plainte en dehors d'une céphalée, mon fils était tout seul avec ses 2 enfants, sa femme était partie, et l'autre enfant avait une gastro, elle vomissait. Donc il ne pouvait pas aller voir le médecin de toute manière. Effectivement il a géré les antalgiques en essayant d'éviter l'Advil comme je lui ai toujours dit que les anti-inflammatoires sans diagnostic étaient une vraie mauvaise idée voire même avec diagnostic d'ailleurs et, avec une recherche de signes de gravité que je lui faisais faire avec une recherche de méningite, avec des exercices très simples. Sauf que souvent, il se pose un problème c'est que malgré les 4 prises de Paracétamol, la fièvre quelquefois échappe au traitement. Et de temps en temps, tu es bien obligé d'utiliser un peu d'Advil. Donc là, si on réfléchit, bien normalement on est au 3ème jour donc, ma belle fille devrait consulter ce soir pour confirmer que ça ressemble bien à une grippe, ce qui est possible. Car la grippe est en Alsace actuellement. Effectivement, bien éduqué et bien calculé on peut avoir un rendez-vous pour avoir un diagnostic au bon moment. Après, pour les consultations c'est exactement la même chose au cabinet, depuis très longtemps j'éduque les patients donc ils n'appellent jamais pour être vus tout de suite. S'ils sont inquiets et veulent être vus tout de suite, on les appelle, on parle avec eux et souvent on les voit. En général, moi, un gamin qui a plus de 39 de fièvre je le vois, parce que je ne suis pas capable d'évaluer au téléphone mais je le vois sur rendez-vous ; c'est-à-dire qu'ils ont l'habitude de téléphoner pour qu'on puisse programmer un rendez-vous. Alors évidemment, s'ils n'ont pas de signes de gravité, moins de 38, le nez qui coule et qui ne sont pas très malades on les fait patienter avec des conseils mais, en règle générale, ceux qui ont plus de 39, je les vois dans la journée pour désencombrer les urgences. De principe, les gens, le soir paniquent et ils vont à la maison médicale de garde, et donc si tu n'as pas désamorcé la bombe dans la journée ; moi je préfère désamorcé dans la journée que de me dire que le gamin a été vu le soir je ne sais pas par qui, je ne sais pas pourquoi ni comment, plutôt que de mal dormir le soir, ça c'est personnel, mais

du coup je gère mes rendez-vous, c'est-à-dire qu'ils ne viennent pas comme ça à l'improviste, c'est régulé et on les intègre au planning du jour sur l'un des médecins de la maison médicale. Quand je n'ai pas de diagnostic, je continue les traitements symptomatiques, si je suis sûr qu'il n'a pas de pneumopathie, d'infection urinaire, pas d'otite, pas d'angine, pas de raideur de nuque et que je les sens débordés par la fièvre, je leur fais mettre une dose d'Advil parce que les parents paniquent avec certains enfants qui montent à plus de 40 la nuit.

*Cela vous semble t'il important que les parents viennent consulter pour leurs enfants si précocement ?*

Ça me paraît important, qu'un gamin qui a plus de 39, sans point d'appel simple, consulte dans la journée, parce que tu désamorce un passage aux urgences qui, même s'il ne se fait pas tout de suite, se fera le soir ou dans la nuit. Il vaut mieux couper court de manière organisée, que de ne pas couper court de manière organisée. En les voyant, les parents sont rassurés, ils ont vu leur médecin. Ils ont confiance. Quitte à les revoir c'est pas un problème. J'ai vu aux urgences il y a 4 semaines un enfant qui avait 40 de fièvre depuis une semaine, qui avait été vu par plusieurs médecins, qui n'avait aucun point d'appel, aucun diagnostic de fait et les parents partaient à Venise le week-end, je les ai vus un mercredi, veille de week-end prolongé. J'ai demandé une prise de sang et un examen d'urine, l'examen d'urine est revenu normal et la prise de sang embêtante avec 20G/L de GB et CRP à 80 j'étais embêté. Alors, j'ai appelé les parents donc la dame m'a dit : vous êtes un dégonflé, vous ne voulez pas lui prescrire un antibiotique. Je lui dis, non, et lui explique que c'est parce que je ne sais pas ce qu'a votre enfant que je ne peux pas lui prescrire un antibio ; elle me répond, oui, mais on part à Venise, je lui dis que ça n'a rien à voir et qu'il faut qu'elle l'emmène faire une radio pulmonaire. En lui disant que je suis là jusqu'à 19h pour le revoir après sa radio. Ils sont revenus le soir, un peu mal car l'enfant avait vraiment une pneumonie. Et donc, c'est là où on ne peut pas éduquer tout le monde, je leur ai donné un traitement, un courrier pour leur médecin traitant, une ordonnance de contrôle à trois semaines. Trois semaines après, ils ont appelé ma secrétaire car ils avaient perdu l'ordonnance de contrôle, que leur médecin n'était toujours pas là. Je ne suis pas sûr qu'on puisse éduquer tout le monde, mais pas loin. Je pense que, ces gens-là, n'ont pas eu l'habitude de ce genre de prise en charge et que, l'appel que je leur ai fait les a étonnés et quand je leur ai dit, de toute façon, que je faisais tout en consultation gratuite derrière, car je ne voulais pas qu'ils pensent que, je pouvais éventuellement récupérer de l'argent par une quelconque velléité, je pense que ça a changé leur comportement. Mais ils n'avaient pas l'habitude de ce parcours de diagnostic. Et donc, si les gens ont l'habitude du raisonnement de leur médecin, je pense que tu peux éduquer tout le monde. Même selon la classe socioprofessionnelle, car si on réfléchit bien l'écramage se fait naturellement parce que si ton discours ne passe pas et qu'ils ne te comprennent pas, ils ne viennent plus te voir. Quelque part tu finis par avoir que des gens qui ont ultra confiance en toi et, tellement confiance en toi, que même quand ils voient tes associés, ils reviennent te voir. Donc je pense que l'écramage est fait par la fidélisation de la clientèle et du coup ils adhèrent à ton discours.

*Que faites-vous, quels conseils apportez-vous aux parents quand vous n'avez pas de diagnostic ?*

Je leur dis que je n'ai pas de diagnostic. Et que donc ça peut être un syndrome viral et que donc ça ne dépassera pas quatre jours, et que si ça les dépasse il faut qu'ils reviennent absolument. Il ne faut jamais faire une consultation fermée. Une consultation ouverte est préférable car les gens se disent, je n'ai pas peur de retourner voir mon médecin puisque lui-

même m'a proposé. De la même façon pour ma petite fille, j'ai incité à ce qu'elle voit son médecin aujourd'hui après trois jours de fièvre pour étayer le diagnostic car ça ne se fait pas au téléphone.

Concernant les antibiotiques, je n'en mets pas moi sans diagnostic, en tout cas pour les quatre premiers jours. Et si jamais la fièvre persiste, les gamins ils ont prise de sang, examen d'urine, si l'auscultation pulmonaire est normale j'attends, si rien ne sort de ces examens-là, selon les résultats ils m'appellent, et je leur dis ou non de faire une radio pulmonaire.

