

### Tous sous Tamifluence ?



La grippe est une maladie contagieuse : le taux habituel d'infections grippales dans une population exposée aux virus saisonniers est de l'ordre de 10 à 20 %. Il peut dépasser 50 % en collectivités.

La vaccination apporte une protection d'efficacité importante : si elle ne réduit que de 30 % environ l'incidence des épisodes symptomatiques de la grippe, elle en diminue nettement l'importance et la gravité (- 50 % d'hospitalisations et de pneumonies, - 80 % de décès, chez les plus de 65 ans) <sup>1</sup>.

L'apparition annoncée d'une pandémie grippale à virus hautement pathogène, d'origine aviaire par exemple, constituera une situation très différente. Le délai nécessaire à la production en masse d'un vaccin adapté aux souches circulantes conduit à chercher à se doter d'autres moyens de protection et de traitement. Parmi eux, la voie des médicaments antiviraux est fortement mise à contribution, via l'oseltamivir (Tamiflu®) notamment.

Les données aujourd'hui disponibles quant à l'intérêt de ce produit sont décevantes, et les connaissances issues de son utilisation grandissante soulèvent de nouvelles préoccupations.

#### • TAMIFLU® : peu utile dans la grippe saisonnière

- **En prévention**, un traitement de 6 semaines par oseltamivir (75 mg, 1 ou 2 fois par jour), lors d'épidémie grippale peu intense, fait passer la proportion de sujets échappant à un épisode grippal de 95 % (placebo) à 98,5 % environ <sup>1</sup>.
- **En curatif**, à condition d'être instauré dans les 48 heures suivant l'apparition des signes de grippe, un traitement de 5 jours fait passer la durée médiane de persistance des symptômes de 4-5 jours sous placebo à 3-4 jours <sup>1</sup>.

Dans aucun de ces 2 cas de figure, il n'est démontré d'efficacité sur l'importance des signes cliniques ou leur morbidité, et la commission de transparence de la HAS en a qualifié le service médical rendu (SMR) d'insuffisant <sup>2</sup>.

- **En prophylaxie post-exposition**, le SMR est jugé
  - insuffisant chez les sujets de 13 à 64 ans, sans comorbidité
  - faible, en cas de comorbidité associée
  - modéré chez les sujets de plus de 65 ans, ou ceux de 1 à 65 ans à risques importants (immunodéprimés surtout) <sup>2</sup>.

#### • TAMIFLU® : efficacité incertaine dans la grippe aviaire

La mortalité observée parmi les 112 cas sporadiques d'infection humaine par le virus H5N1 recensés en août 2005 était de 51 % <sup>3</sup>. Elle était de 60 % au 29 novembre 2006 (258 cas) <sup>4</sup>. Lorsque l'oseltamivir a été utilisé, il n'a pas été constaté de différence de mortalité entre patients traités ou non traités <sup>3</sup>. Mais les délais d'instauration du traitement étaient tardifs ou inconnus.

Oseltamivir 75 mg 2 fois/j pendant 5 à 10 j	Thaïlande 2004 n = 17	Vietnam 2004 n = 10	HochiMinhville 2005 n = 10
Traités - décédés	10 7 (70 %)	5 4 (80 %)	10 8 (80 %)
Non traités - décédés	7 5 (71 %)	5 4 (80 %)	X
Délai médian décès	12 jours	9 jours	13 jours

Il n'a pas non plus été mis en évidence de différence en prophylaxie post-exposition <sup>5</sup>.

#### • TAMIFLU® : de nouveaux risques émergents

- L'oseltamivir possède des effets indésirables signalés essentiellement digestifs : nausées, vomissements, douleurs abdominales (fréquents : jusqu'à 18 %) <sup>6</sup>.
- Des résistances apparaissent in vitro et se sont également développées chez 15 à 25 % des patients infectés par la souche H5N1, qui n'apparaît plus déjà que partiellement sensible au peramivir, principal inhibiteur de la neuraminidase actuellement à l'étude <sup>3,7</sup>.
- Enfin, avec le recul désormais disponible d'une utilisation à plus grande échelle de l'oseltamivir dans la grippe saisonnière, de nouveaux effets indésirables graves sont fortement suspectés <sup>8</sup>.

