



HAL
open science

“Fièvre de l’enfant : les bons réflexes! ”:création et évaluation de vidéos d’animation à destination des parents sur la fièvre de l’enfant

Pablo Appert

► To cite this version:

Pablo Appert. “Fièvre de l’enfant : les bons réflexes! ”:création et évaluation de vidéos d’animation à destination des parents sur la fièvre de l’enfant. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03940862

HAL Id: dumas-03940862

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03940862>

Submitted on 16 Jan 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2022

N°

T H E S E

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Pablo APPERT

Présentée et soutenue publiquement le 22 novembre 2022

« Fièvre de l'enfant : les bons réflexes ! »
Création et évaluation de vidéos d'animation à destination des parents sur la fièvre de l'enfant

Présidente : Madame la Professeure Christèle GRAS-LEGUEN
Directrice de thèse : Madame la Professeure Elise LAUNAY

Membres du Jury

Présidente du jury :

Madame la Professeure Christèle GRAS-LEGUEN

Professeure des Universités, Praticien Hospitalier

Pédiatrie Général – Urgences Pédiatrique

Hôpital Mère-Enfant, CHU de Nantes

Directrice de thèse :

Madame la Professeure Elise LAUNAY

Professeure des Universités, Praticien Hospitalier

Pédiatrie Générale

Hôpital Mère-Enfant, CHU de Nantes

Madame la Professeure Pauline JEANMOUGIN

Professeure Attachée en Médecine Générale

Département de Médecine Générale

Nantes Université

Madame la Docteure Nathalie JANNIN-BURONFOSSE

Protection Maternelle et Infantile

Département de Loire-Atlantique

Nantes

Madame la Docteure Alexia ALLAVERDIAN

Médecin Généraliste

Centre de Santé Polyvalent – Hôpital Dumonté

Ile d'Yeu

Remerciements

A la Professeure Christèle GRAS-LEGUEN, vous me faites l'honneur de présider mon jury. Je vous remercie pour le temps que vous consacrez à juger ce travail ; soyez assurée de mon profond respect.

A la Professeure Elise LAUNAY, pour avoir répondu à ma bouteille jetée à la mer lorsqu'il a fallu me décider à trouver un sujet de thèse ! Merci pour ta disponibilité et ta bienveillance, qui se sont illustrées autant dans l'accompagnement à mon travail de thèse que lors de mon stage en Pédiatrie Générale, dont je garde l'un des meilleurs souvenirs de mon Internat. Je te souhaite beaucoup de belles choses pour les mois et années à venir.

A la Professeure Pauline JEANMOUGIN, merci de l'intérêt que vous avez porté à mon travail, et du temps que vous consacrez à le juger. Soyez assurée de ma profonde reconnaissance.

A la Dre Nathalie JANNIN-BURONFOSSE, merci de l'intérêt que vous avez porté à mon travail, et du temps que vous consacrez à le juger. Et un merci encore plus grand pour votre aide précieuse et enthousiaste dans la diffusion des vidéos et questionnaire au sein des PMI de Loire-Atlantique !

A la Dre Alexia ALLAVERDIAN, merci de me faire le plaisir de participer à mon Jury de thèse. Cela me semblait être une bonne manière de te remercier pour ton accompagnement lors de mon stage à l'île d'Yeu, et pour tout ce que tu as pu m'apporter (en consultation, sur la plage ou au karaoké... !).

Au SPIN Santé de l'Université de Nantes, et notamment à Mme QUILLOT et M. LEBOEUF pour leur aide dans l'enregistrement des voix-off, ainsi que M. AVERTY du service reprographie du CHU pour son aide et sa disponibilité dans l'impression des fiches et affiches nécessaire à la diffusion de ce travail.

A tous les médecins et personnels médicaux, paramédicaux et administratifs croisés tout au long de mes études, de Marseille à l'île d'Yeu en passant par Nantes, Mouilleron-Le-Captif, Ancenis, La Roche-sur-Yon.

Aux Drs AHSSEINI, PEILLON, ROUTON qui m'ont permis de débiter mon Internat de la meilleure des manières que l'on puisse espérer. Ces premiers pas ont grandement conditionné les suivants ; merci d'avoir fait en sorte qu'ils ne soient pas trop mal-assurés !

Aux Drs RENOLLEAU, COSSET et FOURE et qui m'ont donné l'un des meilleurs aperçus de ce qu'était la pratique de la médecine générale. Une pensée toute particulière à la famille FOURE, pour le rituel riz-dinde du mercredi et l'initiation à la plongée en bouteille !

A la Team Pédiatrie du CHU, avec une pensée particulière pour le Dr MARION - merci pour tout ce rire. Aux incroyables paramed de Pédiatrie Générale et des Urgences Pédiatriques.

A toute l'équipe médicale, paramédicale et aux secrétaires du service de MPU de la Roche-sur-Yon, qui me font encore garder un pied à l'hôpital. Il me serait bien difficile de résumer toutes les raisons qui me font revenir chaque année faire la visite dans les couloirs du service (*au-delà de mon incapacité à dire non Yves*). Un savant mélange de course-couloir, démonstration de capoeira, concours culinaire, passion Nakamura, entre autres. Une pensée particulière pour Blandine et nos trajet TER, Clémentine et nos aventures capoiéro-groupamesque, Delphine et nos co-voiturages « *les pieds sur terre* », Morrier et nosdebriefs koh-lantesque d'une pertinence extrême. Au Dr BLEHER, pour son savant mélange deflegme et bienveillance qui fait l'admiration de tous, et de la mienne pour commencer.

A toute l'équipe d'UTH de Montaigu 2021, pour votre inébranlable soutien pendant ces quelques mois, précieux dans les débuts du post-Internat !

A la Team Ile d'Yeu, pour l'aventure que vous nous faites vivre à chacun de nos passages sur l'île !

Aux Moustiks,

Plus trop copain, plutôt famille : Charlotte, Nanou, Vic, Alix, Salomé, Pauline, Thomas, Auriane, Pauline D, Ber- aux petits nouveaux du groupe, et ceux à venir ! Merci pour votre indispensable présence, malgré les différents chemins pris par chacun ; tous les chemins mènent à nous !

Aux Marseillais,

Théo, Tanguy, Rémi, Bastien,

Vinzon, Princesse Vial, Rico, Patatras, Laïb , Clo, MarinO (j'ai un scoop concernant les deux dernières). Ma migration vers le grand-ouest n'a pas facilité nos communications, j'en suis bien conscient ; considérez que la distance et mon silence sont inversement proportionnels à tout l'amour que j'ai pour chacun d'entre vous ; merci pour toutes ces aventures, des bas-fonds du Maxi Club aux terres andalouse ; et pour mon premier (et je souhaite unique) kidnapping.

Che, pour mon tajine d'anniversaire. La sobriété de mon message n'a d'égale que la profondeur de ma reconnaissance, maintenant éternellement gravée dans le marbre - enfin, dans une feuille de papier blanchie dont le bois est issu de forêts éco-gérées, mais c'est tout comme.

Enerchie, future mairesse de Martchigues, pour ta gouaille, tes créoles, et les portes du militantisme que tu nous entre-ouvres à chacune de nos discussions.

Danny, pour m'avoir fait découvrir le monde merveilleux du bivouac. A notre Tour des Cerces 2017, à notre trek Népalais 2023 !

Loukas, chérie, à nos aventures écossaises et notre amour platonique.

Sybille, pour nos 5 années de douce fantaisie, juste au-dessus d'Anne-Marie. A tous mes rires que ton souvenir déclenche. A tes flips, à mes slips, tu me manques (c'est presque un alexandrin).

Aux nouveaux copains, qui me font encore grandir (liste non-exhaustive),

Izumimi, Valenmi, Gaétane, Martin, Fanny, Anneton, Aude ,Orane, Cécile E., Anne-So., Yann et tous les autres.

Au Camillon et Pepito ; bon vent, puissent-t-ils vous guider vers Nouméa (on soufflera avec lui s'il le faut).

Aux « cuissasses » qui m'ont adopté : Colin, Delphine, Cécile, Loïc, Jeannou et Lucien. Vous avez sous les yeux la cause de mon retard dans la rédaction des thèmes astraux de Marius et Ismaël (pourra-t-on discuter la réalisation de celui d'Heidi ?) ; je m'y mets dès demain !

Lisa, Arthur et Thibault, à très vite pour la prochaine édition du Festival d'Epouvante.

A Manon KARDAMAN et nos prochains shooting photos.

Aux « Pull-over » de TREMPO pour nos aventures musicales du lundi soir ; à notre prochain concert ! A Sophie, pour nos 4 mains qui verront le jour, un jour !

Au MyVon, pour ta poésie et ton courage infini.

A toutes les personnes qui ont vécu sous les jolis toits de Mangin. Avec une pensée particulière pour les « vieux colocs » Lulu, Titi, Chacha et Agathon, pour avoir supporté mon humeur matinale et ma phobie de l'ordre et du rangement. A notre cafetière, au compost, aux plantes à arroser, à la crèche qui n'a pas bougé depuis 3 ans, à la yaourtière, au futur sapin qui va rester 1 an dans le salon, aux Blackrooms, à la Biocoop, au potager, aux factures du serrurier, aux BD, à la sœur à Lulu, au pomodoro, aux temps calmes, à l'Agence, aux expériences culinaires de certain(e)s, à la pile de courrier, à la Modus, aux discussions du soir, au mystère, aux poses clopes, aux ecocup, aux jeux des milles euros, aux 5 vélos crevés dans le garage, à St Jacut, à l'inoubliable Mont Viso,... A vos aventures prochaines à venir, à nos aventures prochaines à écrire !

A Bigorneau et Jean-Sébastien BACH.

A ma famille,

Laura, pour ton courage à supporter la fratrie APPERT. Puisse l'orientation pédiatrique de cette thèse te convaincre de mes aptitudes à prendre en charge un enfant (notamment le week-end ou en période scolaire au sein d'une relation que l'on pourrait par exemple appeler parrain-filleul(le) ; sans pression).

Ma grand-mère Mouka, et ma tante Vivi, pour leur tendresse infinie.

Mes frères,

Thibault, puisse la lecture de ce manuscrit te faire constater que mon travail ne consiste pas qu'en la prescription de paracétamol et d'oranges ; mais tes demandes répétées et insistantes de paracétamol-codéiné prouvent que tu le savais déjà. Merci d'être le grand-frère que tu es. Hâte de te démontrer mes qualités de parrain (toujours sans pression hein).

Mon Manu, pour ta présence trop rare et pourtant ô combien précieuse ; pour nos coups de fil de plus en plus fréquents (y'a de la marge, qu'on se le dise !). A notre futur cabinet, qui sait ?

A mes parents, pour votre amour, présence et indéfectible soutien. Il s'est manifesté de bien des manières, et par mille attentions. Merci d'avoir participé à cette aventure avec moi, et de l'avoir rendu plus facile à bien des moments. C'est finalement un peu de vous dans ce travail aussi... La prochaine aventure c'est en Nouvelle-Calédonie, à priori plus reposante, promis !

A Robert,

Joli normand,
pas très très grand,
Grand nez, beaux yeux, plein de cheveux,
C'est par un beau dimanche matin que j'ai trouvé sur mon chemin.

Des s'maines plus tard, tard dans le noir,
Dans l jardin il m'a embrassé,
C'est dans les rues d'Monopolis qu'notre aventure a commencé.

Tout en passion plutôt qu'raison,
Fan de gratoune et de siestoune,
Sa voix et son ukulélé m'ont vraiment beaucoup trop charmé.

Passion vélo plutôt qu'rando,
Envie d'embruns plutôt qu'Ecrins,
C'est à mon très très grand regret, qu'il supporte pas les déniv'lés.