*Que pensez-vous de l'autonomisation des parents, c'est-à-dire de les éduquer pour éviter qu'ils reviennent la prochaine fois pour la même chose ? Selon vous, quels intérêts a le médecin à autonomiser ces parents ? Et quels inconvénients ?*

Je pense que c'est indispensable. Déjà, il faut qu'ils aient les signes cliniques à rechercher, ça c'est une certitude. Je pense qu'on peut leur donner des signes simples. Comme faire toucher le menton au sternum, pendant le fièvre mais aussi quand la fièvre est tombée. Vérifier s'ils vomissent ou pas, en jet ou pas, s'ils ont besoin de se mettre dans le noir ou pas, des choses très simples, s'ils toussent ou pas, si ça brûle en faisant pipi ou pas. Il y a beaucoup de choses simples à leur montrer où ils peuvent se débrouiller. La relation médecin-malade est au cœur de la réussite de cette éducation. Par contre, il faut pouvoir assumer cette éducation en pouvant donner aux parents un rendez-vous s'ils ont tout fait comme on leur a dit et que la fièvre persiste au 3 ou 4ème jour. Si on est pas droit avec cela, et qu'on ne respecte pas ce qu'on leur dit en donnant un rendez-vous à J7 ou J8, ils appelleront la prochaine fois dès le premier jour. Donc, il faut avoir une cohérence de planning qui soit en cohérence avec ce qu'on dit au gens.

Bon alors on n'a pas allégé notre emploi du temps mais, par contre, on l'a rendu plus contrôlable, on a très peu de gens qui arrivent en salle d'attente, complètement paniqués, pour leur enfant fébrile. Donc, en faisant cela, on a simplifié les choses. En simplifiant le planning, on a le temps de voir l'enfant qui en a besoin car la consultation, vite faite entre deux, est de toute façon une mauvaise solution ; au fond le patient est satisfait d'avoir une visite très rapide mais c'est une consultation qui est quasi « irrefaisable » car après, on accumule un retard considérable.

*Comment faites-vous l'éducation de vos patients ?*

A l'oral.

## Entretien 9

*Racontez-moi votre dernière consultation pédiatrique pour fièvre de moins de 48 heures ?*

C'est tous les jours, les enfants fébriles. Il y a la petite fièvre à 38,5 qui nous fait tout de suite penser à une otite, 38,2 c'est l'otite, 39-40 c'est le syndrome grippal, la rhino-pharyngite, a priori c'est pas inquiétant. Donc déjà en fonction du niveau de la fièvre ça oriente un peu vers le diagnostic et puis ça dépend de l'âge de l'enfant, les choses sont différentes. L'éducation rentre dans le rôle du médecin généraliste, c'est-à-dire qu'en général des jeunes parents qui ont un bébé et qui sortent de l'hôpital sont un petit peu esseulés et ne savent pas trop comment faire et c'est notre rôle, quand ils ont leur premier enfant, de leur apprendre d'abord à acheter un thermomètre, voir les conduites à tenir à traiter la fièvre à partir de 38, donc il faut leur expliquer qu'à partir de 38, la fièvre c'est 38 et qu'on traite à partir de 38. Donc on leur

explique qu'il faut avoir deux médicaments associés, d'avoir le paracétamol, de l'aspirine, de découvrir l'enfant, de mettre le nourrisson dans l'eau tiède pour faire tomber la température plus rapidement, le faire boire, lui mettre un gant de toilette d'eau froide sur le front pendant dix minutes, mais tout ça c'est nous qui leur expliquons ça parce que les jeunes parents, pour certains, ne savent pas quoi faire. On leur explique l'ordonnance, ce qu'il faut aller chercher à la pharmacie, toujours avoir du paracétamol en sirop, en suppositoire, quitte à avoir de l'Aspégic pour alterner, pour avoir deux médicaments associés pour la fièvre. C'est notre rôle de leur expliquer tout ça. C'est vrai que lorsque c'est leur premier enfant, ils paniquent un peu mais avec l'expérience ils apprennent et finissent par gérer seuls. Ils sont aussi moins inquiets.

*Cela vous semble-t'il important que les parents viennent consulter pour leurs enfants si précocement ? Que faites-vous, quels conseils apportez-vous aux parents quand vous n'avez pas de diagnostic ?*

Attention à la fièvre à 40 isolée, toujours avoir la crainte de la méningite, même si on en voit beaucoup moins, mais une fièvre à 40 sans signes ORL, sans rien du tout, attention à la méningite et à l'infection urinaire. Il faut avoir peur de ça. L'enfant qui vient avec le nez qui coule, qui tousse et a 38-39, si l'enfant n'est pas trop abattu, on leur dit traitement symptomatique et essayer de tenir une semaine, si au bout d'une semaine la fièvre persiste, reconsulter et éventuellement, se discute un antibiotique. En général le délai c'est ça. Cela dit, certains parents inquiets c'est pas toujours facile de leur dire qu'il ne faut pas d'antibiotique, que c'est pas systématique et que là c'est un peu au cas par cas et selon l'inquiétude des parents. Voilà. C'est pas toujours comme dans les livres et on peut être amené, un enfant avec une grosse rhino-pharyngite, à prescrire des antibiotiques pour répondre à l'inquiétude des parents. Il n'y a pas de règles et c'est un peu avec l'expérience et le feeling, on sent quand on peut éviter l'antibiotique, ça dépend beaucoup du contexte familial.

*Selon vous, quels intérêts a le médecin à autonomiser ces parents ?*

Eviter la surconsommation d'antibiotique, essayer de les convaincre de savoir attendre, alors quand ils ont l'habitude des rhino-pharyngites hivernales, ils savent qu'un enfant qui a un petit peu de fièvre qui toussote on peut attendre une semaine mais si la fièvre monte à 39-40, les parents sont en général là le lendemain. Ils viennent tout de suite et, souvent là, on est obligé de passer aux antibiotiques voilà. L'avantage pour moi est de ne pas traiter toutes les rhino-pharyngites avec des antibiotiques. De leur faire comprendre qu'il faut savoir patienter. C'est vrai aussi qu'une minorité, souvent les jeunes parents avec leur premier enfant, peuvent encombrer les urgences et, à ce moment là c'est utile de bien leur expliquer. C'est vrai que les structures d'urgence sont surchargées et que l'on a notre rôle à jouer.

Responsabiliser les gens me paraît important, mais il y a des gens intelligents qui comprennent mais d'autres paniquent devant la maladie, qui n'ont pas le sens médical et cela ne s'apprend pas. Il y a des gens qui toute leur vie paniquent et, ceux-là, sont impossibles à éduquer. Je ne discrimine pas de type de personne particulière, le sens médical on l'a ou on ne l'a pas. Voilà, il y a des gens qui arrivent à réfléchir et à dire oui on va attendre mais bon ça ce n'est pas un problème majeur car tous les parents ont du paracétamol, ont de quoi traiter la fièvre pour le week end et ceux qui encombrer les urgences c'est inadmissible.

Notre rôle est important et je pense qu'il faut un an pour que les jeunes parents fassent ce rodage pour traiter la fièvre de l'enfant, ce n'est pas évident. Parce qu'on ne leur apprend pas donc c'est notre rôle de bien éduquer.

*Selon vous, quels inconvénients a le médecin à autonomiser ces parents ?*

Quand un enfant à 39-40, ils rappellent de toute façon. Un enfant qui a de la fièvre moi je le vois rapidement systématiquement, parce qu'on a toujours la crainte de la méningite, de l'infection urinaire, des gros trucs. C'est vrai que j'ai eu un cas d'un nourrisson à 41 de fièvre malgré le paracétamol qui a eu une méningite et ça je m'en rappelle, c'était il y a 25 ans. On en voit de moins en moins tant mieux. Dans mon idée, une mère avec son enfant qui a 39-40 de fièvre, vous ne le voyez pas dans la journée, vous risquez de perdre le client. On perd la relation de confiance. Je pense qu'il faut l'examiner, si on ne trouve rien et que l'enfant va bien, par exemple une rhino-pharyngite, on peut toujours dire, on évite l'antibio, mais on l'a examiné d'un point de vue médico-légal on ne fait pas de connerie. Moi, je dis que surtout pour des jeunes parents avec leur premier enfant qui paniquent devant une grosse fièvre à 39-40, leur dire, donner du Doliprane et revenez dans 48 heures si ça ne passe pas. Vous perdez le client.