La FDA a publié le 20 septembre 2006 un rapport d'évaluation, suite au signalement de 129 cas de troubles neuropsychiatriques graves entre fin août 2005 et début juillet 2006 (pour 126 cas précédemment documentés depuis la mise sur le marché du Tamiflu® en 1999) <sup>9</sup>. Le laboratoire Roche a dû procéder à une modification des précautions d'emploi le 13 novembre 2006 aux Etats-Unis <sup>10</sup>. Sur les 103 dossiers exploitables, 95 provenaient du Japon, où 25 millions de prescriptions ont été dénombrées entre 2001 et 2005, car le produit est largement utilisé là-bas dans le traitement de la grippe saisonnière.

Les effets indésirables observés consistent en divers types de troubles du comportement <sup>9</sup>.

Catégories d'événements neuropsychiatriques	Nombre de cas (et décès *)
. Delirium et signes physiques importants (automutilations, déféstrations, cris, agressivité)	60 (2)
. Tentatives de suicide	6 (1)
. Attaques de panique	3
. Hallucinations	3
. Convulsions	12
. Altérations ou pertes de conscience	10
. Divers	9
* Dans 11 autres cas, le pronostic vital a été engagé	

Dans 73 % des cas, ces événements apparaissent après la 1<sup>ère</sup> ou la 2<sup>ème</sup> prise du médicament. Les enfants semblent plus exposés (âge moyen 21 ans ; médian 12 ans). Dans 87 % des cas, les symptômes se sont estompés progressivement, et ne sont pas réapparus, le traitement n'ayant pas été poursuivi. Lorsque la prise suivante a été maintenue, les signes sont réapparus dans près de 60 % des cas (13 sur 22).

A l'analyse de ces cas, une relation entre effets neuropsychiatriques et oseltamivir pourrait être retenue, sans exclure qu'un état grippal déclaré puisse intervenir dans la survenue de ces troubles, qui ne semblent pas avoir été, pour l'instant, observés lors d'utilisations à titre prophylactique<sup>9</sup>.

NB : Le peu d'efficacité de l'oseltamivir aux doses actuellement employées, ainsi que l'apparition rapide de résistances du virus H5N1, conduisent certains auteurs à proposer une augmentation des posologies (doublement des doses et traitement de 7 à 10 jours au lieu de 5), ou l'association au probénécide, de façon à en ralentir l'élimination rénale<sup>3, 7</sup>. Dans l'hypothèse où ces modalités thérapeutiques seraient employées, la survenue de troubles psychocomportementaux devra faire l'objet d'une surveillance accrue.

#### • Panique en stock

De plus, une telle évolution des schémas de traitements n'arrangerait pas les questions de la disponibilité du médicament en quantités suffisantes ni de son stockage.

On estime que, début 2007, 65 pays et plus de 200 organisations, dont l'OMS, ont constitué des stocks massifs de Tamiflu®, permettant de traiter au moins 25 % de leur population (taux de couverture visé à partir de scénarios divers).

Les Etats-Unis ont engrangé une réserve de 80 millions de traitements, représentant une immobilisation financière de 1 500 000 000 US \$ (1,2 milliards d'Euros). La Chine détiendrait 400 millions de traitements, en partie produits par un laboratoire local, sous licence contractée avec le laboratoire Roche<sup>7, 8</sup>.

Si les nations riches peuvent se payer l'achat, le stockage, (y compris le renouvellement à péremption et le gardiennage sous haute sécurité) de ce médicament au niveau de service médical insuffisant et de rapport bénéfices/risques incertain, la pression que fait peser cette politique sur les autres nations risque de devenir rapidement insoutenable.