Quatre années depuis écoulées,
Assistanat et thèse bouclés,
C'est en Nouvelle-Calédonie,
Qu'on va partir
avec le
Mi.

TABLE DES MATIERES

Glossaire	8
Tableaux, figures et annexes	9
I - Introduction.....	10
II- Matériels et méthodes.....	14
1 - Les vidéos.....	14
1.1 Informations délivrées	14
1.2 Illustration visuelle et sonore	16
1.3 Voix-off.....	16
2 - Le questionnaire	17
3 - Diffusion du questionnaire et des vidéos	18
4 - Analyse statistique.....	19
5 - Ethique.....	19
III - Résultats.....	20
1 - Données générales.....	20
2 - Caractéristiques socio-démographiques des répondants et de leurs enfants.....	21
2.1 Caractéristiques socio-démographiques des parents	21
2.2 Caractéristiques socio-démographiques des enfants	23
3. Evaluation des vidéos.....	24
3.1 Satisfaction parentale	24
3.2 Impact et utilisation future.....	26
3.3 Qualification libre des vidéos	29
4 - Information parentale et intérêt sur la création d'outil d'éducation thérapeutique en santé de l'enfant .	30
4.1 Niveau et sources d'information sur la fièvre de l'enfant	30
4.2 Intérêt sur la création de nouveaux supports d'information sur la fièvre de l'enfant.....	31
4.3 Intérêt du support vidéo comme outil d'éducation en Santé de l'Enfant	33
5 - Connaissances et habitudes parentales face à la fièvre de l'enfant.....	34
5.1 Repérage de la fièvre par les parents.....	34
5.2 Mesures thérapeutiques entreprises par les parents	35
5.3 Angoisse parentale et évaluation de la gravité.....	37
5.4 Attente parentale lors d'une consultation	38
5.5 Commentaires libres finaux.....	38
6 - Cohérence interne et lisibilité du questionnaire.....	39
IV - Discussion.....	40
VI - Conclusion.....	46

Glossaire

AFFSAPS – Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AINS – Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens

CHU – Centre Hospitalo-Universitaire

CITE – Classification Internationale Type de L'Education

EIQ – Ecart Interquartile

HAS – Haute Autorité de Santé

IBS – Infection bactérienne sévère

IC – Intervalle de Confiance

NICE – National Institute for Health and Care Excellence

PMI – Protection Maternelle et Infantile

SAMU – service d'Aide Médicale d'Urgence

SPIN - Santé Pôle Innovation Numérique

Tableaux, figures et annexes

Tableau 1.1 - Nature des répondants et niveau d'éducation des parents

Tableau 1.2 - Caractéristiques socio-démographiques des enfants

Tableau 2.1 – Satisfaction parentale : aspects formels

Tableau 2.2 – Satisfaction parentale sur les informations délivrées

Tableau 3.1 - Impact des vidéos et utilisation future

Tableau 3.2 - Domaines d'acquisition des nouvelles connaissances parentales

Tableau 4 – Impact potentiels des vidéos sur les comportements parentaux

Tableau 5 - Impression parentale sur leur niveau d'information sur la fièvre de l'enfant

Tableau 6 : Internet et les réseaux sociaux comme sources d'informations parentales sur la fièvre de l'enfant

Tableau 7 – Repérage de la fièvre par les parents

Tableau 8 – Mesures thérapeutiques parentales

Tableau 9.1 – Angoisse parentale liée à la fièvre

Tableau 9.2 – Evaluation de la gravité de l'enfant fébrile par les parents

Tableau 10 – Attentes parentales d'une consultation pour fièvre de l'enfant

Figure I : Données relatives aux scans du QR code

Figure II – Provenance des questionnaires

Figure III - Sources d'informations parentales sur la fièvre de l'enfant

Figure IV- Supports d'informations sur la fièvre de l'enfant souhaités par les parents

Figure V - mode de diffusion des vidéos souhaités par les parents

Figure VI - Thématiques éligibles à la création de support vidéo

Annexe A : liens internet vers les vidéos

Annexe B : Fiche conseil à destination des parents sur la fièvre de l'enfant

Annexe C : Classification Internationale type de l'Education

Annexe D : Questionnaire

Annexe E : Fiche d'information à destination des parents pour la diffusion du questionnaire et des vidéos

Annexe F : Affiche salle d'attente pour la diffusion du questionnaire et des vidéos (modèles médecine générale et crèche)

Annexe G : Fiche d'information à destination des diffuseurs pour la diffusion du questionnaire et des vidéos

I - INTRODUCTION

La fièvre est définie par le Larousse comme « une élévation de la température du corps au-dessus de la normale » (1). S'il n'y a pas de consensus international pour définir cette valeur seuil, plusieurs sociétés savantes s'entendent pour la fixer à 38°C (2,3) ; c'est d'ailleurs cette valeur qui est retenue par la Haute Autorité de Santé (HAS), qui définit la fièvre de l'enfant comme « 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 » (2) ; cette définition s'applique quel que soit l'âge de l'enfant.

Lorsqu'elle est d'origine infectieuse, la fièvre reflète un mécanisme physiologique non spécifique de défense de l'organisme, impliquant des substances pyrogènes endogènes et exogènes (infectieux notamment) menant à une augmentation de la température centrale via une dérégulation des centres thermorégulateurs (4). Si le bénéfice d'une élévation de la température centrale à l'occasion d'un épisode infectieux est encore discuté de nos jours, certaines études mettant en avant l'effet stimulateur sur le système immunitaire ou inhibiteur sur la croissance de l'agent infectieux, son innocuité en tant que telle est maintenant bien démontrée (4–7). L'absence de corrélation entre l'intensité de la fièvre et la gravité de l'infection sous-jacente est aussi bien démontrée (3). Elle n'est donc qu'un symptôme parmi d'autres au cours d'une infection, auquel on attribue le rôle de « signal d'alarme » en témoignant de son existence, et marqueur de suivi, leurs évolutions étant corrélées.

La fièvre est un symptôme pédiatrique très fréquent ; cela s'explique par la prévalence des infections virales et bactériennes chez l'enfant, dont le système immunitaire immature est en développement. La répétition de ces épisodes infectieux participe aux acquisitions immunologiques de l'enfant en enrichissant sa banque d'anticorps. Dans une immense majorité des cas, la fièvre est le fait d'une infection virale sous-jacente, bénigne, dont l'évolution est spontanément favorable en l'absence de tout traitement spécifique ; citons parmi elles les classiques gastro-entérites virales, rhinopharyngites ou angines virales. Plus rarement, elle est liée à une infection bactérienne sévère (IBS), à risque élevé de morbi-mortalité en l'absence de prise en charge adaptée (8). Leur repérage précoce est un enjeu majeur de prise en charge, car directement lié au pronostic de l'enfant.

Plusieurs sociétés savantes occidentales ont élaboré une série de recommandations pour guider la prise en charge de l'enfant fébrile. En France, celles disponibles sont celles de l'ex-AFSSAPS de 2005, reprises et actualisées par la HAS en 2016 et s'adressent principalement aux professionnels de santé. Elles portent sur le seuil de définition de la fièvre (38°C), les méthodes de mesure recommandées (voie axillaire, rectale avec thermomètre flexible), les principes de la prise en charge médicamenteuse (monothérapie et paracétamol à privilégier) et non médicamenteuse (hydratation, déshabillage et maintien de la température de la pièce à 19°C) (2). Une des mises au point majeure de la recommandation porte sur l'objectif de la prise en charge, qui devient celle de « l'enfant fébrile » plutôt que de la fièvre en elle-même (ce que, par certains propos, pouvait suggérer la recommandation de l'ex-AFSSAPS de 2005). La fièvre n'étant corrélée ni à la gravité de l'infection sous-jacente, ni à l'inconfort de l'enfant (9), la prise en charge de l'enfant fébrile ne saurait se résumer à celle de la fièvre. Ce message est également celui des recommandations de la National Institute for Health and Care Excellence (NICE) qui rédige la même année une série de recommandations sur la prise en charge des enfants fébriles jusqu'à 5 ans.

Ces données scientifiques maintenant bien établies sur la fièvre de l'enfant contrastent drastiquement avec l'état des connaissances parentales sur le sujet et l'angoisse irrationnelle que provoque la fièvre chez beaucoup d'entre eux. Plusieurs études nationales et internationales s'y sont en effet intéressées et mettent en évidence de nombreuses lacunes dans différents domaines : définition de la fièvre, méthode de mesure et thérapeutiques mises en place (10–12).

A ces méconnaissances s'associent des fausses croyances faisant le lit d'une angoisse parentale, conceptualisée dans les années 1980 par Barton Schmitt sous le nom de « phobia-fever ». La fièvre est perçue comme un symptôme-maladie, au potentiel évolutif propre, dont l'intensité est corrélée à la gravité, et dont l'évolution inexorable en l'absence de traitement antipyrétique mènerait à un risque de lésions neurologiques (convulsions fébriles, séquelles neurologiques), voire de décès (13). Il en découle des comportements inadaptés dans la prise en charge de leur enfant, qui s'inscrit dans une logique d'obtention de l'apyrexie à tout prix. Cela s'illustre par un recours quasiment systématique au traitement médicamenteux, souvent initié sur la seule présence de la fièvre, indépendamment du confort de l'enfant (14). Les études pointent aussi une mauvaise connaissance des posologies des traitements

médicamenteux (15), un recours encore trop fréquent aux anti-inflammatoires ou à l'alternance entre le paracétamol et les anti-inflammatoires (15,16). Concernant les traitements non-médicamenteux, les méthodes physiques inutiles et source d'inconfort (notamment les bains froids) sont encore trop appliquées, au détriment de mesures utiles et validées (hydratation, déshabillage de l'enfant, aération de la pièce de vie) (10,12,14–16). Cela s'illustre aussi par une prise répétée de la température, parfois de manière horaire, ainsi qu'une majoration de l'angoisse en cas de persistance de la fièvre malgré traitement antipyrétique (10).

Cette anxiété parentale mène également à un recours trop précoce aux structures de soins libérales ou hospitalières, participant à leur saturation et générant un coût de santé non négligeable. Ainsi, en 2019, la fièvre représentait à elle seule 214 656 passages aux Urgences Pédiatriques à l'échelle nationale et 8663 passages en Pays de la Loire (17); on estime qu'elle représente environ 30% des consultations pédiatriques en médecine générale (18). Elles se font fréquemment sur la seule présence de la fièvre (14,19).

Les connaissances et pratiques parentales évoluent peu avec le temps, et plus de trente ans après sa conceptualisation, la phobie de la fièvre et les comportements irrationnels qu'elle génère sont encore très ancrés chez les parents (20–22).

Le décalage entre connaissances, comportements parentaux et les recommandations scientifiques actuelles est d'autant plus dommageable que le rôle du parent est primordial dans la prise en charge de l'enfant fébrile. En effet, comme énoncé précédemment, la fièvre est le plus souvent le reflet d'une infection virale, bénigne, à l'évolution spontanément favorable. La majorité des prises en charge se font donc en ambulatoire, au domicile de l'enfant. Il en résulte un vrai besoin de « compétence parentale » que cela soit dans le repérage de la fièvre, les mesures thérapeutiques à mettre en place, et dans la surveillance de leur enfant (23).

C'est de ce constat que naît l'un des principaux enjeux de la consultation d'un enfant fébrile : la dispensation d'informations claires, cohérentes et validées concernant la prise en charge de leur enfant ; c'est d'ailleurs, avec la réassurance, l'une des principales attentes qu'ont les parents d'une consultation (24). Il s'agit d'adopter une démarche de réassurance raisonnable, tout en assurant une vigilance parentale sur la survenue rare mais éventuelle

d'IBS (une récente étude française estime à 20% la part de décès par IBS liée à un retard de consultation (8)).