L'éducation est difficile au départ, ils sortent de la maternité, s'ils sont tout seuls, que les grands-parents ne sont pas derrière, personne leur a appris à traiter la fièvre d'un enfant, donc c'est nous ou le pédiatre qui, au fur et à mesure des rhino-pharyngites, après être venus 2-3 fois chez le médecin ils ont gardé et compris les réflexes. Ce que tous les médecins s'efforcent à expliquer depuis des siècles, à savoir les mesures urgentes de prise en charge de la fièvre.

*Comment faites-vous l'éducation de vos patients ?*

J'éduque mes patients uniquement à l'oral mais il faut prendre le temps. Le réflexe des parents c'est de couvrir l'enfant donc voilà il faut leur expliquer.

## Entretien 10

*Racontez-moi votre dernière consultation pédiatrique pour fièvre de moins de 48 heures ?*

Alors, on est d'astreinte une fois par semaine, on commence la journée avec aucun rendez-vous et de là, ça se remplit. On n'a jamais les parents ou les personnes au téléphone car on a un secrétariat qui est ouvert toute la journée de 8h30 à 13h30 et de 14h30 à 19h. Parfois, ils appellent en dehors de ces horaires enfin c'est quand même assez rare, mais on peut en avoir un à 19h ; la personne qui téléphone angoissée parce que son enfant a de la fièvre depuis la sortie de l'école ou de la nourrice et qu'il a 39. Ils téléphonent à 19h15 parce qu'ils rentrent du boulot, en disant voilà mon enfant a 39,5. Alors moi, ce que je fais, déjà ça dépend si je connais bien l'enfant, ses antécédents, tout un tas de choses. Evidemment si c'est un gamin que je suis depuis tout le temps, que je connais par cœur, a priori et ça dépend de son âge aussi et de sa susceptibilité aux infections et du risque que je peux en attendre, après j'aurais tendance à voir facilement les gens. Parce qu'une fois qu'on nous appelle, c'est quand même difficile de faire la médecine par téléphone, alors ça peut m'arriver parce que s'il est 18h50 ou 19h50 et que j'ai envie de partir (je dis n'importe quoi), je peux, éventuellement pourquoi pas faire de la médecine par téléphone, en posant des questions indispensables, à savoir s'il y a des signes qui pourraient me faire penser à une infection plus grave que la simple rhino-pharyngite. C'est sûr que si c'est la fièvre à 39 avec le nez qui coule et un enfant qui a fait un bon goûter et qui a bien mangé toute la journée, qui n'a pas eu d'autres symptômes, c'est pas la même chose qu'un enfant qui est très fatigué, qui ne bouffe pas, qui a un an et demi, évidemment tout est différent en fonction des informations que je vais avoir au téléphone et je

vais orienter mon interrogatoire au téléphone. Mais j'aurais plutôt tendance, à partir du moment où je prends le téléphone, et qu'on me pose la question de l'enfant qui a une fièvre élevée, j'aurais tendance à le voir, parce que je me mets dans la situation des parents qui sont angoissés, alors peut-être qu'ils sont angoissés parce qu'ils n'ont pas reçu une éducation suffisante pour ne pas s'angoisser, mais enfin voilà une fois qu'on a reçu cette angoisse, ne pas y répondre c'est quand même difficile, donc je verrai l'enfant et de là, ça peut durer pas très longtemps. Alors après, dans notre prise en charge habituelle de la Pédiatrie, quand on suit des enfants depuis le début, on éduque un peu les parents, ça je suis d'accord. Alors déjà qu'est-ce que la fièvre, quand on considère qu'il y a de la fièvre, c'est la première des questions, qu'est-ce qu'il faut faire en cas de fièvre c'est-à-dire les premières choses qui peuvent être faites facilement à la maison, sur le plan médicamenteux ou sur le plan de règles simples. (référence à la thèse de son collègue sur la prise en charge de la fièvre de l'enfant.). Et puis c'est la même chose, les gens au début chez le nourrisson ils sont angoissés, donc c'est difficile quand même quand un nourrisson a 39 de fièvre de ne pas le voir, ou prendre la décision de ne pas emmener son enfant, ça peut se discuter, c'est plus difficile. Mais lorsque les gens qui sont venus à notre cabinet nous voir, 3-4 fois pour rhino avec fièvre et qu'à chaque fois ils ressortent avec du Doliprane et des lavages de nez, déjà l'éducation elle passe par là, ils comprennent et puis on leur explique. On leur explique que ce n'est pas grave, que la rhino ça dure quelques jours, que de toute façon il faut leur nettoyer le nez. On explique qu'il n'y a pas de signes qui nous font angoisser parce que c'est un enfant qui bouge bien, qui est souriant qui mange bien, qui boit bien, qui n'a pas de maux de tête de vomissements ou de marques particulières sur le corps par exemple, à partir de ce moment là il y a des gens qui resteront angoissés tout le temps, ce n'est même pas la peine. Moi ça fait 10 ans que je pratique, je trouve qu'il est de plus en plus facile qu'auparavant, alors c'est peut-être qu'aussi j'ai un biais de sélection par rapport aux gens qui viennent me voir ou pas, de faire comprendre aux gens qu'il n'y a pas de problèmes, que le simple paracétamol et lavage de nez suffiront. Avant, on nous réclamait l'antibiotique. Je trouve qu'en quinze-vingt ans ça a beaucoup changé et que les parents comprennent beaucoup mieux qu'avant. Déjà d'accepter de venir et de ne pas avoir d'antibiotique ça a été le premier pas, après le deuxième pas ça a été, d'accepter de voir leur enfant fébrile avec le nez qui coule et pas venir voir obligatoirement et encombrer la consultation médicale mais de plus en plus je trouve qu'on va dans ce sens-là. Moi je reste persuadé, en effet, qu'une fièvre aiguë chez un enfant qui va bien, il n'y a pas besoin d'aller immédiatement chez le médecin et je leur explique aux parents mais il ne faut pas leur expliquer dans la violence, il faut leur expliquer peu à peu, tranquillement et pas en disant : « mais qu'est-ce que vous faites là, votre enfant, il n'a rien ». Il faut respecter leurs angoisses et leur montrer peu à peu que voilà, il n'y a pas de signes inquiétants, et qu'un nez qui coule avec un peu de fièvre ça fait partie de la vie. Après on va tomber sur des gens qui sont très angoissés et je crois que cela, quoi qu'on fasse, ils viendront et quand on n'est pas joignable ils iront aux urgences. Je pense cependant que le fait que les urgences soient surchargées d'enfants qui vont bien qui ont un peu de fièvre, c'est pas forcément qu'un problème d'éducation thérapeutique, c'est aussi un problème d'accessibilité aux soins à l'heure actuelle. Moi, j'ai l'impression malgré tout que, nous, étant donné qu'on est très accessible au niveau de la consultation, c'est-à-dire que les gens qui appellent dans la journée sont sûrs d'avoir un rendez-vous, on peut les voir pour la fièvre et, plus on les voit plus on leur explique et ensuite plus facilement la prise en charge se fera et moins ils viendront. Les gens qui ont du mal à avoir une consultation, qui attendent trois, quatre jours, parce qu'il y en a beaucoup, ou qui attendent 3-4 jours pour montrer leur enfant qui a de la fièvre, il suffit qu'il y ait un peu d'angoisse pour qu'ils se retrouvent aux urgences directement et encombrer. Je pense que c'est quand même une difficulté à l'heure actuelle. Moi je trouve qu'on arrive plus facilement maintenant à éduquer les gens. Quand je vais voir un enfant avec de la fièvre, la première des