Pays	Coût d'un traitement par oseltamivir rapporté à la dépense annuelle de santé par habitant (d'après <sup>11</sup> )
. France : 1 traitement (1 boîte de 10 doses) = 25 €	0,82 %
. Royaume-Uni	0,85 %
. USA	0,95 %
. Chine	28 %
. Cambodge	54 %
. Indonésie	67 %
. Vietnam	75 %
. Laos	173 %

Pas étonnant, dans ces conditions, de voir se multiplier les actions frauduleuses misant sur la crédulité et la psychose ambiante, entretenues par les politiques organisées de surstockage : on peut trouver sur Internet du Tamiflu® à

155 dollars la boîte ("dernière occasion avant la pénurie complète"), et voir circuler des contrefaçons à base de vitamine C, sans parler des charlatans faisant commerce de séances de vaccination antigrippale, à partir de dilutions artisanales de vaccins<sup>12, 13</sup>.

Aujourd'hui, de nombreuses voix s'élèvent pour dénoncer la contreproductivité de la constitution de stocks coûteux de Tamiflu®. En effet, cette "politique de précaution", par l'entretien d'une confiance excessive de la population envers une option dont la pertinence pose sérieusement question, risque de faire en sorte que la pandémie tant redoutée ne prenne surtout la forme d'une pandémie de panique<sup>8, 14</sup>.

Aux interrogations déjà soulevées, s'ajoutent encore celles induites par les enjeux stratégiques et marchands, et les conflits d'intérêts qu'ils comportent. Préoccupation humanitaire et de santé publique – quand le laboratoire Roche consent des remises conséquentes de prix aux gouvernements et ONG, allant jusqu'à faire don de 5 millions de traitements à l'OMS ? Ou surenchère politico-financière – quand le laboratoire Gilead, qui lui a cédé le brevet en 1997 pour 50 millions de dollars, réclame aujourd'hui une part supplémentaire du gâteau (sous la houlette de son ancien PDG, Donald Rumsfeld)<sup>14</sup> ?



Michel Le Duff

#### Bibliographie

- Prescrire Rédaction.  
Les antiviraux dans la grippe : un complément à la vaccination, dans certains cas.  
La Revue Prescrire 2005 ; 25 (265) : 678-691.
- HAS 2006. Commission de la transparence.  
Avis Tamiflu®.
- The Writing Committee of the World Health Organization (WHO)  
Consultation on Human Influenza A/H5.  
Avian Influenza A (H5N1) Infection in Humans.  
N Engl J Med 2005 ; 353 (13) : 1374-85.
- L. Maloney.  
Editorial : are we prepared ?  
Am J Health-Syst Pharm 2007 ; 64 : 146.
- T. Jefferson, V. Demicheli, M. Jones, C Di Pietrantonj, A. Rivetti.  
Antivirals for influenza in healthy adults: systematic review.  
Lancet 2006 ; 367 : 303-13.
- Prescrire Rédaction.  
Oseltamivir (Tamiflu®). Un antiviral sans grand effet sur la grippe.  
La Revue Prescrire 2002 ; 22 (233) : 725-30.
- J.K. Thomas, J. Noppenberger.  
Avian influenza : a review.  
Am J Health-Syst Pharm 2007 ; 64 : 149-65.
- ISDB International Society of Drug Bulletins  
Press release oseltamivir. February 02, 2007.
- FDA (Center for Drug Evaluation and Research).  
Memorandum September 20, 2006.  
Post-marketing Adverse Event Reports Review of central nervous system/psychiatric disorders associated with the use of Tamiflu®.  
Drug : Oseltamivir phosphate.  
[http://www.fda.gov/ohrms/dockets/AC/06/briefing/2006-4254b\\_09\\_01\\_Tamiflu%20AE%20Review%202006%20Redacted\\_D060309\\_092.pdf](http://www.fda.gov/ohrms/dockets/AC/06/briefing/2006-4254b_09_01_Tamiflu%20AE%20Review%202006%20Redacted_D060309_092.pdf)
- Laboratoire Roche  
Important Prescribing Information. November 13, 2006.  
[http://www.fda.gov/medwatch/SAFETY/2006/Tamiflu\\_dhcp\\_letter.pdf](http://www.fda.gov/medwatch/SAFETY/2006/Tamiflu_dhcp_letter.pdf)
- B. Lokuge, P. Drahos, W. Neville.  
Pandemics, antiviral stockpiles and biosecurity in Australia : what about the generic option ?  
MJA 2006 ; 184 (1) : 16-20.
- FDA Statement on Fraudulent, Unapproved Influenza-Related Products.  
<http://fda.gov/bbs/topics/news/2006/NEW01301.html> consulté le 8 février 2007.
- La folie Tamiflu. Arrêt sur Images 23 octobre 2005.  
<http://france5.fr/asi/007548/8/129490.cfm>
- L. Bonneux, W. Van Damme.  
An iatrogenic pandemic of panic.  
BMJ 2006 ; 332 : 786-88.