Si ces messages sont délivrés le plus souvent oralement en consultation , plusieurs outils ont été développés pour accompagner ces consignes orales : flyer, vidéo... Les études qui se sont intéressées à leur impact mettent en évidence une meilleure compréhension et une augmentation des connaissances parentales suite à leur utilisation (23,25–28). Parmi eux, le support vidéo semble demandé et apprécié des parents (28–30). Les objectifs attendus de l'utilisation de ces outils sont la diminution de l'anxiété parentale, l'optimisation de la prise en charge de leur enfant par l'augmentation de leurs connaissances, et un recours plus adapté au système de soins (la bonne structure de soin, au bon moment).

C'est dans ce contexte que s'inscrit ce travail de thèse. Il a consisté en la création d'un outil d'information et d'éducation à la santé à destination des parents sur la fièvre de l'enfant sous la forme de vidéos d'animations, ainsi qu'à son évaluation via un questionnaire en ligne. L'objectif principal de notre travail était la création du support vidéo et son évaluation en termes de satisfaction parentale (appréciation esthétique et clarté, compréhension et précision du contenu). Les objectifs secondaires étaient l'évaluation des connaissances et comportements parentaux sur la fièvre de l'enfant, ainsi que de leur intérêt sur la création de nouveaux outils d'éducation en santé de l'enfant.

II- MATERIELS ET METHODES

1 - LES VIDEOS

Les vidéos ont été réalisées à l'aide de Powtoon, un logiciel d'animation spécialisé dans la création de présentations animées et vidéos d'animations, et pour lequel le service de pédiatrie du CHU de Nantes dispose d'une licence pédagogique. Le choix initial a été celui d'une vidéo unique, finalement scindée en deux vidéos distinctes au vu de la quantité d'informations délivrées et de la durée trop longue d'une version unique.

Elles ont été intitulées « Fièvre de l'enfant : les bons réflexes », renvoyant aux « bons réflexes » à adopter face à un enfant fébrile, de la prise de température aux signes à surveiller, en passant par les mesures thérapeutiques à mettre place (Annexe A).

1.1 INFORMATIONS DELIVREES

Le contenu des vidéos est directement issu d'une fiche d'information sur la fièvre de l'enfant à destination des parents, ayant fait l'objet d'un travail de thèse en médecine générale en 2021(29). Elle a été élaborée par la doctorante ainsi que deux pédiatres du CHU de Nantes, dont une universitaire, à partir des recommandations françaises de la HAS et des recommandations anglo-saxonnes du NICE de 2016, en s'inspirant d'une autre fiche déjà créée pour les Urgences Pédiatriques.

L'un des objectifs du travail de thèse était la validation de cette fiche auprès de médecins généralistes et pédiatres libéraux de la métropole nantaise. Il leur était soumis une première version, où ils avaient à exprimer leur accord sur une série d'items relatifs à la fièvre de l'enfant. La validation passait par le recours à la méthode Delphi, visant à mettre en évidence des convergences d'opinions ou de dégager un consensus en cas de discordance. Chaque item était soumis à la validation des répondants ; le seuil de consensus était fixé à 80% (l'item était retenu si au moins 80% des répondants le validait) ; en cas de discordance, l'item était reformulé à l'aide des retours fait par les participants, jusqu'à obtention d'un consensus.

Au total, 2 tours ont été nécessaires à l'obtention d'un consensus pour chacun des items (hormis celui concernant l'iconographie, qui avait tout de même récolté 77% d'accord, et qui n'impact pas notre travail de thèse actuel).

Cette fiche a également été testée par un panel de 409 parents à l'occasion d'une étude menée aux urgences sur des enfants fébrile de moins de 3 ans (DIAFEVERCHILD) et a été l'objet d'un autre travail de thèse(30). La fiche était déclarée facilement compréhensibles et les conseils donnés suffisamment claires pour 97% des parents répondants. Ces derniers déclaraient également que la fiche avait permis de diminuer leur inquiétude dans 56% des cas et qu'elle avait été utilisée ultérieurement dans 37 % des cas.

Le contenu final des fiches était organisé en 3 parties : « Consignes générales portant sur des notions générales sur la fièvre, sa définition, les méthodes de mesures », « Traitement de l'inconfort » et « Consignes de surveillance et de reconsultation ». (Annexe B).

Nous nous sommes donc inspirés pour organiser le contenu des deux vidéos :

- La première vidéo "Fièvre de l'enfant : les bons réflexes - Partie 1" aborde les messages généraux sur la fièvre, les bonnes méthodes de mesures, ainsi que le traitement de l'inconfort de l'enfant.
- La deuxième vidéo "Fièvre de l'enfant : les bons réflexes - Partie 2" aborde elle la nécessité de consultation médicale, en donnant notamment les consignes de surveillance.

Un résumé des principaux messages donnés est fait à la fin de chacune des vidéos. Un lien pour passer d'une vidéo à l'autre est également disponible à la fin de chacune des vidéos.

Il était précisé dans chacune des deux vidéos la nécessité de consulter en urgence en cas de fièvre chez un nourrisson de moins de 3 mois, conformément aux recommandations actuelles (2,3).

La première vidéo dure 5:43 minutes, la deuxième vidéo dure 5:25 minutes.

1.2 ILLUSTRATION VISUELLE ET SONORE

L'iconographie visuelle est pour la plupart directement issue de la banque d'images de Powtoon, donc libre d'utilisation avec la licence pédagogique dont nous disposons. Trois éléments de l'iconographie (thermomètre auriculaire – vidéo 1 et mains cyanosées et purpura – vidéo 2) sont issus d'une banque d'image dont l'utilisation est libre de droits sous réserve de mention du graphiste dans le descriptif vidéo. Enfin, une licence d'utilisation a été achetée pour l'iconographie illustrant les signes de surveillance, sans obligation de mentionner le graphiste.

La section abordant les signes de surveillance (Vidéo 2) s'appuie sur un code couleur tricolore illustrant la nécessité et le degré d'urgence d'une consultation : signes verts (pas de consultation systématique), oranges (consultation dans la journée), rouges (appel du SAMU).

L'iconographie sonore est issue de la banque de sons de Powtoon, libre d'utilisation avec la licence pédagogique.

1.3 VOIX-OFF

Les messages délivrés dans la vidéo par les deux personnages médecins étaient doublés par une voix-off. Izumi GRISINGER, scénographe, prête sa voix à la médecin généraliste, Amaury LACAÏLLE, chanteur lyrique, prête la sienne au médecin généraliste.

Les vidéos ont été réalisées en collaboration avec le service Santé Pôle Innovation Numérique (SPIN) de l'Université de Nantes pour l'enregistrement des voix-off (mise à disposition du studio d'enregistrement, création des pistes audio).

2 - LE QUESTIONNAIRE

Le questionnaire a été réalisé avec Google form, un logiciel d'administration d'enquêtes permettant la réalisation de questionnaires en ligne.

Il a été pensé en quatre parties :

- Une première partie portant sur les caractéristiques socio-démographiques des répondants et leur enfant (âge de l'enfant, rang dans la fratrie, niveau d'éducation des répondants) ainsi que le contexte de remise du questionnaire.
- Une deuxième partie évaluait leurs connaissances et habitudes face à la fièvre de l'enfant (seuil de définition, méthode de mesure, traitement médicamenteux et non médicamenteux, ce qu'ils estimaient être de signes de gravité, et les attentes qu'ils ont d'une consultation médicale).
- Une troisième partie recueillait leur avis sur la vidéo, sur la forme (iconographie, fond sonore, voix-off) comme sur le fond (clarté et compréhensibilité des messages, concordance avec leur attente en consultation), ainsi que leur intention d'utilisation future de la vidéo.
- Enfin, une quatrième partie visait à récolter de manière plus générale leur avis sur la création d'outils pédagogiques en santé de l'enfant (intérêt, supports préférés, domaines souhaités).

Le niveau d'éducation des parents a été évalué selon la Classification Internationale type de l'éducation (Cite) (Annexe C).

Les questions étaient rédigées sous forme de question à réponses multiples ou uniques pour l'ensemble des parties. Pour la partie 3 recueillant l'avis des parents sur les vidéos, nous avons eu en plus recours à un échelle de Lickert ; les personnes interrogées avaient à exprimer leur degré d'accord ou de désaccord sur une série d'affirmations proposées.

Une section « commentaire libre » était disponible pour chacun des critères évalués (iconographie, police d'écriture, bande sonore, voix-off) afin qu'ils puissent s'exprimer sur certains aspects éventuellement non abordés. Chaque question concernait les deux vidéos à la fois

Le questionnaire a été rédigé de manière à avoir un indice de lisibilité correspondant à un niveau de 3-4^{ème}. La cohérence interne des questions a également été calculée a posteriori sur l'échantillon de parents répondants par le coefficient alpha de Cronbach.

Le questionnaire est consultable en Annexe D.

3 - DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE ET DES VIDEOS

Questionnaire et vidéos ont été diffusés à travers quatre réseaux :

- Hospitalier : via les urgences pédiatriques, le service de consultation ainsi que l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée pédiatrique de CHU de Nantes.
- Libéral : diffusion via une mailing liste de 350 médecins généralistes et pédiatres inscrits aux journées de formations pédiatriques du CHU de Nantes.
- Protection Maternelle et Infantile de la Loire-Atlantique (centre de consultation).
- Crèches : via les vingt-et-une crèches de la métropole de Nantes.

L'accès aux questionnaire et vidéos se faisait via un système de QR code disponible sur deux supports différents :

- Une fiche remise aux parents par les médecins, personnels de crèche ou de PMI, qui expliquait brièvement le travail de thèse, le contenu des vidéos et du questionnaire (Annexe E)
- Une affiche destinée aux salles d'attentes, espace d'affichage des crèches et PMI, un modèle d'affiche ayant été créé pour chacun des espaces de diffusion (Annexe F).

Une fois flashé, le QR code menait les parents sur la page du questionnaire en ligne ; une page de présentation leur expliquait le projet ainsi que le contenu des vidéos et questionnaire. L'accès aux vidéos était possible après avoir répondu aux parties I et II.

Le service de reprographie du CHU de Nantes a été sollicité pour l'impression des fiches à destination des parents ainsi que des affiches (format A3 sur papier spécial) ; elles ont été distribuées au CHU, ainsi qu'aux médecins généralistes en faisant la demande (les modèles leurs étaient également envoyés en pièce-jointe du mail de sollicitation, avec possibilité d'impression à leur propre initiative).

4 - ANALYSE STATISTIQUE

Nous avons décrit la population des parents répondants grâce à des paramètres descriptifs classiques : pourcentage et intervalle de confiance à 95% pour les variables qualitatives et moyenne avec écart-type ou médiane avec l'écart interquartile (EIQ) en fonction de la distribution des variables.

Nous avons également calculé pour le questionnaire : l'indice de lisibilité (facilité de lecture) par le calcul du score de Flesch-Kincaid grâce à un logiciel en ligne et la cohérence interne des questions explorant le même domaine par le calcul du coefficient alpha de Cronbach (analyses faites avec le logiciel STATA v15). Un coefficient $> 0,7$ était jugé satisfaisant.

5 - ETHIQUE

Il s'agit d'une étude hors loi Jardé, n'impliquant pas la personne humaine. La participation était basée sur le volontariat suite à la lecture de la note d'information affichée.