choses c'est de rechercher s'il n'y a pas un signe de gravité, mais un enfant qui vient qui sourit et tout, on sait qu'il n'y a pas de signes de gravité. Après, la moindre des choses malgré tout, c'est de voir s'il n'y a pas une otite, une angine ou une pneumopathie donc malgré tout ça on en trouve régulièrement dans le flot des rhino-pharyngites. Plusieurs par semaine, parfois des otites peu ou pas algiques mais pourtant de véritables otites moyennes aiguës. Alors après, ce que je veux dire par là c'est que j'ai tendance à les voir facilement, en tant que généraliste, si on me téléphone et que j'ai une inquiétude au bout du fil, je le reçois et après en expliquant, les choses se font naturellement. Les gens quand ils sont venus ici pour une fièvre aiguë et que trois ou quatre fois de suite ils ont eu du Paracétamol et des lavages de nez l'éducation, elle est faite. Sauf les patients non éducatibles parce qu'ils sont trop angoissés, et ça j'en ai, mais pas tant que ça et de moins en moins.

*Que faites-vous, quels conseils apportez-vous aux parents quand vous n'avez pas de diagnostic ?*

Alors moi, je suis beaucoup plus à l'aise qu'avant, quand je me suis installé au début, moi même, il fallait que je gère mes angoisses parce que en tant que médecin on a plein d'angoisses et puis c'est bien de gérer l'angoisse des parents, mais on reçoit l'angoisse des parents mais il faut gérer aussi notre propre angoisse, et puis après il faut gérer son relationnel vis-à-vis des parents et d'être droit dans ses bottes et de savoir où on va.

Ce que je fais, j'explique très facilement aux parents ; voilà, votre enfant a de la fièvre, sur le plan clinique je n'ai absolument rien, il est tout à fait rassurant, il n'y a pas de situation d'urgence, donc dans ce cas-là, la plupart du temps la fièvre disparaît dans les trois jours, parfois il a le nez qui coule le lendemain ça peut tout à fait arriver, il faut prendre juste du Paracétamol et vous me rappelez dans 48 heures s'il y a un souci, en gros. Et puis je leur dis qu'ils peuvent me rappeler au téléphone et puis au téléphone je leur dis ce que j'en pense puisque j'ai déjà vu leur enfant et je le reverrai si nécessaire.

Je leur donne des consignes de surveillance, à l'oral, je n'ai pas d'ordonnance type, alors c'est vrai que c'est faisable de faire une ordonnance type avec tous les conseils particuliers en cas de fièvre. De toute façon la fièvre isolée, en cas de nouveau symptôme je demande aux parents de me rappeler pour que je puisse prendre la décision de le revoir ou pas. Mais la plupart du temps les gens ne reviennent jamais. Parfois ce que je peux faire, quand je vois qu'il y a, quand même, un petit peu d'angoisse et quand je vois que je n'arrive pas à répondre complètement à cette angoisse, ou que je connais les parents et que de toute façon je sais que ce sont des angoissés de première, je leur fais une ordonnance d'ECBU à réaliser le lendemain ou le surlendemain en cas de persistance. Ça permet de calmer le jeu. Et de toute façon je reste disponible. Maintenant quand je n'ai pas de diagnostic, j'ai complètement géré cette situation et ça ne me gêne pas de le dire aux gens, voilà je n'ai pas de diagnostic particulier, je leur donne différentes possibilités, différentes hypothèses, avec celle qui est la plus fréquente et puis d'autres hypothèses. De ces hypothèses, s'il y en a une qui me paraît plus grave que d'autres je vais leur donner des signes éventuels de gravité à surveiller, leur demander de me rappeler et puis c'est tout ce que je vais leur dire. Ce sont des conseils de surveillance que je leur transmets à l'oral, après traitement si fièvre supérieure à 38,2 un peu de Paracétamol, parfois j'en donne même en systématique pendant 48 heures, conseils de réhydratation, ça je ne le marque pas forcément sur l'ordonnance, ça dépend aussi qui j'ai en face de moi, si j'ai des gens plus cortiqués que d'autres.



*Relance : « Et l'antibiothérapie dans ces situations ? »*

Une place nulle dans la fièvre isolée de moins de 48 heures. Si je décide de donner un antibiotique c'est pour un diagnostic comme l'otite moyenne aiguë par exemple. C'est pour cela que je demande aux gens de me rappeler à 48 heures, ça me permet de décider si je dois revoir l'enfant ou pas. Et somme toute, ils ne reviennent quasiment jamais. La plupart du temps ce qu'ils viennent chercher c'est une réassurance. C'est la gestion du stress, on a aussi ce rôle en tant que médecin généraliste. C'est vrai que ça encombre les urgences car eux n'ont pas ce rôle de rassurer dans une consultation de médecine générale pure et c'est de la consultation de médecine générale pure. C'est pas de la médecine d'urgence. Nous on a le rôle quand même, de proposer de voir l'enfant qui a de la fièvre, rapidement, si nécessaire, et si on sent le parent angoissé. C'est normal, c'est notre rôle de rassurer les parents et si on tient bien ce rôle d'être présent, donc d'être visible, de bien examiner nos patients, et de leur expliquer qu'il n'y a rien, les gens sont rassurés, il n'y a aucun problème, ils n'ont pas besoin d'antibiotique. Alors, il est possible qu'à mes débuts, que moi-même, dans la gestion de l'inconnu et du stress de l'inconnu, j'ai pu mettre un antibiotique alors qu'il n'y avait pas forcément une indication mais plus maintenant, ça c'est clair. A partir du moment où on est visible, aussi grâce à notre mode de fonctionnement, on est là pour expliquer, rassurer les gens et ça se passe très bien, et ce n'est pas le rôle des urgences mais c'est notre rôle. Moi c'est comme ça que je vois les choses.

*Cela vous semble-t'il important que les parents viennent consulter pour leurs enfants si précocement ?*

Bien sûr que non, l'idéal c'est que les parents n'angoissent pas, il a une fièvre, ils regardent si l'enfant est souriant, s'il mange bien, ils connaissent les signes qui pourraient faire tiquer par rapport à la fièvre de l'enfant, et ils emmènent leur enfant à partir du moment où ils considèrent que soit la fièvre se prolonge plus de trois jours, ou soit parce qu'il y a l'apparition d'un signe autre que le nez qui coule et un peu de toux et qui pourrait être le signe d'une autre pathologie. C'est possible mais il ne faut pas être catégorique, tout le monde ne peut pas le faire. Tout le monde n'a pas les moyens intellectuels, les connaissances, la gestion du stress. A partir du moment où on a été un parent, on le sait très bien. D'avoir ses gosses, d'un coup qui montent à 39, même quand on est médecin, il y a un petit pincement, parce qu'on passe de l'autre côté.

Donc dans l'absolu, la réponse à cette question c'est évidemment non.