## Prise en charge de la fièvre chez l'enfant



La fièvre est un symptôme fréquent chez l'enfant, elle constitue le motif le plus fréquent de consultation en médecine générale pour la tranche d'âge 2-9 ans<sup>1</sup>.

Elle reflète le plus souvent une affection bénigne sans conséquence et bien tolérée, mais engendre souvent de la peur car perçue comme un réel danger pour l'enfant. Les connaissances parfois erronées ou incomplètes des parents sur la prise en charge d'un épisode fébrile sont à l'origine de cette "phobie de la fièvre", décrite pour la première fois en 1980<sup>2</sup>.

De nouvelles recommandations sur la prise en charge de la fièvre ont été émises par l'Affsaps en janvier 2005 : elle est désormais plus centrée sur l'amélioration du confort de l'enfant que sur la recherche systématique de l'apyrexie<sup>3</sup>.

La mise en parallèle des connaissances et méconnaissances des parents avec ces recommandations permet de cibler et de préciser les messages à leur transmettre pour améliorer leur autonomie dans la prise en charge des états fébriles de l'enfant, dès le domicile.

### Qu'est-ce que la fièvre ?

~ 66 % des parents situent la fièvre à 38°C, 19 % à une valeur < 38°C<sup>4,5</sup>.

### Comment la mesurer ?

La mesure rectale est la référence pour 69 % des parents<sup>5</sup>.

53 % des parents déclarent ne pas mesurer la température de façon systématique avant de consulter leur médecin<sup>5</sup>.

### Quels sont les signes incitant à mesurer la température ?

Ces signes annonciateurs ou associés à une fièvre bénigne sont connus et cités spontanément par les parents<sup>4</sup>.

### La fièvre est-elle dangereuse ? Quels en sont les risques ?

84 % des parents déclarent avoir peur de la fièvre à un degré plus ou moins important<sup>4</sup>.

15 % des parents n'ont pas conscience du risque potentiel d'une fièvre chez un bébé de moins de 3 mois<sup>5</sup>.

Principaux risques évoqués par les parents : pour 60 % convulsions et 30 % : déshydratation<sup>4</sup>.

### Devant quels signes associés doit-on consulter ?

- sans urgence ? →

Le délai moyen de consultation médicale après apparition de la fièvre est < 48 h, 25 % déclarent consulter dès le 1<sup>er</sup> jour, 33 % dans les 48 h<sup>5</sup>.

- en urgence ? →

1 parent sur 4 ne cite aucun de ces signes<sup>4</sup>.

La fièvre est définie par une élévation de la température centrale au-dessus de 38°C, en l'absence d'activité physique intense, chez un enfant normalement couvert, dans une température ambiante tempérée.

La méthode de référence est le thermomètre électronique par voie rectale, mais elle peut être responsable d'un stress voire d'un traumatisme.

A savoir :

température rectale = température buccale + 0,5°C  
température axillaire + 0,8°C

Tout signe anormal et inexpliqué doit faire prendre la température.

Elle est dangereuse quand elle dépasse 41°C et chez les enfants de moins de 3 mois<sup>6</sup>.