III - RESULTATS

1 - DONNEES GENERALES

La diffusion du questionnaire et des vidéos s'est faite du 26/06/2022 au 02/10/2022. Le QR code, tous supports confondus, a été scanné 213 fois, dont 27 fois de manière répétée, ce qui correspond à 186 « scans uniques » - les données relatives aux scans sont résumées dans la Figure I. Au 02/10/2022, la vidéo 1 a été vue 180 fois, la partie 2 123 fois.

Au total, 33 questionnaires ont été recueillis.

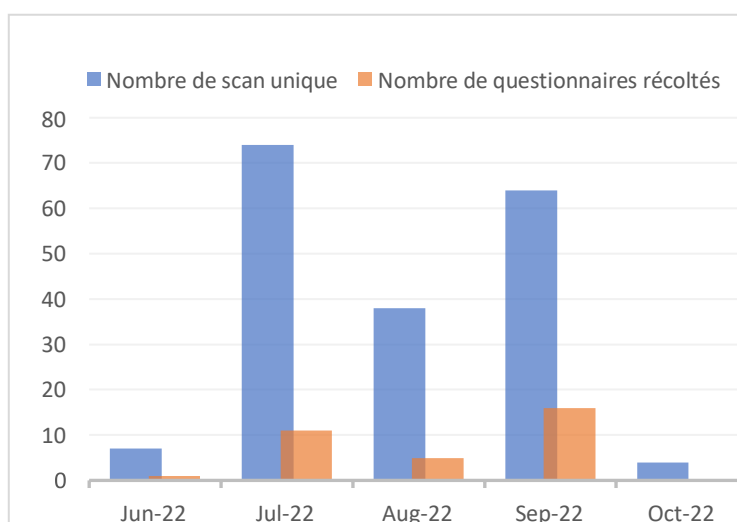


Figure I - Données relatives aux scans du QR code

La Figure II résume la provenance des questionnaires. La consultation chez le médecin généraliste et le bouche à oreille étaient les deux principales sources de provenance des réponses (49% et 16% respectivement). La majorité des questionnaires (76%) était issue d'une consultation (médecin générale, CHU), pour un motif généralement autre que de la fièvre, qui ne représentait que 12% des motifs de consultation.

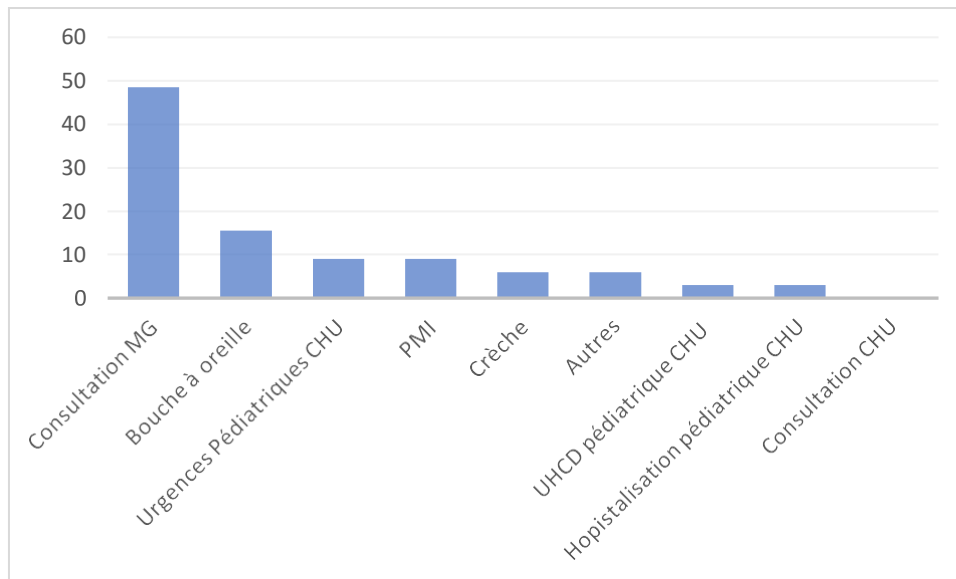


Figure II – Provenance des questionnaires

2 - CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES REpondANTS ET DE LEURS ENFANTS

2.1 CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES PARENTS

Elles sont résumées dans le Tableau 1.1.1

Les mères représentaient 85% des répondants ; 2 pères ont répondu seul au questionnaire. Le niveau d'éducation était élevé dans notre panel puisque 97% des mères et 88% des pères avaient au moins le baccalauréat, et qu'un peu plus d'un tiers (36%) des mères et des pères (33%) avaient un niveau Bac + 4 ou plus. Le niveau d'éducation moyen des mères était Bac + 3, celui des pères Bac + 2. Au total, 67% des parents résidaient en Loire-Atlantique, 15% en Vendée ; 1 parent résidait dans le département du Nord ; 15% des lieux de résidence n'étaient pas précisés.

¹ Le questionnaire dans sa version d'origine récoltait l'âge des parents et de leurs enfants ; la question relative à l'âge des parents n'est pas apparue dans la version diffusée pour une raison que l'on ignore ; c'est donc une donnée manquante.

Tableau 1.1 - Nature des répondants et niveau d'éducation des parents

	Effectifs	%	IC 95%
Répondant			
Mère	28	85	72,6 – 97
Père	3	9	0 – 18,9
A deux	2	6	0 – 14,2
Niveau d'éducation			
Mère N = 33			
<i>I et II</i>	0	0	0 - 0
<i>III</i>	1	3	0 - 8
<i>IV</i>	8	24,2	10 - 39
<i>V</i>	2	6,1	0 - 14
<i>VI</i>	8	24,2	10 - 39
<i>VII et VIII</i>	14	42,5	26 - 59
Père N = 33			
<i>I et I</i>	1	3	0 - 8
<i>II</i>	1	3	0 - 8
<i>III</i>	2	6,5	0 - 14
<i>IV</i>	8	24,2	10 - 39
<i>V</i>	5	15,15	3 - 27
<i>VI</i>	5	15,15	3 - 27
<i>VII et VIII</i>	11	33	17 - 49

2.2 CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES ENFANTS.

Elles sont résumées dans le tableau 1.2.

Le « profil type » d'enfant était un garçon de 27 mois, fils unique.

Tableau 1.2 - Caractéristiques socio-démographiques des enfants

	Moyenne	Médiane	EIQ
Age enfant (mois) N=25 ²	27	12	43
	Effectif		IC95%
		%	
Sexe N= 33			
Fille	12	36	20 - 53
Garçon	21	64	47 - 80
Rang dans la fratrie N=33			
1	20	61	44 - 77
2	7	21	7 - 35
3	4	12	1 - 23
4	1	3	0 - 9
5 ou +	1	3	0 - 9

² *8% des parents (24%) ont rapporté leur âge plutôt que celui de leur enfant ; ces données ont donc été supprimées.

3. EVALUATION DES VIDEOS

Quatre-vingt-quatorze des parents ont visionné les 2 vidéos, un parent n'a regardé que la première vidéo (3%), un autre (3%) n'en a regardé aucune (parent n° 19, ayant répondu « sans opinion » à toutes les questions relatives à l'appréciation des vidéos sur la forme et sur le fond).

3.1 SATISFACTION PARENTALE

3.1.1 SATISFACTION PARENTALE : SUR LA FORME

Les données sont résumées dans le tableau 2.1.

Tableau 2.1 – Satisfaction parentale : aspects formels

	Tout à fait d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord + d'accord	Sans Opinion	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Police d'écriture						
Lisible	37%	45%	82%	6%	6%	6%
Iconographie						
Adaptée	46%	45%	91%	4%	4%	1%
Nécessaire	40%	51%	91%	6%	3%	0%
Illustre bien les situations	37%	54%	91%	6%	3%	0%
Aide à mémoriser	28%	45%	73%	24%	0%	3%
Bande sonore						
Adaptée	24%	49%	73%	18%	9%	0%
Voix-off						
Claire et compréhensible	52%	39%	91%	6%	3%	0%
<hr/>						
		Satisfaisante		Trop courte		Trop longue
Durée		76%		3%		25%

Ils étaient 82% à juger la police d'écriture lisible ; 12% n'étaient « pas d'accord » ou « pas du tout d'accord ». Un parent (parent n°7) soulignait son « attractivité » pour l'œil et l'envie de lire qu'elle procure, tandis que deux parents (parent n°10 et n°32) suggèrent le recours à une police d'écriture plus neutre, et qu'un autre en suggère une plus grande (parent n°23).

Concernant l'iconographie, 91% la trouvaient adaptée, nécessaire et illustrant bien les situations. Ils sont 73% à penser qu'elle les aiderait à mémoriser les informations qu'elles illustrent.

Deux parents rapportaient avoir été gênés par le fait que les personnages animés parlaient alors qu'il n'y avait pas de propos à illustrer (parent n°13 : « les personnages parlent alors que rien ne s'affiche, c'est perturbant » ; parent n°33 : « les personnages continuent de parler parfois quand il n'y a pas de texte associé, ça peut paraître bizarre »).

La moyenne esthétique globale de l'iconographie est de 4,2/5.

La bande sonore était adaptée pour 73% des parents (parent n°32 : « agréable ») ; 9 % ne la trouvent pas adaptée (parent n°25 : « trop répétitive, finit par être agaçante »).

Les voix-off étaient jugées claires et compréhensibles pour 91% des parents. Un parent trouvait un défaut de synchronisation entre voix et animation (parent n°33 : « un peu trop en décalé »). Un autre aurait apprécié une diction plus fluide (parent n°1° : « voix plus fluide, moins de "blanc", dire des phrases complètes même pour les listes à point »), un autre un débit moins lent (parent n°32 : « débit un peu lent »).

Enfin, ils étaient 76% à trouver la durée des vidéos (globalement identique) satisfaisante, tandis qu'un quart des parents (25%) les trouve trop longues (parents n°10° : « durée satisfaisante mais tempo un peu lent »). Un parent suggérait une vidéo dédiée aux signes devant mener à une consultation en urgence.

3.1.2 SATISFACTION PARENTALE : SUR LE FOND.

Les données sont résumées dans le Tableau 2.2

Parmi les parents interrogés, 94% estimaient suffisamment claires, compréhensibles et précises les informations délivrées. Ils étaient une proportion identique à trouver qu'elles correspondaient aux informations qu'ils venaient chercher en consultation.

Tableau 2.2 – Satisfaction parentale sur les informations délivrées

	Tout à fait d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord + d'accord	Sans Opinion	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Informations délivrées						
Claires et compréhensibles	58%	36%	94%	3%	3%	0%
Précises	55%	39%	94%	6%	0%	0%
Correspondent aux attentes parentales d'une consultation	49%	45%	94%	3%	3%	0%

Deux parents ont exprimé le souhait de voir aborder des notions qui ne l'ont pas été dans les vidéos :

- Parent n°3 : « préciser que la fièvre est une réaction normale et saine du corps en cas d'infection et qu'elle a des effets bénéfiques, d'où l'absence de nécessité de la traiter de manière systématique ».
- Parent n°31 « comment joindre un médecin de garde »

3.2 IMPACT ET UTILISATION FUTURE

Les données sont résumées dans les tableaux 3.1 et 3.2

Soixante-dix pourcents des parents interrogés déclaraient avoir acquis de nouvelles connaissances sur la fièvre de l'enfant. Parmi elles, les signes devant mener à consulter étaient les plus cités (70%), suivis des méthodes de mesures (44%), de la manière de traiter l'inconfort (39%), et enfin de la définition de la fièvre (22%). Un parent citait « l'aération de la pièce » (tableau 4.1).

Ils seraient 94% à mettre en application les conseils donnés dans les vidéos en cas de nouvelle fièvre chez leur enfant, et 73% à s'en servir ultérieurement, ce que 21% jugent peu probable ou très peu probable.