*Que pensez-vous de l'autonomisation des parents, c'est-à-dire de les éduquer pour éviter qu'ils reviennent la prochaine fois pour la même chose ? Quels intérêts a le médecin à autonomiser ces parents ?*

C'est important, il ne peut pas y avoir d'inconvénients, il peut y avoir que des intérêts à partir du moment où, cette autonomisation a des limites clairement établies. C'est-à-dire jusqu'où on autonomise les parents et jusqu'où on est capable d'attendre sans entrer dans la négligence, c'est la difficulté, après ça dépend des gens. En soit l'autonomisation des parents, c'est-à-dire, le nez qui coule, de la toux, un enfant souriant, et qui a 38,5, leur dire que ça peut attendre 48 heures avant qu'ils viennent nous voir, c'est quand même l'autonomisation minimale et d'être capable de donner un peu de Doliprane, un petit gant frais sur le front, découvrir son enfant et pas trop chauffer l'environnement, enfin des choses de bon sens ça c'est toujours bien, à partir du moment où on ne veut pas non plus aller a contrario des parents qui sont tellement autonomisés qu'ils font quasiment la médecine.

Un avantage autre est l'allègement de l'emploi du temps. Surtout en période hivernale. Ici on travaille comme ça, on a conscience de l'importance de cette éducation thérapeutique, et le fait d'être maître de stage a fait évoluer certaines de nos prises en charge de ce type-là. A priori, l'interne qui sort tout frais moulu de ses études, il arrive là sans aucun complexe à donner du Doliprane et des lavages de nez, moi quand j'ai commencé on en était encore sur les grosses ordonnances pour la rhino fébrile, ce qui n'est plus du tout le cas actuellement. Et aussi parce que je pense ne pas avoir d'angoisse devant une feuille contenant uniquement du paracétamol m'a été facilité depuis que je suis maître de stage et peut-être aussi parce que je vieillis, mais malgré tout, la consultation sans ordonnance, je n'y arrive pas encore complètement. Mais ça arrivera, c'est un objectif de progression pour moi. Je voudrais revenir sur un cas particulier, certains parents n'acceptent tout de même pas ces ordonnances finalement vierges pour eux car le Doliprane et le sérum physiologique ils en ont déjà, et certains d'entre eux qui n'entendent pas et ne comprennent pas le message, ceux-là ils finissent par changer de médecin.

*Relance : « Dans les inconvénients, pensez-vous que certaines consultations pourraient être plus compliquées ? »*

Non, c'est plutôt plus simple, c'est justement la fièvre qui débute pour laquelle on ne trouve pas de diagnostic. A un moment ça sort et au bout de trois jours, souvent c'est sorti.

*Relance : « Et votre attitude a-t-elle été modifiée par votre expérience personnelle dans certaines situations ? »*

Pas par rapport à la fièvre, non.

*Relance : « Et la part financière ? »*

Rire ++++. C'est difficile de répondre. Evidemment que la réponse à cette question c'est, que ce n'est pas à prendre en compte. Avoir sur sa journée que des actes complexes, jamais entrecoupés d'une petite rhino, et bien ce n'est pas une question financière mais plutôt de bien être au travail. Voilà. La part financière non, il y a vraiment beaucoup de travail.

## Entretien 11

*Racontez-moi votre dernière consultation pédiatrique pour fièvre depuis moins de 48 heures ?*

La dernière que j'ai en tête c'est une petite fille de trois ans qui avait de la fièvre depuis la veille au soir entre 39 et 40, elle restait fébrile le matin et j'avais une petite rhino, rien de plus, elle toussote un petit peu. Une fois que la maman m'a raconté ça, je ne m'attarde pas beaucoup, en général on voit rapidement dans quel état est l'enfant quand il est en face de nous, s'il est totalement abattu ou pas et bon là, elle était un petit peu K.O, alors je l'installe, alors je fais l'examen ORL complet, j'écoute les poumons, le coeur, je me rends compte qu'il n'y a rien en l'examinant et je conclus à un syndrome probablement grippal peut-être rhino, j'explique à la maman que si c'est la grippe ça va durer un peu plus longtemps, à peu près 5-6 jours de fièvre, et que le rhume va persister, je ne mets pas grand-chose en médicament, Doliprane alors moi ça m'arrive de temps en temps de rajouter un petit peu d'Ibuprofène quand vraiment il n'y a pas d'autres infections bactériennes et que la fièvre reste très très

haute, juste comme ça en disant donnez-en le moins possible et le moins longtemps possible et éventuellement un petit sirop pour la toux et basta. Ce que je fais en général, je demande aux gens de venir reconsulter si la fièvre dure plus de cinq jours, ou s'il y a d'autres symptômes inquiétants qui apparaissent comme la gêne respiratoire ou une toux très vilaine ou une douleur d'oreille. Je leur dis mais je ne leur écris pas. Mais j'écris dans le carnet de santé qu'il faut reconsulter si la fièvre persiste plus de cinq jours.

*Cela vous semble t'il important que les parents viennent consulter pour leurs enfants si précocement ?*

Non, je leur dis d'ailleurs mais pas toujours. Ici au cabinet on a un système qui garantit un rendez-vous le jour même, s'ils appellent et qu'ils ont besoin, ils auront un rendez-vous. Donc on les voit assez vite et moi, souvent après l'examen, je leur explique qu'il est trop tôt pour dire si c'est la grippe ou un autre diagnostic, qu'on aurait pu attendre 2-3 jours s'il y avait d'autres symptômes ou autre chose associés à la fièvre. Donc oui je leur dis un peu. Je vois ou tu veux en venir..

L'éducation thérapeutique.. J'ai l'impression qu'il y a des gens qui seront accessibles à ces conseils là et il y en a d'autres qui, soit ne comprendront pas la consigne parce qu'ils sont trop anxieux ou quoi et qui de toute façon, si eux les parents ont la même chose, et tous les deux de la fièvre, leur fille a les mêmes symptômes, alors ils vont venir le plus vite possible pour leur fille alors que pour eux ils n'ont pas consulté. Moi j'essaie, de temps en temps, de leur dire qu'on attend au moins 2-3 jours, pour voir si la fièvre disparaît et s'il n'y a rien de plus que le rhume. Je ne le fais pas à chaque consultation mais voilà.

*Relance : En revenant sur votre attitude en l'absence de diagnostic, quelle est la place des antibiotiques ?*

Parlons des antibiotiques. Chez l'enfant, j'en mets dans quelques cas, le foyer auscultatoire, la grosse bronchite même si je pense que je suis hors recommandations mais une grosse bronchite qui d'emblée a des râles diffus chez des enfants un peu fragiles comme les asthmatiques, ou encore les otites. Mais non j'en prescris peu. Là aussi les parents le comprennent bien, on leur dit bien, mais ici ils ne sont pas si mal éduqués à force, on leur explique, tous, la même chose. Ils ont compris que les antibio c'est dans certains cas précis.

*Que pensez-vous de l'autonomisation des parents, c'est-à-dire de les éduquer pour éviter qu'ils reviennent la prochaine fois pour la même chose ?*

Moi j'aimerais, je suis à fond pour ça, mais on a déjà abordé la question. Ça me paraît un peu utopique car je me rends très bien compte qu'il y a des gens qui ne sont pas accessibles à ça. Il y en a, on a beau leur expliquer 20 fois ce qu'est la fièvre, ce qu'est un virus etc, je ne suis pas persuadé que tout le monde que 100% des gens seront..., qu'on pourra agir sur leur comportement. Après je trouve ça important de les éduquer, c'est difficile pour nous, parce que c'est aussi notre gagne-pain et on ne va pas dire aux gens, ne venez pas nous voir. Mais bon, étant donné qu'on ne manque pas de boulot, on leur dit ici quand même. C'est important d'en parler car si les gens enrhumés ne viennent plus nous voir on travaillerait nettement moins, ça représente quand même une bonne partie de notre activité. Mais de toute façon, ils viennent si au bout de quatre jours le rhume n'est pas guéri. Donc je leur explique assez facilement, mais je ne le fais pas systématiquement.