Principaux risques :  
Déshydratation  
Convulsions (NB1)

Maux de ventre, d'oreilles ou de gorge  
Brûlures urinaires  
Diarrhées, vomissements  
Eruption cutanée  
Fièvre qui dure depuis plus de 48 h

Enfant de moins de 3 mois  
Difficultés respiratoires  
Enfant difficile à réveiller  
Maux de têtes associés à des vomissements ou raideur de la nuque  
Taches rouges, hématomes apparaissant sur la peau  
Convulsions

La fièvre est un des moyens de réponse de l'organisme aux infections, c'est un symptôme pas une maladie.

La mesure de la température doit satisfaire à deux critères :

- fiabilité (seules les températures rectale et tympanique reflètent au mieux la température centrale)

- et acceptabilité (opposition farouche à la voie rectale).

Au quotidien, des méthodes de mesure moins précises peuvent être utilisées : bandeaux à cristaux liquides à apposer sur le front, thermomètre électronique par voie buccale ou axillaire, ou thermomètre à infrarouges par voie auriculaire.

Les signes devant conduire à prendre la température chez l'enfant sont très nombreux, les plus fréquents sont les changements de comportements (enfant grognon, "passif"), sensations de chaleur, pleurs, comportement inhabituel, pâleur, frissons, tremblements, somnolence, perte d'appétit<sup>5</sup>.

Elle est fréquente et sans gravité par elle-même, elle n'entraîne que rarement des complications, il n'y a donc pas lieu de la craindre, mais elle nécessite une recherche de sa cause.

Chez les enfants de moins de 3 mois, il n'y a aucune donnée pour dire que la fièvre est plus dangereuse et que le traitement devrait être plus agressif que chez les enfants plus âgés. Cependant, la fièvre est moins fréquente et inhabituelle dans ce groupe d'âge, elle doit donc être considérée comme un signe d'infection sévère et induire une hospitalisation (infection maternofoetale)<sup>6</sup>.

### Quel est l'objectif de la prise en charge de la fièvre chez l'enfant ?

66 % à 79 % des parents débutent un traitement dès 38°C, sans prendre en compte l'inconfort de l'enfant<sup>4,5</sup>.

30 % des parents pensent qu'en traitant la fièvre on soigne plus vite la maladie<sup>5</sup>.

### Quelles sont les premières mesures à prendre en cas de fièvre ?

Seulement 10 % des parents citent l'hydratation parmi les mesures physiques à prendre lors d'un épisode de fièvre, alors que 94 % font le lien entre fièvre et déshydratation<sup>5</sup>.

### Quels sont les médicaments que l'on peut utiliser ? À quelle posologie ?

La moitié des parents citant en 1<sup>ère</sup> ligne une spécialité de paracétamol, cite aussi en 2<sup>ème</sup> ligne du paracétamol<sup>5</sup>.

Pour 53 % des parents, c'est l'âge qui permet de déterminer la dose<sup>4</sup>.

### À quelle fréquence ?

32 à 85 % des parents disent réveiller leur enfant pour lui donner son traitement antipyrétique<sup>5,7</sup>.

### Peut-on les associer ?

25 % des parents alternent les molécules antipyrétiques<sup>7</sup>.

### Quand doit-on arrêter ?

Si elle est bien supportée par l'enfant, la recherche d'apyrexie ne constitue pas un objectif et ne doit pas conduire à des traitements systématiques.

En revanche, elle peut s'accompagner d'un inconfort qui peut être important et dont le soulagement est alors justifié.

Trois mesures simples sont à privilégier :

- proposer à boire fréquemment,
- dévêtir l'enfant s'il le tolère,
- aérer la pièce (19 à 21 °C)

Cependant, tout ce qui tend à réduire la température déterminée par l'organisme au niveau central étant perçu comme désagréable, si l'enfant les refuse, il ne faut pas insister.