Parmi les parents répondants, 88% déclaraient qu'ils conseilleraient ces vidéos à leur entourage (famille, amis).

Tableau 3.1 - Impact des vidéos et utilisation future

	Tout à fait d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord + d'accord	Sans opinion	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Acquisition de nouvelles connaissances	15%	55%	70%	15%	9%	6%
Diminution de l'angoisse	12%	53%	64%	18,3%	12%	6%
Application des conseils donnés	51,5%	42,5%	94%	6%	0%	0%
Réutilisation future	9%	64%	73%	15%	9%	3%
Conseilleraient à l'entourage	51,5%	36,5%	88%	6%	6%	0%

Tableau 3.2 : Domaines d'acquisition des nouvelles connaissances parentales

	Effectif	%
Nouvelles connaissances acquises N = 23		
Définition de la fièvre	5	21,7
Méthodes de mesures	10	43,5
Traitement de l'inconfort	9	39
Signes devant mener à consulter	16	69,6
Autres :	2	8,7

Pour une majorité des parents, le visionnage des vidéos n'aurait en revanche pas changé la façon de prendre en charge leur enfant (tableau 4).

Les 30% de parents qui auraient agi différemment citaient :

- Un moindre recours à une consultation « systématique » pour 50% d'entre eux (parents n°4 : « [...] et pas de consultation systématique », parent n°8 : « durée avant la consultation [...] », parent n°14 : « je n'aurais pas téléphoné au docteur aussitôt », parent n°31 : « absence de consultation et surveillance de l'enfant », parent n°32 : « je n'aurais pas consulté si rapidement »).
- Une modification dans la prise en charge de leur enfant (parent n°20 : « pas de paracétamol si pas d'inconfort », parent n°21 : « sur la façon de traiter l'inconfort »).
- Une modification dans le choix de la méthode de mesure (parent n°8 « [...] méthode plus fiable pour la prise de température »).
- Une baisse de l'anxiété pour l'un d'entre eux (parents n°4 : « baisse de l'anxiété [...] »)

Tableau 4 – Impact potentiels des vidéos sur les comportements parentaux

	<u>Effectif</u>	<u>%</u>
Non	23	70
Oui	10	30
<i>Repérage de la fièvre</i>	1	10
<i>Prise en charge de l'enfant</i>	2	20
<i>Recours au système de soin</i>	5	50
<i>Vécu de l'expérience</i>	1	10

3.3 QUALIFICATION LIBRE DES VIDEOS.

Les adjectifs utilisés pour qualifier les vidéos étaient tous positifs, sauf un renvoyant à leur durée (parent n°3 : « longues »).

Ils sont en lien avec :

- Leur aspect pédagogique : « instructif » (parent n°21), « pédagogie » (parent n°12), « pédagogique » (parents n°4,8), « très pédagogiques » (parent n°6).
- Leur utilité : « utile » (parents n°5,13 et 23), « aidante » (parent n°7).
- Leur compréhensibilité : « claire » (parent n°15), « simple » (parent n°23), « efficace » (parent n°17), « explicite » (parent n°14).
- Autres : « adapté » (parent n°25), « parfaite » (parent n°19), « très bien » (parent n°32).

4 - INFORMATION PARENTALE ET INTERET SUR LA CREATION D'OUTIL D'EDUCATION THERAPEUTIQUE EN SANTE DE L'ENFANT

4.1 NIVEAU ET SOURCES D'INFORMATION SUR LA FIEVRE DE L'ENFANT.

Quatre-vingt-deux pourcents des parents s'estimaient suffisamment informés sur la fièvre de l'enfant.

Tableau 5 – Impression parentale sur leur niveau d'information sur la fièvre de l'enfant

	Tout à fait d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord + d'accord	Sans opinion	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Suffisamment informé	18%	64%	82%	6%	12%	0%

Les principales sources d'information sont résumées dans la Figure III.

Les deux principales sont les professionnels de santé et l'entourage familial (respectivement 82% et 42%). Dix-huit pourcents des parents ne citaient ni les professionnels de santé, ni le carnet de santé comme source d'information.

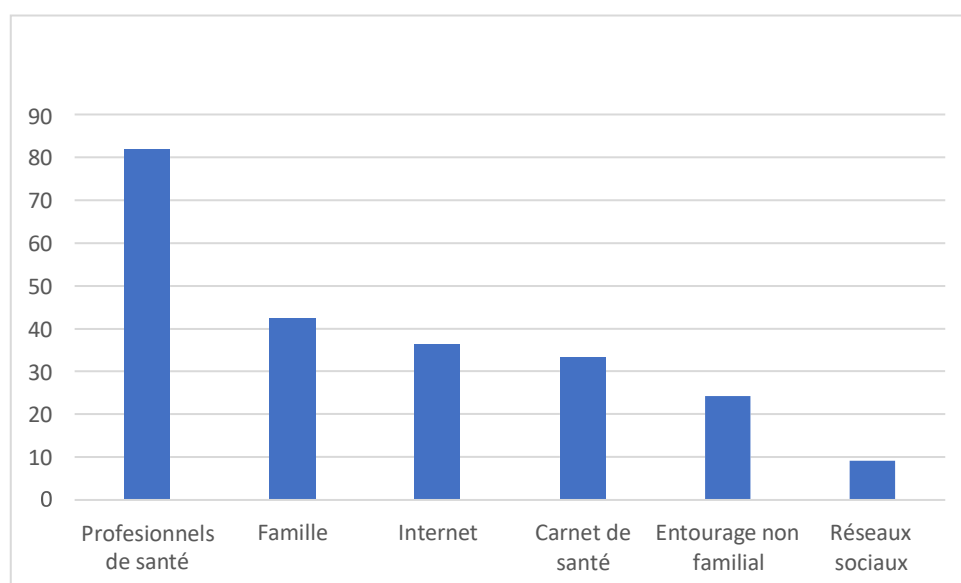


Figure III - Sources d'information parentales sur la fièvre de l'enfant

Internet représentait la 3^{ème} source d'information citée par les parents (36%), et la seule source d'information pour deux d'entre eux (6%). Les sites consultés sont, par ordre décroissant de fréquence : Doctissimo (25%), 1000 premiers jours et Padiadoc (8%).

Trois parents se renseignaient sur les réseaux sociaux, et citaient « To be or not toubib » et « Facebook ».

Tableau 6 - Internet et les réseaux sociaux comme sources d'information parentales sur la fièvre de l'enfant

	Effectif	%
Internet	12	36,4
<i>Padiadoc</i>	1	8
<i>1000 premiers jours</i>	1	8
<i>Doctissimo</i>	3	25
<i>Multiples sites</i>	2	17
Réseaux sociaux	3	9,1
<i>Facebook</i>	1	33
<i>To be or not toubib</i>	2	67

4.2 INTERET SUR LA CREATION DE NOUVEAUX SUPPORTS D'INFORMATION SUR LA FIEVRE DE L'ENFANT

Ils étaient 85% à être intéressés par la création d'outils d'éducation thérapeutique sur la fièvre de l'enfant ; parmi eux, la vidéo et l'application mobile étaient les plus susceptibles de les intéresser (cités respectivement par 61% et 55% des parents), suivis du support papier (42%).

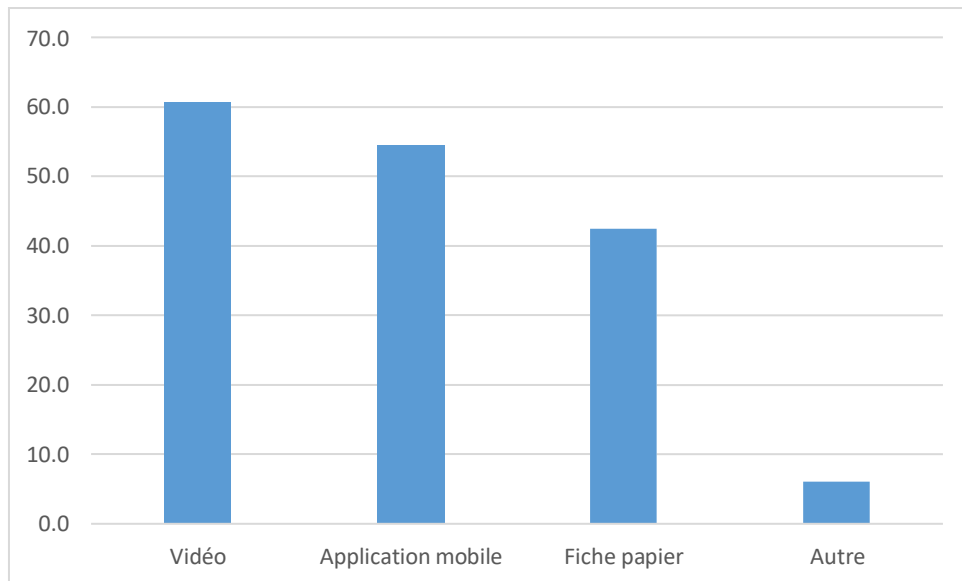


Figure IV - Supports d'information sur la fièvre de l'enfant souhaités par les parents

Concernant les moyens proposés pour diffuser des vidéos, un QR code ou un lien internet disponibles sur une fiche remise en consultation ou sur le carnet de santé étaient les plus plébiscités (67% des répondants).

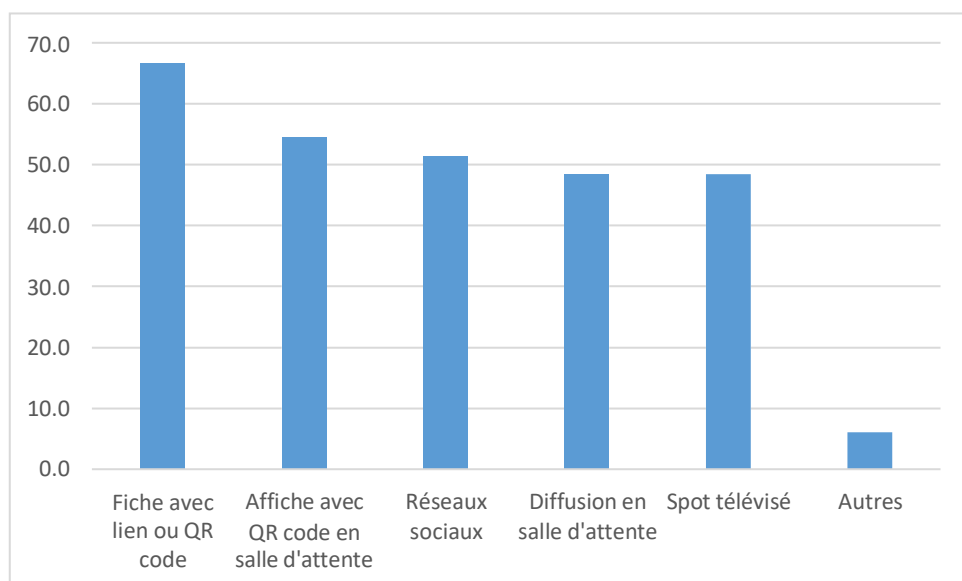


Figure V- Mode de diffusion des vidéos souhaités par les parents

Enfin, ils étaient 82% à souhaiter que la fièvre soit abordée lors de consultations de suivi, au même titre que les sujets classiquement abordés tels que la vaccination, la croissance, le sommeil ou l'alimentation.

4.3 INTERET DU SUPPORT VIDEO COMME OUTIL D'EDUCATION EN SANTE DE L'ENFANT

Quatre-vingt-onze pourcents des parents déclaraient être intéressés par la création de vidéos portant sur d'autres thématiques en santé de l'enfant. Ces dernières sont résumées dans la Figure VI. Six pourcents des parents (n=2) évoquaient les plaies de l'enfant et l'empoisonnement.