Dans notre système d'astreinte, on reçoit des enfants qu'on ne suit pas habituellement, mais il me semble qu'on dit vraiment tous la même chose aux parents donc ce n'est pas une difficulté

particulière. Pour les adultes c'est plus compliqué. Après si nous sommes débordés sur l'astreinte et que tous les plannings sont pleins, la secrétaire sait faire un peu de filtrage en interrogeant les parents au téléphone sur la durée de la fièvre, le comportement de l'enfant et elle repousse au lendemain.

*Selon vous, quels intérêts a le médecin à autonomiser ces parents ?*

L'allègement de l'emploi du temps. Pour moi, quand les gens comprennent leur maladie, leur symptôme et qu'ils sont un peu responsabilisés, je pense qu'ils se prennent mieux en charge donc ça c'est bien, ça a déjà été démontré plusieurs fois. Un autre intérêt, c'est le désencombrement des urgences, certaines consultations aux urgences ne relèvent pas des urgences ni même parfois de la consultation de médecine générale. Ça peut attendre. J'ai fait ma thèse sur la fièvre de l'enfant aussi et j'ai étudié le système d'urgence du cabinet en regardant le nombre de passages aux urgences des hôpitaux de proximité de notre patientèle l'année avant notre organisation et l'année qui suivait. Le résultat a montré que le comportement des parents n'a pas du tout changé sur le nombre de passages aux urgences contrairement aux personnes âgées. Ce travail a été refait avec cinq ans de recul et a obtenu les mêmes résultats. On n'a pas eu d'effet, que ce soit sur les passages en journée ou la nuit. J'étais très frustré parce que ces journées où nous sommes d'astreinte on passe notre temps à voir des enfants mais ça n'a rien changé. L'inquiétude parentale ressortait en premier lieu. On ne sait pas pourquoi on n'arrive pas à capter ces gens-là.

*Quels inconvénients a le médecin à autonomiser ces parents ?*

La perte de temps dans la consultation, mais pas dans le cas de la fièvre car les consignes sont rapides et simples. Il faut que le médecin ait la motivation d'éduquer ses patients. Pour moi, je n'ai pas peur d'avoir des consultations plus compliquées, au contraire, c'est une aide au diagnostic, ça laisse soit le temps à la fièvre de disparaître, soit de pouvoir trouver un diagnostic. D'ailleurs la rhino que l'on voit à trois jours, il n'y a plus de fièvre donc on leur explique bah vous voyez la fièvre est partie, le nez va encore couler un peu mais ça suit son cours encore pour quelques jours. Pour moi, on ne prend pas beaucoup de risques, après tu as la méningite mais on n'en croise pas tous les jours, la pneumonie ça peut attendre 48 heures. Je n'ai pas d'expérience personnelle qui a modifié ma pratique dans la fièvre de l'enfant. On n'est pas à l'abri de faire des erreurs diagnostiques mais voilà.

Une remarque : nous sommes les premiers sur le terrain et c'est à nous de faire l'éducation de nos patients déjà mais on se rend compte que les patients sont vachement accessibles au campagne de masse. Moi je n'y croyais pas au début mais : « les antibiotiques ce n'est pas automatique », ça a très très bien marché. Pour moi, les gens l'ont totalement intégré donc on n'a pas tellement de mal à dire, il y a quelques gens qui n'ont pas compris mais c'est une très faible minorité, je pense que si on fait une campagne disant qu'on attend 48h pour aller consulter pour son enfant en cas de fièvre sauf s'il y a des signes de gravité, je pense quand même que ça aura un impact. Encore une fois, il y aura des gens que ça n'atteindra pas, mais une grande majorité des gens sont aptes à le comprendre. Donc la campagne de masse ça marche, la dernière sur le mois sans tabac, j'ai des patients qui ont profité de cette occasion pour arrêter alors que ça fait des années que je leur répète. Je dis ça pensant que ça peut être un bon moyen pour la fièvre.

Il y a aussi une question de génération. Les anciens médecins prescrivaient un médicament pour un symptôme. Maintenant on nous apprend à faire l'inverse. Et les patients ont parfois connu cette génération de médecins et il faut les travailler au corps pour leur faire comprendre que

ça ne sert à rien mais les jeunes parents, ceux-là au contraire, on va leur dire je vous mets un petit sirop et ils vont nous dire que non c'est pas la peine ça ne sert à rien et je leur dis vous avez raison ça ne sert à rien. Cette jeune génération a compris que les médicaments ne sont pas forcément bons alors parfois à l'extrême mais tout ça pour dire que les mentalités évoluent. Les parents d'aujourd'hui sont plus accessibles que leurs propres parents à leur époque. C'est de bonne augure sauf pour les vaccins, voilà.

## Entretien 12

*Racontez-moi votre dernière consultation pédiatrique pour fièvre de moins de 48 heures ?*

Alors ce n'est pas pareil avec les tout-petits. Un tout petit de moins de trois mois, j'explique bien aux parents qu'à plus de 38,5 c'est Clocheville, il faut aller aux urgences pédiatriques. Moins de trois mois, vu en début de semaine, pas inquiet, les parents qui t'écoutent et, en qui tu peux avoir confiance je vais les rappeler ou ils vont me rappeler le soir, je le reverrai peut-être le lendemain, enfin voilà mais neuf fois sur dix le conseil c'est les urgences. Après, pour les enfants plus grands, ça va dépendre des parents, bien sûr, tout est lié aux parents et au relationnel que tu peux avoir avec eux. J'ai une vieille habitude de donner une dose de Doliprane-poids-moins-deux et le donner toutes les quatre heures systématiquement au dessus de 38,5. C'est une vieille technique qui correspond généralement, selon mes calculs, à la dose recommandée de 60 mg/Kg/j. Les parents sont moins angoissés parce que la fièvre, elle descend avec le Paracétamol puis elle remonte et puis tu ne peux plus en donner. Alors on dit de donner toutes les quatre heures mais on peut dépasser la dose donc moi c'est dose-poids-moins-deux toutes les quatre heures. Ils ont l'habitude ; hier une maman a appelé le secrétariat, son gamin ne l'inquiétait pas, comme quoi le message est bien passé, et elle a demandé : « oui, le Docteur il me dit poids moins quelque chose mais qu'est ce que je peux lui donner ? » Donc, j'ai redonné mon conseil et ça se passe bien et puis après je donne les conseils des signes de gravité, les mettre en garde ce qui fait qu'il faut reconsulter et assez vite et puis, les conseils de faire boire, des conseils de bon sens en fait.

*Cela vous semble-t'il important que les parents viennent consulter pour leurs enfants si précocement ?*

Non, sauf s'ils sont inquiets ou qu'il y a des signes d'inquiétude sinon non. Il faut leur apprendre.