En 1<sup>ère</sup> intention :

**PARACETAMOL 60 mg/kg/j en 4 ou 6 prises**

Contre-indications : hypersensibilité, insuffisance hépato-cellulaire

En 2<sup>ème</sup> intention :

Ibuprofène*	Kétoprofène**	Aspirine
20 à 30 mg/kg/j	1,5 à 2 mg/kg/j	60 mg/kg/j
en 3 ou 4 prises	en 3 ou 4 prises	en 4 ou 6 prises
Contre-indications		
Hypersensibilité Antécédent d'éruption cutanée, d'asthme ou de choc déclenché par la prise d'AINS Insuffisance rénale sévère Insuffisance cardiaque sévère Lupus (pour ibuprofène)	Idem + Ulcère gastroduodénal en évolution. Insuffisance hépatique sévère. Toute maladie ou risque hémorragique. Méthotrexate	
Précautions d'emploi		
Viroses (varicelle) Risque d'insuffisance rénale si hypovolémie ou maladie rénale préexistante		

- \* à partir de 3 mois      \*\* à partir de 6 mois  
\* intervalle minimum de 6 h  
\*\* intervalle minimum de 4 h  
(idem pour paracétamol et aspirine)

Seule une fièvre mal tolérée, malgré un traitement bien conduit pendant au moins 24 h, nécessite une réévaluation médicale qui seule peut juger du bien-fondé de la substitution éventuelle du médicament, voire de l'association d'un second antipyrétique<sup>3</sup>.

La durée du traitement est fonction de l'évolution de l'état général de l'enfant.

*On ne traite pas un chiffre  
mais un enfant qui se plaint !!*

Selon l'Assaps : un traitement antipyrétique peut être envisagé en cas de fièvre persistante au-delà de 38,5°C<sup>3</sup>.

Il n'est plus recommandé de donner systématiquement un bain tiède (à une température inférieure de 2°C de celle de l'enfant) pour faire baisser la fièvre, on peut toutefois l'envisager si l'enfant aime le bain et que cela ne nuit pas à son confort<sup>3</sup>.

RCP : "il est impératif de respecter des posologies définies en fonction du poids de l'enfant et donc de choisir une présentation adaptée au poids, les âges approximatifs sont donnés à titre informatif"<sup>8</sup>.

Aux posologies recommandées, leur efficacité est identique, mais leurs effets indésirables différents et doivent orienter le choix de la molécule<sup>3</sup>.

La multiplication des formes commerciales dans une pharmacie familiale crée un risque de surdosage, attention au paracétamol "caché".

L'objectif principal de la prise en charge étant le confort de l'enfant, s'il dort, ne pas le réveiller !

Aucune étude n'a démontré l'intérêt d'une alternance ou d'une association systématique de molécules antipyrétiques, elles sont pourtant toujours très largement utilisées en pratique<sup>9</sup>.

**NB1 : Convulsions fébriles**

Les convulsions fébriles simples sont définies comme des convulsions brèves (inférieures à 15 minutes), généralisées, survenant une seule fois en 24 h chez un enfant fébrile, sans infection intracrânienne ni trouble métabolique <sup>10</sup>. Elles sont bénignes bien que fort impressionnantes, pour l'enfant mais surtout pour les parents.

Elles peuvent être observées lors d'accès de fièvre, en dehors de toute pathologie neurologique, chez 2 à 5 % des enfants, le plus souvent entre 6 mois et 5 ans, avec une incidence maximale entre 18 et 24 mois. Il existe souvent une prédisposition familiale. Le risque de récurrence en cas de fièvre est élevé au cours des deux années qui suivent le premier épisode (30 % de récurrences), surtout si la première crise a eu lieu avant l'âge de 2 ans et s'il existe une prédisposition familiale (1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> degré).

La fréquence d'apparition d'une épilepsie chez des enfants ayant présenté une ou plusieurs convulsions fébriles simples est à peine supérieure à celle observée dans la population générale (1,6 versus 0,4 %).

Il n'a pas été mis en évidence d'autre risque à long terme après convulsions fébriles simples <sup>11</sup>.

**Prise en charge de l'épisode de convulsion – Conseils aux parents**

**Rester calme !**

Mettre l'enfant sur le sol, en position latérale de sécurité, dégager les alentours pour éviter les chocs,  
 Consulter le plus tôt possible à l'issue du premier épisode,  
 Si l'enfant ne reprend pas conscience : URGENCE !