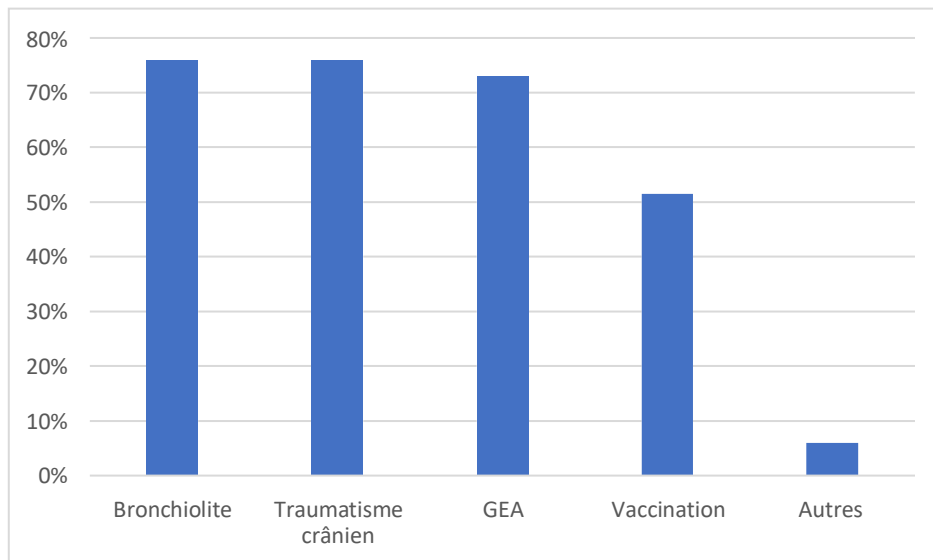


Figure VI – Thématiques en santé de l'enfant éligibles à la création de supports vidéo

5 - CONNAISSANCES ET HABITUDES PARENTALES FACE A LA FIEVRE DE L'ENFANT

5.1 REPERAGE DE LA FIEVRE PAR LES PARENTS.

Les données sont résumées dans le Tableau 7.

Moins de la moitié des parents (49%) définissait la fièvre comme étant une température corporelle égale à 38°C ; 21% la définissaient en dessous de cette valeur tandis que 31% la définissaient au-dessus.

La méthode privilégiée pour le repérage de la fièvre était le thermomètre (85% ; IC95% [73–97]) ; le recours au thermomètre électronique était majoritaire (72% ; IC95% [58-88]), la voie axillaire était alors privilégiée (71% ; IC95% [53-89]) 15,2% des parents de notre échantillon privilégie encore la méthode du toucher pour repérer la fièvre. Il ne leur était pas demandé s'ils confirmaient leur impression de fièvre avec une mesure objective par un thermomètre.

Tableau 7 – Repérage de la fièvre par les parents

	Effectif	%	IC95%
Seuil de définition de la fièvre			
38°C	16	48	31,4 - 65,5
< 38°C	7	21	7,3 - 35,2
> 38°C	10	31	12,9 - 47,7
Méthode de mesure privilégiée			
Thermomètre	28	85	72,6 - 97
Toucher	5	15	2,9 - 27,4
Thermomètre et voie privilégiés			
Th. électronique	24	72	57,5 - 87,9
- voie axillaire	17	71	52,6 - 89
- voie rectale	7	29	8,8 – 49,6
Th.frontal	8	24	9,6 - 38,9
Th. auriculaire	1	4	1 - 8,9

Th = thermomètre

5.2 MESURES THERAPEUTIQUES ENTREPRISES PAR LES PARENTS.

Les données sont résumées dans le Tableau 8.

5.2.1 TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

L'inconfort de l'enfant était le premier motif cité comme recours à un traitement médicamenteux (79% ; IC95 [65-93]), suivi de l'intensité de la fièvre (58% ; IC95[41-74]). 24% des parents ont recours à un traitement médicamenteux sur la seule présence de la fièvre, 9% sur ce seul motif.

L'utilisation de paracétamol est largement privilégiée (94% ; IC[86-100]), la voie orale étant la voie d'administration majoritaire (88% ; IC98[77-99]).

5.2.2 TRAITEMENT NON MEDICAMENTEUX

Concernant les mesures validées, tous les parents ont eu recours à au moins l'une d'entre elles. La plus appliquée était l'hydratation (91% ; IC95[81-100]), suivi du déshabillage (85% ; IC95% [73-97]) et de l'aération de la pièce(33% ; IC95[17-49]).

Ils étaient 85 % à n'appliquer que des mesures recommandées et 12% (IC95% [1-23]) à appliquer les quatre à la fois.

En revanche, 18% ont encore recours au bain froid ou l'application de linge humide.

Un parent cite l'utilisation de ventilateur à proximité du lit de son enfant.

Tableau 8 – Mesures thérapeutiques parentales

	Effectif	%	IC95%
Traitement médicamenteux			
Médicament et voie d'administration privilégiés			
Paracétamol	31	94	86 - 100
<i>Voie orale</i>	29	88	77 - 99
<i>Voie rectale</i>	4	12	1 - 23,3
AINS	1	3,0	1 - 9
Alternance paracétamol – AINS	0	0	0 – 0
Pas de médicament	1	3,0	1 – 9
Critères d'administration			
Inconfort de l'enfant	26	79	65 - 93
Présence de la fièvre	8	24	10 – 39
Intensité de la fièvre	19	58	41 - 74
Autre	1	3,0	1 – 9
Traitement non médicamenteux			
Hydratation régulière	30	91	81 - 100
Déshabillage	28	85	73 - 97
Aération de la pièce de vie	11	33	17 – 49
Maintient température 19°C	9	27	12 – 42
Bain froid/linge humide	6	18	5 – 31
Autre	1	3	1 – 9
<i>Au moins 1 mesure conseillée</i>	33	100	100 - 100
<i>Au moins 2 mesures conseillées</i>	27	82	73 – 97
<i>Au moins 3 mesures conseillées</i>	13	39	23 - 56
<i>Au moins 4 mesures conseillées</i>	4	12	1 - 23
<i>Uniquement les 4 mesures conseillées</i>	4	12	1 - 23
<i>Au moins 1 mesure déconseillée</i>	6	18	5 - 31

5.3 ANGOISSE PARENTALE ET EVALUATION DE LA GRAVITE

La fièvre était source d'inquiétude pour 79% des parents interrogés.

Tableau 9.1 – Angoisse parentale liée à la fièvre

	Effectif	%	IC95%
Source d'inquiétude			
Tout à fait d'accord + d'accord	26	79	64,8 - 92,7
Pas du tout d'accord + pas d'accord	6	18	5 - 31,3
Sans opinion	1	3	1 - 8,9

Concernant l'évaluation parentale de la gravité, le retentissement de la fièvre (comportement, hydratation, alimentation) et la durée sont les deux critères les plus fréquemment cités par les parents, respectivement 88% (IC95[77-99]) et 85% (IC95[73-97]), suivi de la présence de signe évocateur d'IBS (70% ; IC96[54-85]). Ils ne sont en revanche que 18% à ne citer que ces 3 critères (IC95[5-31]).

Prêt de la moitié des parents estimaient que l'intensité de la fièvre (49% ; IC95[31-66]) et l'absence d'apyrexie (46% ; IC95[28-62]) étaient des critères de gravité.

Tableau 9.2 – Evaluation de la gravité de l'enfant fébrile par les parents

	Effectif	%	IC95%
Critères de gravité			
Retentissement	29	88	76,7 - 99
Signe d'IBS	23	70	54 - 85,4
Durée	28	85	72,6 - 97
Intensité	16	49	31,4 - 65,5
Absence d'apyrexie malgré antipyrétique	15	46	28,5 - 62,4
Autre	0	0	0 - 0

5.4 ATTENTE PARENTALE LORS D'UNE CONSULTATION

Elles sont résumées dans le Tableau 10.

Les principales attentes parentales lors d'une consultation étaient l'obtention d'un diagnostic (79% ; IC95[65-93]) ainsi que de la réassurance (64% ; IC95[47-80]).

Tableau 10 – Attentes parentales d'une consultation pour fièvre de l'enfant

	Effectif	%	IC95%
Attentes parentales			
Réassurance	21	64	47 - 80
Diagnostic	26	79	65 - 93
Traitement	8	24	10 - 39
Consigne de reconsultation	13	39	23 - 56
Autre	0	0	0 - 0

5.5 COMMENTAIRES LIBRES FINAUX

Parent n°3 : « *Il n'y a pas que des médecins mais aussi d'autres soignants qui peuvent accompagner* ».

Parent n°6 : « *Il est important d'informer les papas qui souvent ne sont pas présent à la consultation et qui s'inquiète plus et mettent une certaine pression pour consulter une énièmes fois !!! Merci* ».

Parent n°9 : « *Compte tenu des difficultés actuelles d'accès aux consultations d'urgences chez le médecin généraliste, il me paraît essentiel de développer les outils accessibles et rapidement applicables (arbres décisionnels/ applications) pour être en capacité rapide d'identifier le degré d'urgence. Merci pour votre travail* ».

Parent n°24 : « *Professionnel paramédical. Vidéo adapté au tout public* ».

6 - COHERENCE INTERNE ET LISIBILITE DU QUESTIONNAIRE.

La lisibilité (facilité de lecture) du questionnaire a été estimée à un niveau 3^{èm} (collège) par le calcul du score de Flesch-Kincaid.

La cohérence interne des questions a été calculé pour les questions 2 à 6 évaluant la police et l'iconographie d'une part et pour les questions 10 à 13 évaluant la compréhensibilité des informations et l'apport de connaissance d'autre part, les scores étaient de 0,8735 et 0,7891 respectivement.

Cette étude visait à évaluer la satisfaction parentale liée à l'utilisation de deux vidéos d'information originales sur la fièvre de l'enfant, et leur impact potentiel. La satisfaction globale était très positive, tant sur la forme que sur le fond puisqu'iconographie et bande sonore étaient appréciées par 91% et 73% des parents respectivement, et qu'ils étaient 94% à juger le contenu clair, précis et compréhensible. Concernant l'acquisition de nouvelles connaissances, ils étaient 70% à déclarer avoir appris de nouvelles choses ; le principal changement de pratique potentiel rapporté par les parents était le recours au système de soin, par une consultation médicale moins systématique et/ou moins précoce.

La satisfaction des parents sur la forme, au-delà de la sensibilité « esthétique » propre à chaque individu, peut s'expliquer en partie par les deux principaux critères sur lesquels se sont fait la sélection de l'iconographie : sa simplicité, ainsi que sa capacité à bien illustrer les situations où elle est employée. Concernant la représentation des parents et leurs enfants, il a été décidé d'en mettre en scène plusieurs, afin d'illustrer la diversité des familles d'aujourd'hui et ce dans un souci d'identification des parents aux situations. L'utilisation de voix-off pour illustrer les messages délivrés s'est justifiée par la nécessité d'accessibilité au plus grand nombre de parents, notamment ceux rencontrant des difficultés de lecture. La bande sonore a été voulue discrète, positive et rassurante, à l'image de la teneur globale souhaitée pour les vidéos. Tous ces choix ont pu concourir à l'appréciation esthétique globale des vidéos, dont on peut imaginer qu'elle participe à leur attractivité.