*Relance : « Cette inquiétude ? »*

Oui c'est l'inquiétude des parents, d'ailleurs on est là pour les rassurer, moi je ne reprocherai jamais à des parents de venir me voir trop tôt parce qu'ils ont un gamin qui a de la température. Jusqu'à 38, je leur apprend à gérer, m'appeler s'ils sont un peu inquiets au dessus de 38 et au dessus de 38,5 peut-être consulter si ça fait plus de 48h. C'est sûr qu'à 38 pendant 48 heures, il n'y a rien à faire. Mais ça va dépendre des parents. Mais en médecine générale on répond beaucoup à l'angoisse des gens, et alors là c'est leur enfant, leur bébé, c'est vite anxiogène quand même, pour peu que ce soit le soir, en fin de journée, enfin il y a tout un contexte mais moi je donne facilement des conseils, de bien hydrater l'enfant, de rappeler s'il y a de l'inquiétude. Mais l'inquiétude c'est quoi, c'est... Je trouve que les gens consultent de plus en plus tôt, il y a une surconsommation médicale pour l'enfant fébrile, c'est clair. Je me suis fâché une fois il y a 20 ans parce qu'on ne m'avait pas appelé assez tôt pour une laryngite

mais c'est tout. Mais maintenant, les gens viennent et neuf fois sur dix on ne fait rien. Ils sortent avec rien. Alors j'espère qu'on les a rassurés et qu'au moins on leur a appris à mieux gérer pour la fois d'après. Je trouve que les messages passent quand même, la preuve cette maman, c'est son deuxième enfant qui a quatre ans, et elle a appelé parce qu'elle se souvenait que je ne donnais pas la dose habituelle, j'avais un truc à moi. La première fois les pharmaciens me rappelaient, bon maintenant ils ont l'habitude et quand les gens ne me connaissent pas je leur explique en leur faisant un petit schéma en leur expliquant la baisse de température.

*Relance : ce message est-il reçu par tout le monde ?*

Je reste persuadé que si tu es convaincu, tu fais passer le message, on a un pouvoir énorme, s'il y a la confiance, que l'on est convaincant et nous-mêmes convaincus, on est forcément convaincant même pour des patients que l'on ne connaît pas. Enfin ceux qui n'ont pas le relationnel qu'on a avec nos patients habituels. Ça j'en suis persuadé. Chez mes patients je pense que le message est passé. Le drame, c'est quand je suis d'astreinte je récupère des patients très anxieux qui ont déjà consulté mes collègues pour ce même motif plusieurs fois, mais je fais passer tellement de messages notamment chez les enfants avec des parents angoissés, ballottés du médecin au pédiatre, du pédiatre au médecin, et qui, finalement, à partir du moment où il trouve... il faut leur donner un cadre de surveillance je pense. Les parents angoissés, si on leur donne un cadre de surveillance avec des critères, ils vont t'écouter, tu vas réduire leur angoisse, tout du moins ils ne vont plus prendre rendez-vous, ils vont utiliser le téléphone et ça peut se gérer par téléphone aussi mais méfiance. Mais je ne refuserai jamais de voir un gamin même s'il n'a rien, c'est parce que les parents sont angoissés. C'est un tout, la mère et l'enfant c'est un tout. Si on traite l'angoisse de la maman, l'histoire de l'angoisse et de la température c'est la même chose.

*Que faites-vous ? Quels conseils apportez-vous aux parents quand vous n'avez pas de diagnostic ?*

Je pense qu'un support est utile, mais je n'en utilise pas, je donne tous ces conseils oralement. J'ai une petite fiche informative derrière mon bureau, je leur fais lire mais je fais aussi beaucoup de schémas, de la température qui monte, qui descend. Je fais toujours le même d'ailleurs. Je leur explique qu'avec la dose-poids-moins-deux, la température descend moins vite mais comme on le donne toutes les 4h elle ne remonte pas. Et quand la température ne remonte pas, l'angoisse non plus. C'est mon support que je donne et parce que je suis convaincu de ce que je fais, parce que jusqu'à présent ça a bien marché, et c'est marrant parce que les mamans me disent : ah oui c'est pas idiot ce que vous dites. Voilà, mais c'est une explication logique, et je pense que ce schéma ils le mémorisent, ils comprennent en tout cas et je leur explique que c'est quand la température augmente d'un coup qu'il existe un risque convulsif. Cependant, on en voit de moins en moins, peut-être parce qu'on donne plus de conseils et qu'on est plus écouté et qu'on maîtrise mieux les antipyrétiques.

La relation qu'on a avec nos patients est importante, si on est le médecin traitant il y a déjà une confiance et ça, ça peut fausser le regard du patient, il n'est pas objectif, il fait confiance. Donc on a tout pouvoir, à nous de ne pas en abuser. Quand on n'est pas le médecin traitant, je pense qu'on est plus vigilant, on fait plus attention quand on ne connaît pas les gens et quand on est un vieux médecin effectivement, il faut se méfier car on peut être moins vigilant. En pédiatrie, je pense qu'on le reste. Après, en pédiatrie on voit vite au comportement de la maman on juge l'angoisse rapidement.

*Que pensez-vous de l'autonomisation des parents, c'est-à-dire de les éduquer pour éviter qu'ils reviennent la prochaine fois pour la même chose ?*

Que du bien, il faut leur apprendre à ne pas angoisser, à gérer, et à savoir qu'on est là, soit au bout du fil soit en consultation, et puis je leur dis que, de toute façon, même si on est rassurant c'est eux qui ont raison s'ils sont inquiets, à nous de leur prouver le contraire et ça c'est dans l'autonomisation. Et si un jour, quel que soit le médecin, si on est rassurant mais que votre bébé n'est pas comme d'habitude, ce n'est quand même pas normal, il y a quelque chose qui vous inquiète, vous savez pas trop pourquoi, je crois qu'il faut casser les pieds au médecin, c'est vous qui avez raison. A lui de se remettre en cause. Ça fait partie de l'autonomisation aussi, la mise en garde quand on trouve que ce n'est pas normal. Avec des signes objectifs, vous savez il est moins souriant, je trouve qu'il geint un peu, enfin voilà je donne des exemples.

*Selon vous, quels intérêts a le médecin à autonomiser ces parents ?*

Qu'ils ne viennent pas inutilement, ou qu'ils attendent trois jours alors ça dépend de l'âge. Le tout-petit il faut qu'il vienne, tu ne peux pas prévoir, ça peut aller vite. Moins de trois mois ils savent qu'il faut qu'ils viennent. Même si on a dit à 14 heures qu'on n'était pas inquiet en consultation, si le soir ils sont de nouveau inquiets il faut le revoir le soir. Après le reste, c'est qu'ils apprennent à gérer la température élevée de leur enfant et apprendre les signes qui doivent les pousser à consulter.

Si les parents sont très angoissés, ils vont aller aux urgences, même si tu as donné des bons conseils, si tu les connais tu t'aperçois que le lendemain ils rappellent parce que dans la nuit ils sont allés aux urgences. Les angoissés surtout. Alors il faut les rassurer mais certains gardent cette angoisse pour rien.

*Relance : « Et l'antibiothérapie ? »*

Par rapport aux antibiotiques, si ton examen est normal, fièvre de moins de 48 heures, bah non. Moi je revois l'enfant mais je n'en donne pas. Alors, cas particulier, vendredi soir, 38,5 depuis 48 heures, tu ne trouves rien, tu peux faire une prescription anticipée en donnant des consignes. Démarrer si la fièvre augmente. Mais je ne le fais que très rarement, je préfère les revoir. Mais c'est vrai que le week-end c'est emmerdant.

*Quels inconvénients a le médecin à autonomiser ces parents ?*

Non aucun, au contraire. Le risque c'est qu'ils prennent trop confiance en eux avec le troisième ou le quatrième enfant, peut-être, mais je ne pense pas quand même, non il faut leur expliquer qu'il faut qu'ils restent vigilants, que chaque nouvelle poussée de température est différente, et qu'il ne faut pas se fier au premier, et qu'il faut rester vigilant mais qu'ils peuvent apprendre à intervenir au bon moment pas trop vite.