RASSURER les parents, et les éduquer en associant idéalement une information verbale et la remise d'un support écrit.

**Remarque :** il est beaucoup plus productif d'envisager une éducation des parents en dehors des périodes de crise !

Plusieurs traitements ont été proposés pour prévenir les récurrences :

- traitement antipyrétique en cas de fièvre : il n'existe pas de données en faveur d'un effet préventif du traitement antipyrétique sur la survenue de ces convulsions en climat fébrile.
- traitement antiépileptique en cas d'épisodes fébriles (diazépam per os ou rectal) : efficacité préventive modérée, limitée par la difficulté à donner le traitement à temps, il peut être envisagé en cas de récurrences fréquentes. Les convulsions survenant dans un tiers des cas avant la constatation de la fièvre, cela limite l'intérêt des traitements intermittents.
- traitement antiépileptique en continu (phénobarbital et acide valproïque) : il réduit de façon significative l'incidence des récurrences de convulsions fébriles mais au risque d'effets indésirables immédiats et retardés (modification des performances intellectuelles) trop importants <sup>11</sup>.

Remarque : l'éventualité de méningite bactérienne chez un enfant qui présente des convulsions fébriles inférieures à 10 minutes est comprise entre 0,5 % et 2 %. Elle augmente avec la durée de l'épisode de convulsions <sup>12</sup>.

**Conclusion**

La prise en charge de la fièvre chez l'enfant demande avant tout une recherche de sa cause.

Son traitement symptomatique vise l'amélioration du confort de l'enfant, associant mesures physiques et médicaments antipyrétiques.

La recherche de l'apyrexie ne doit plus constituer une finalité.

Le manque de connaissances des risques réels de la fièvre et des signes associés qui nécessitent l'appel ou la consultation en urgence du médecin, le manque d'application des notions connues et la persistance de fausses croyances sont un frein à sa bonne gestion au domicile.

L'éducation des parents est indispensable compte tenu de la fréquence de ce symptôme dont la prise en charge est relativement simple.

**Hélène Lepont-Gilardi  
Pharmacien**

**Bibliographie**

1. Observatoire de la Médecine Générale 2007-02. Société Française de Médecine Générale. <http://omg.sfm.org>
2. BD. Schmitt. Fever phobia : misconceptions of parents about fever. Am J Dis Child 1980 ; 134 : 176-81.
3. AFSSAPS. Mise au point sur la prise en charge de la fièvre chez l'enfant. Janvier 2005.
4. L. Grass, I. Claudet, S. Oustric, B. Bros. Connaissances et attitudes des parents face à la fièvre de l'enfant de moins de 6 ans. Rev Prat Med Gen 2005 ; 19 : 381-4.
5. A. Veron, D. Depinoy. Fièvre de l'enfant en médecine générale, les parents sont-ils compétents ? Rev Prat Med Gen 2006 ; 20 : 1231-6.
6. The management of fever in young children with acute respiratory infections in developing countries. World Health Organization 1993.
7. M. Crocetti, N. Moghbeli, J. Serwint. Fever phobia revisited : have parental misconceptions about fever changed in 20 years ? Pediatrics 2001 ; 107 : 1241-46.
8. Dictionnaire Vidal Edition 2007.
9. CE. Mayoral, RV. Marino, W. Rosenfeld, J. Greensher. Alternating antipyretics : is this an alternative ? Pediatrics 2000 ; 105 : 1009-12.
10. American Academy of Pediatrics. Practice parameter : the neurodiagnostic evaluation of the child with the first simple febrile seizure. Pediatrics 1996 ; 97 : 769-75.
11. Prescrire Rédaction. Convulsions fébriles simples de l'enfant. Expliquer et rassurer les parents plutôt que prescrire. La Revue Prescrire 2001 ; 21 (219) : 534-37.
12. M. Offringa, A. Beishulzen, G. Derksen-Lubsen, J. Lubsen. Seizures and fever: can we rule out meningitis in febrile children ? Pediatrics 1993 ; 92 : 527-34.