La satisfaction globale des parents est également majoritairement positive concernant le contenu des vidéos. Comme énoncé dans la section « Matériel et Méthode », les informations délivrées dans les vidéos étaient directement issues de la version finale d'une fiche d'information à destination des parents sur la fièvre de l'enfant. Cette dernière avait fait l'objet de deux travaux de thèse, l'un portant sur sa validation par les parents (97% des parents l'avaient jugée compréhensible, et 89% suffisamment précise (30)), l'autre par un panel de médecins généralistes et pédiatres (avec l'obtention d'un consensus sur l'ensemble des informations délivrées). Ce double filtre, parental et médical, a donc très probablement

participé aux bons résultats en termes de compréhensibilité, précision des informations délivrées, et cohérence avec les attentes parentales.

Cette satisfaction globale de l'outil, tant sur la forme que sur le fond, peut en partie expliquer l'intention qu'ils ont d'utiliser à nouveau les vidéos en cas de fièvre chez leur enfant (ils étaient 73% à le déclarer), et que 88% d'entre eux les conseilleraient à leur entourage. De même, elle explique sûrement l'intérêt qu'ils ont à voir son utilisation généralisée à d'autres domaines de santé de l'enfant (91%).

Il faut néanmoins admettre la subjectivité de notre critère de jugement qu'était la « satisfaction parentale » ; c'est une notion large, dépendante de plusieurs paramètres ; elle n'est ici évaluée qu'en termes d'appréciation esthétique, et sur différents aspects du contenu (clarté, précision, pertinence). La facilité d'accès et d'utilisation n'ont par exemple pas été interrogées, alors qu'on peut imaginer qu'elles participent à la satisfaction liée à leur utilisation. Cependant nous avons noté une bonne cohérence interne avec des score alpha aux alentours de 0,8 pour les questions concernant la satisfaction parentale sur le fond et la forme.

L'impact des vidéos sur les connaissances parentales, leur angoisse et le changement de comportement (traitement de leur enfant, recours au système de soins) n'était pas l'objet principal de notre étude mais a été abordé. Parmi les répondants, 67% des parents déclaraient avoir « appris de nouvelles choses » sur la fièvre de l'enfant. Les catégories d'apprentissages le plus citées sont les signes devant mener à reconsulter (69,6%), la méthode de mesure (43,5%) et le traitement de l'inconfort (39%). Ce ressenti est corroboré par la qualification libre des vidéos en fin de questionnaire, puisque les adjectifs majoritairement utilisés appartiennent au champ lexical de l'apprentissage (« pédagogique », « très pédagogique », « instructif »). L'impact de la vidéo sur les connaissances parentales est le critère le mieux évalué dans la littérature. Les résultats sont tous concordants concernant l'augmentation des connaissances parentales comparé à une information orale ou un support papier seul (23,25,26,31). Plusieurs travaux en psychologie mettent en évidence le rôle bénéfique de l'association de l'image aux mots pour la compréhension et la mémorisation d'une information (32).

De plus, plusieurs travaux ont démontré qu'utiliser des supports de différentes natures pour véhiculer une même information en optimisait la mémorisation (23). Le caractère purement déclaratif incite à nuancer ce résultat, de même qu'il ne prédit par leur persistance dans le temps.

Deux-tiers des parents déclaraient que ces vidéos pourraient diminuer leur inquiétude en cas de fièvre chez leur enfant. Il nous est impossible de comparer ce résultat avec ceux de la littérature, faute de données, l'effet de l'outil vidéo sur l'angoisse parentale étant un critère non étudié. On peut formuler comme hypothèse que les messages généraux délivrés dans la vidéo (caractère bénin, exceptionnellement liée à une infection sévère, évolution spontanément favorable) participent en partie à déconstruire le mythe de la « fièvre- maladie ». Aussi, l'acquisition de nouvelles connaissances peut augmenter le sentiment de « compétence parentale » et donc indirectement participer à la diminution de l'anxiété. Ce résultat est lui aussi à nuancer par son caractère déclaratif et hypothétique.

De la même manière, si l'impact des vidéos sur les comportements parentaux n'était pas non plus l'objet principal de notre étude, ils étaient 70% à déclarer que le visionnage n'aurait pas changé leur façon de faire. La formulation était trop vague pour évaluer précisément les changements de comportement (modification dans la manière de repérer la fièvre, traiter l'inconfort, recours différent au système de soin ?). Les quelques parents (30%) évoquant une modification de leur comportement mettent surtout en avant le recours au médecin, qui n'aurait pas été aussi systématique et précoce. Les résultats de la littérature sur l'impact de l'usage de vidéos sur les reconsultations sont discordants et ne permettent pas de conclure à l'efficacité des vidéos sur ce point (25,28).

Dans notre travail, les soignants étaient la première source d'information citée par les parents, en accord avec les résultats trouvés dans la littérature (14,33). Ce constat les oblige à un haut niveau de connaissance afin qu'ils puissent leur délivrer des informations valides et cohérentes. Or, plusieurs études montrent que les méconnaissances sur la fièvre de l'enfant en concernent un nombre non négligeable. Ainsi, dans une grande étude nationale s'intéressant aux connaissances et pratiques de plus de 1500 professionnels de santé en France (médecins généralistes, pédiatres et pharmaciens), ils étaient encore 11% à prescrire

de l'ibuprofène en première intention, 17% à prescrire le paracétamol sous forme de suppositoire. Ils étaient 40% à justifier la prescription de traitement médicamenteux à visée antipyrétique seule. Le bain froid était recommandé par 13% d'entre eux, alors qu'ils n'étaient que 57% à conseiller au moins l'une des 3 mesures physiques, et que la recommandation simultanée des trois ne concernait plus que 7% d'entre eux. Ces méconnaissances concernent également la simple définition de la fièvre (la proportion varie selon les études, entre 30 et 50% environ (34,35)) et ses conséquences alléguées (convulsion fébriles, séquelles neurologiques) (11). De même, la phobie de la fièvre n'est pas l'apanage des parents mais existe également chez les soignants (16). Ces méconnaissances et phobie de la fièvre des soignants, dont le rôle est pourtant primordial dans l'information aux parents est préjudiciable et peut participer à la confusion des parents par l'exposition à des informations contradictoires (36).

La deuxième partie du questionnaire évaluait les connaissances et comportements des parents sur 3 critères : le repérage de la fièvre, leur attitude dans le traitement de leur enfant, (médicamenteux et non médicamenteux) et leur perception de la gravité. Ils étaient globalement satisfaisants concernant la méthode de mesure de la fièvre (thermomètre électronique, par voie axillaire ou rectale) ainsi que le choix du traitement antipyrétique et son mode d'administration privilégié (monothérapie de paracétamol par voie orale). Une large majorité justifiait le recours à un traitement médicamenteux par l'inconfort de leur enfant. En revanche, ils n'étaient que 50% à bien définir la valeur seuil de la fièvre. Le recours au traitement médicamenteux était justifié par une large majorité d'entre eux par l'intensité de la fièvre, et sur sa seule présence pour 20% d'entre eux. Ces données sont le reflet de la phobie de la fièvre parentale, et la stratégie d'obtention à tout prix de l'apyrexie qui en découle. Ce recours quasiment systématique au traitement médicamenteux, souvent initié sur la seule présence de la fièvre est retrouvé dans la littérature (11,14). Concernant les traitements non-médicamenteux, ceux-ci étaient bien maîtrisés par les parents répondants. Cependant, le recours au bain froid, bien que minoritaire, était cité dans les mesures. Nos résultats concordent ici aussi avec ceux de la littérature (11,15). Dans une grande étude observationnelle française, 78% des parents hydrataient leur enfant, 62% le déshabillaient et 27% diminuaient la température de leur pièce ; ils étaient 15% à appliquer les 3 mesures validées, ils sont 12% dans notre panel (14).

Notre étude comporte plusieurs limites. Malgré un large réseau de diffusion, qui impliquait l'ensemble des intervenants susceptibles d'être sollicités par les parents en cas de fièvre de leur enfant, et une période de diffusion de 4 mois, le nombre de retours de questionnaires est relativement faible. Considérant le nombre de scans (n=186), on peut estimer que le taux moyen de réponse parental (nombre de réponses sur nombre de scans total) était de 18%. Ce chiffre était probablement légèrement sous-estimé dans la mesure où le nombre de scans inclu ceux réalisés par des personnes qui n'avaient pas vocation à remplir le questionnaire (diffuseurs). De même, l'importance relative du nombre de visionnages des vidéos (180 et 123 fois) par rapport au nombre de questionnaires récoltés s'explique par le fait qu'il inclut également le visionnage des diffuseurs, et ne distingue pas les visionnages uniques de ceux répétés pas une même personne. Ce faible taux de participation peut s'expliquer par différents facteurs : la période de recueil principalement estivale (2/3 du temps de recueil) qui implique une moindre activité des structures impliquées dans la diffusion du questionnaire, le mode de diffusion qui impliquait une multiplicité d'intervenants, exposant à un risque de perte d'information et/ou motivation. Enfin, le temps dédié au visionnage des vidéos ainsi qu'au remplissage du questionnaire estimé entre 13 et 15 minutes imposait une disponibilité parentale non négligeable. Ce faible effectif de participants tend à nuancer les résultats obtenus, notamment en termes de représentativité, bien que la plupart soient cohérents avec les données de la littérature. Cela ne nous a pas permis de réaliser d'analyses statistiques complémentaires (corrélation entre niveau d'éducation et connaissances parentales notamment) aux vues de la non-significativité attendue des résultats. Le haut niveau d'éducation des parents de notre panel, que l'on peut imaginer en lien avec un biais de recrutement, peut expliquer le niveau de connaissance relativement élevé constaté. Mais cette forte représentation de catégories socio-professionnelle élevées nous alerte aussi sur le risque d'exclusion d'une partie de la population en cas d'usage seul du support vidéo, et incite donc à varier les outils de diffusion. L'utilisation d'une échelle de Lickert expose également à un biais d'acquiescement : ce biais cognitif est lié au fait que la plupart des répondants ont plus tendance à approuver qu'à contester une phrase déclarative. L'un des moyens de le limiter aurait été l'alternance de formulations positives et négatives (elles étaient toutes positives dans notre questionnaire). Aussi, l'échelle de Lickert est connue

pour générer un biais de désirabilité social, qui a pu biaiser certains de nos résultats. Enfin, la libre participation au questionnaire entraîne un biais de sélection en ne recrutant que des parents intéressés, donc peut-être moins informés sur le sujet, ayant pu biaiser les réponses portant sur leurs connaissances et/ou sur l'intérêt qu'ils portent sur de nouveaux outils pédagogiques.

VI - CONCLUSION

Ce travail de thèse consistait en la création et l'évaluation de vidéos d'animation sur la fièvre de l'enfant, ainsi qu'à son évaluation en termes de satisfaction auprès de parents. Si le faible effectif de réponse nous invite à la prudence quant à la généralisation des résultats, les avis des parents répondants étaient globalement très positifs sur la forme et le contenu, et une majorité déclarait avoir appris de nouvelles choses.

L'objectif de la démarche d'éducation thérapeutique globale vise à changer les comportements parentaux, à savoir améliorer la prise en charge de leur enfant (meilleure gestion des traitements médicamenteux et non médicamenteux) et leur utilisation du système de soin ; on peut alors s'interroger sur l'efficacité de cette approche pédagogique qu'est « l'information en santé ». Il est probable que de meilleures connaissances sont nécessaires mais insuffisantes pour assurer une compétence et initier un changement de comportement. On peut également émettre l'hypothèse que l'expérience personnelle ou l'expérience partagée avec d'autres parents peuvent influencer sur le comportement.

Les perspectives de ce travail sont de diffuser les vidéos via différents réseaux professionnels et associations de parents notamment via le réseau régional Rés'o'Pédia qui regroupe des professionnels et des usagers concernés par la santé globale de l'enfant. La gestion de la fièvre de l'enfant et plus généralement les réponses aux affections courantes de l'enfance pourraient faire l'objet de thématiques échangées au cours de groupes de soutien à la parentalité qui se développent actuellement.