C'est toujours les mêmes qui viennent plus tard, c'est toujours les mêmes qui viennent trop tôt, et je crois qu'on ne changera pas la nature humaine, quoi qu'on fasse, quoi qu'on dise, qu'on explique, quel que soit le support.. Il me semble qu'il y a eu des recommandations sur la prise en charge de la fièvre qui ont été réévaluées plusieurs années après et on a montré que ça n'avait rien changé, alors peut-être qu'on ne donne pas assez de conseils, ou qu'on ne donne pas assez de supports. Parce que je pense que si tu expliques et si tu donnes un support, la fois d'après ils s'y réfèrent. Ça peut être ça le côté positif, il faut le support. Après il y a la

campagne de masse mais plutôt un support papier, je pense qu'il faudrait ça, quelque chose de facile, ludique, à mettre dans le carnet de santé, et reproductible.

*Relance : Et la part financière ?*

Je ne suis pas un homme d'argent. Je ne fais pas d'acte pour faire de l'acte. Si je revois un enfant c'est parce que je veux le revoir. C'est plus de la médecine sinon.

*Relance : D'autres limites à l'éducation ?*

C'est éthiquement non correct mais peut-être, selon la classe socioprofessionnelle, on va faire revenir des gens plutôt que leur donner trop de conseils car on craint le mauvais suivi. C'est vrai et c'est pas vrai. Certains paraissent cortiqués et finalement réagissent mal, c'est difficile de répondre, c'est au cas par cas. En fait, soit on connaît les parents, soit on les jauge si on ne les connaît pas, alors on peut se planter donc il faut rester sur des critères objectifs.

La propre histoire des familles peut être une limite à l'éducation, s'ils ont perdu un enfant s'il y a une histoire particulièrement grave et angoissante. C'est pareil pour le médecin d'ailleurs, selon l'expérience qu'il a pu vivre avec la fièvre.

*Comment faites-vous l'éducation de vos patients ?*

Apprendre à gérer l'angoisse, leur donner des critères. On a beaucoup de demande de conseils au téléphone aussi de plus en plus, est-ce qu'il faut que je vienne vous voir, qu'est-ce que je peux faire, on a ça aussi, quand même, et ça prouve une progression.

S'il y a un bon relationnel entre le médecin et le patient, il y aura une confiance qui va s'établir, il faut dire les choses. Il faut leur dire : « écoutez, la prochaine fois, les mêmes symptômes vous pouvez vous donner 48 heures de plus. »

Ah si ! Il faut leur donner les bonnes techniques de prise de température, thermomètre rectal.



**Vu, le Directeur de Thèse**

**Vu, le Doyen  
De la Faculté de Médecine de Tours  
Tours, le**

Thèse 2017

## DOCTORAT en MÉDECINE

Diplôme d'Etat

*D.E.S. de Médecine Générale*  
Présentée et Soutenue le 27 juin 2017  
Dépôt de sujet de thèse, proposition de jury,

**NOM : MIALANNE**

**Prénoms : Clément Romain**

**Date de naissance : 25/03/1987**

**Nationalité : Française**

**Lieu de naissance : CHAMBRAY-LES-TOURS (37)**

**Domicile : 14 rue Chaptal, 37000 TOURS**

**Téléphone : 06 69 64 87 36**

**Directeur de Thèse : Docteur Yves MAROT, Urgences pédiatriques - Tours**

**Titre de la Thèse : Enfants et fièvre de moins de 48 heures : regards des médecins généralistes sur le concept d'autonomisation des parents.**

### **JURY**

**Président :**

Professeur Alain CHANTEPIE, Pédiatrie, Faculté de Médecine – Tours

**Membres du Jury :**

Professeur Régis HANKARD, Pédiatrie, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Laurent MEREGHETTI, Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Yves MAROT, Urgences pédiatriques – Tours

**Avis du Directeur de Thèse  
à Tours, le**

Signature

**Avis du Directeur de l'U.F.R. Tours  
à Tours, le**

Signature

## **RESUME**

Introduction : La fièvre de l'enfant est une source d'inquiétude qui amène les parents à consulter souvent avant 48 heures d'évolution. La surcharge du planning des médecins généralistes, en partie liée à la précocité de ces consultations, entraîne des difficultés pour recevoir les parents et peut être à l'origine d'une certaine insatisfaction. L'éducation parentale, au cours d'une consultation, pourrait limiter ces situations. C'est pour cela que j'ai décidé de m'intéresser aux regards que les médecins généralistes portent sur le concept d'autonomisation parentale dans la fièvre de l'enfant.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude qualitative avec réalisation d'entretiens semi-dirigés auprès de douze médecins généralistes de trois départements de la région centre. Une analyse thématique des données a été réalisée après retranscription des verbatims.

Résultats : L'autonomisation parentale, dans la fièvre de l'enfant, est majoritairement considérée comme importante pour les médecins généralistes mais cependant, des réticences et des facteurs déterminants dans la décision d'autonomisation ont été abordés. Une autre vision a été mise en évidence : celle des médecins paternalistes, qui la considèrent impossible.

Discussion : L'autonomisation parentale entre dans le cadre de l'éducation diagnostique, privilège jusque-là réservé aux médecins. Une piste permettant de favoriser cette démarche, serait d'établir des recommandations pour les médecins dans la prise en charge de la fièvre. Une autre, serait d'élaborer une fiche explicative guidant les parents dans l'évaluation de la gravité de la fièvre, afin de les aider à consulter au bon moment.

## **MIALANNE Clément**

76 pages

### **Résumé :**

**Introduction :** La fièvre de l'enfant est une source d'inquiétude qui amène les parents à consulter souvent avant 48 heures d'évolution. La surcharge du planning des médecins généralistes, en partie liée à la précocité de ces consultations, entraîne des difficultés pour recevoir les parents et peut être à l'origine d'une certaine insatisfaction. L'éducation parentale, au cours d'une consultation, pourrait limiter ces situations. C'est pour cela que j'ai décidé de m'intéresser aux regards que les médecins généralistes portent sur le concept d'autonomisation parentale dans la fièvre de l'enfant.

**Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une étude qualitative avec réalisation d'entretiens semi-dirigés auprès de douze médecins généralistes de trois départements de la région centre. Une analyse thématique des données a été réalisée après retranscription des verbatims.

**Résultats :** L'autonomisation parentale, dans la fièvre de l'enfant, est majoritairement considérée comme importante pour les médecins généralistes mais cependant, des réticences et des facteurs déterminants dans la décision d'autonomisation ont été abordés. Une autre vision a été mise en évidence : celle des médecins paternalistes, qui la considèrent impossible.

**Discussion :** L'autonomisation parentale entre dans le cadre de l'éducation diagnostique, privilège jusque-là réservé aux médecins. Une piste permettant de favoriser cette démarche, serait d'établir des recommandations pour les médecins dans la prise en charge de la fièvre. Une autre, serait d'élaborer une fiche explicative guidant les parents dans l'évaluation de la gravité de la fièvre, afin de les aider à consulter au bon moment.

**Mots clés :** autonomisation parentale / médecin généraliste / fièvre / enfant / éducation parentale

### **Jury :**

Président du Jury :	Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE
Directeur de thèse :	Monsieur le Docteur Yves MAROT
Membres du Jury :	Monsieur le Professeur Régis HANKARD
	Monsieur le Professeur Laurent MEREGHETTI

Date de soutenance : 27 juin 2017