Annexe A : Liens internet vers les vidéos d'animations

Vidéo « Fièvre de l'enfant : les bons réflexes – Partie 1 » : <https://youtu.be/8ehodqoZ2B4>



Vidéo « Fièvre de l'enfant : les bons réflexes – Partie 2 » : <https://youtu.be/elp7zIqN3E8>



Annexe B : Fiche conseil à destination des parents sur la fièvre de l'enfant issue du travail de thèse du Dr EMOND (Nantes Université – 2021)

Madame, Monsieur,

Votre enfant présente de la **fièvre**, la consultation de ce jour est rassurante, raison pour laquelle vous pouvez rentrer à domicile.

Cependant, il va falloir continuer à le **surveiller**. Voici des conseils qui vont vous aider. Ces consignes concernent uniquement les enfants âgés de plus de 3 mois.

Quelques informations concernant la fièvre :

Votre enfant a de la fièvre si la température est **supérieure à 38°C**.
La prise de température se réalise sur un enfant déshabillé.



+0.5°C

La méthode la plus fiable est en **prise axillaire** (sous l'aisselle) **en rajoutant 0,5°C** au chiffre affiché, ou **prise rectale** (dans les fesses) sans rien ajouter au chiffre affiché.

La prise axillaire est à privilégier,

car une prise répétée en rectale est à risque de traumatisme ou d'irritation.



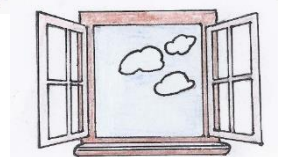
La fièvre n'est pas dangereuse, mais la maladie qui la provoque peut parfois l'être :

La fièvre est un phénomène normal **et utile** face à une infection. Le plus souvent, la fièvre est une réponse à une maladie virale qui guérit seule. Cependant elle est parfois due à une bactérie (infection pulmonaire, urinaire, etc...) et dans ce cas des antibiotiques sont nécessaires.

La maladie responsable peut se révéler après cette consultation, c'est pour cela que vous devez continuer à surveiller votre enfant, et prendre sa température au moins 2 fois par jour jusqu'à la disparition de la fièvre. Mesurez- la avant de donner du paracétamol.

Les bons gestes à adopter en cas de fièvre (température supérieure à 38°C) :

- Découvrez-le davantage (le mettre en body/couche)
- Proposez-lui à boire plus souvent
- Aérez régulièrement la pièce où il dort/vit
- Ne surchauffez pas la chambre (T° idéale 18-20°C)
- Ne pas lui donner un bain froid ou frais



Une fièvre élevée n'est pas forcément un signe de gravité, le plus important c'est le comportement ou le confort de l'enfant.

- ❑ Si votre enfant est grincheux, grognon, s'il semble douloureux ou pleure beaucoup, donnez-lui du paracétamol (en fonction de son poids) **sans dépasser 4 doses par 24h**. Les administrations doivent être **espacées de 4 à 6h**. Favorisez la voie orale (par la bouche) si possible, car celle-ci est plus efficace.
- ❑ Si votre enfant vous paraît confortable, comme d'habitude, ou s'il est juste un peu plus fatigué que d'habitude, le paracétamol n'est pas utile.
- ❑ **NE DONNEZ PAS d'anti-inflammatoire (ibuprofène)** à votre enfant sans prescription médicale.

VOICI LES SIGNES A SURVEILLER ET LES ACTIONS A REALISER EN CAS D'APPARITION DE CEUX-CI :



Ne répond pas, très difficile à réveiller, confus ou avec des cris/pleurs très faibles

Enfant mou, hypotonique, comme une poupée de chiffon
Enfant très pâle, bleu ou gris

Présente une gêne importante pour respirer ou fait des pauses respiratoires

Présente des tâches violacées ou rouges qui ne s'effacent pas en appuyant dessus

Présente des mouvements répétés/semble convulser

A des maux de têtes très intenses malgré le paracétamol ou est gêné par la lumière ou le bruit

Appeler le SAMU
(Tel :
15/112)



Ne réagit pas de façon habituelle, est très fatigué

Respire trop vite

Vomit à chaque prise alimentaire ou boisson

Diarrhées importantes (plus de 5 selles liquides par jour)

Ne boit pas, urine peu, n'a plus de larme ou a des couches sèches

Présente des épisodes de grands frissons, ou a les mains ou pieds bleus lors des montées de température

Une nouvelle consultation est à prévoir rapidement (dans les 6 heures) avec le médecin traitant, si impossible appelez le médecin de garde ou allez aux urgences



Aucun des signes cités ci-dessus

Est grognon, pleure mais reste consolable

Est plus fatigué mais continue à jouer

Mange moins mais continue à boire et manger en petite quantité

Suivez les conseils donnés sur cette feuille et continuez de surveiller votre enfant

Si la fièvre persiste, ou si de nouveaux signes apparaissent, une nouvelle consultation pourra être programmée, dans les 48-72h, sur conseil de votre médecin traitant.

Annexe C : Classification Internationale type de l'Éducation

La Classification internationale type de l'éducation (ou Cite) est une nomenclature construite pour produire dans l'ensemble des pays des statistiques comparables sur l'enseignement et la formation. Elle a été conçue par l'Unesco au cours des années 1970, puis a été révisée en 1997 et en 2011.

En France, le niveau le plus agrégé de la CITE 2011 correspond aux niveaux suivants :

- Niveau 0 : enseignement pré-primaire
- Niveau 1 : enseignement primaire
- Niveau 2 : enseignement secondaire du 1er cycle (niveau collège, DNB)
- Niveau 3 : enseignement secondaire du 2nd cycle (CAP, Baccalauréat, etc.)
- Niveau 4 : enseignement post-secondaire non supérieur (capacité en droit, DAEU, etc.)
- Niveau 5 : enseignement supérieur de cycle court (BTS, etc.)
- Niveau 6 : enseignement supérieur de niveau licence ou équivalent
- Niveau 7 : enseignement supérieur de niveau master ou équivalent (y compris doctorat de santé)
- Niveau 8 : enseignement supérieur de niveau doctorat ou équivalent (hors doctorat de santé)

Annexe D : Questionnaire à destination des parents (google form).

"Fièvre de l'enfant : les bons réflexes !"

Bonjour,

Je suis médecin généraliste et réalise mon travail de thèse sur la fièvre de l'enfant . La fièvre de l'enfant inquiète beaucoup de parents et peut être une source de stress pour certains. Pourtant, elle est le plus souvent bénigne. Afin de vous aider à mieux comprendre la fièvre de votre enfant, à savoir quoi faire en cas de fièvre et quand aller voir un médecin, j'ai créé 2 vidéos avec l'aide d'autres collègues médecins (généraliste, pédiatres libéraux et du CHU de Nantes). Elles abordent sa définition, la bonne méthode de mesure, des conseils pour traiter l'inconfort de votre enfant ainsi que les signes devant vous mener à consulter. Votre avis sur ces vidéos est très important pour nous car il peut nous permettre de les améliorer ! Nous vous invitons donc à nous le donner en remplissant ce questionnaire. Il vise à la fois à recueillir vos habitudes et comportements face à la fièvre de votre enfant, votre avis sur la vidéo et, de manière plus générale, l'intérêt que vous portez à la création d'outils d'éducation thérapeutique en Santé de l'Enfant. Chacune des vidéos dure environ 5 minutes, répondre au questionnaire vous prendra moins de 5 minutes ! En participant à ce questionnaire, vous nous permettez donc d'améliorer ces vidéos afin qu'elles vous soient le plus utile possible !
Un grand merci pour votre participation !

APPERT Pablo

IMPORTANT : il vous faut répondre aux parties I et II AVANT de visionner les vidéos ; les liens vers les vidéos vous seront donc mis en début de partie III.

N'hésitez pas à partager le questionnaire et les vidéos autour de vous !

En cas de besoin, et pour toute question relative au questionnaire et/ou aux vidéos, n'hésitez pas à me joindre par mail (these.lesbonsreflexes@gmail.com)

Partie I : Caractéristiques socio-démographiques

1. Age de votre enfant (précisez si année ou mois)

*

2. Genre de votre enfant

*

Une seule réponse possible.

Garçon

Fille

3. Rang dans la fratrie

*

Une seule réponse possible.

1

2

3

4

5

6 ou plus

4. Vous êtes (une seule réponse possible)

*

Une seule réponse possible.

Sa mère

Son père

Vous répondez au questionnaire à deux parents

5. Niveau d'éducation de la mère

*

Une seule réponse possible.

Niveau 1 Enseignement primaire

Niveau 2 Enseignement secondaire 1er cycle (collège)

Niveau 3 Enseignement secondaire 2ème cycle (lycée)

Niveau 4 Niveau Bac

Niveau 5 Bac +2 (DEUG, BTS, DUT,...)

Niveau 6 Bac + 3 (Licence, licence professionnelle)

Niveau 7 et 8 Bac + 4 et plus (Maîtrise, Doctorat,...)

Pas de mère

6. Niveau d'éducation du père

*

Une seule réponse possible.

Niveau 1 Enseignement primaire

Niveau 2 Enseignement secondaire 1er cycle (collège)

Niveau 3 Enseignement secondaire 2ème cycle (lycée)

Niveau 4 Niveau Bac

Niveau 5 Bac +2 (DEUG, BTS, DUT,...)

Niveau 6 Bac + 3 (Licence, licence professionnelle)

Niveau 7 et 8 Bac + 4 et plus (Master, Doctorat,...)

Pas de père

7. Département de résidence :

*

Une seule réponse possible.

Loire-Atlantique (44)

Vendée (85)

Autre :

8. Dans quel contexte vous a t-on remis cette vidéo ?

*

Une seule réponse possible.

Consultation de suivi au CHU

Consultation aux Urgences Pédiatriques du CHU

Consultation chez votre médecin généraliste

Consultation chez votre pédiatre

Remis par la crèche

Remis par la PMI

Bouche à oreille / transmis par une personne de votre entourage

Hospitalisation en Pédiatrie Générale au CHU

Hospitalisation en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée pédiatrique au CHU

Autre :

9. Si le questionnaire vous a été remis en consultation médicale, consultiez vous parce que votre enfant avait de la fièvre ?

*

Une seule réponse possible.

Oui

Non

La fiche ne m'a pas été remise en consultation

Partie II : Connaissances et habitudes parentales sur la fièvre de l'enfant

Cette partie vise à connaître vos habitudes lorsque votre enfant a de la fièvre ; il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse !

1. La fièvre est souvent source d'inquiétude pour vous

*

Une seule réponse possible.

Pas du tout d'accord

Pas d'accord

Sans opinion

D'accord

Tout à fait d'accord

2. Pour savoir si votre enfant a de la fièvre, vous utilisez principalement (une seule réponse possible) :

*

Une seule réponse possible.

La méthode du toucher (main ou bouche sur son front)

Un thermomètre

3. Si vous utilisez un thermomètre, vous privilégiez (une seule réponse possible) :

*

Une seule réponse possible.

Le thermomètre auriculaire (dans l'oreille)

Le thermomètre frontal "thermo-flash"

Le thermomètre électronique par voie rectale

Le thermomètre électronique par voie axillaire (sous le bras)

Autre :

4. Vous considérez que votre enfant a de la fièvre si sa température est supérieure ou égale à (une seule réponse possible) :

*

Une seule réponse possible.

37°

37,5°

37,8°C

38°C

38,3°

38,5°C

39°C

5. Selon vous, la gravité d'une fièvre est liée à (plusieurs réponses possibles) :

*

Plusieurs réponses possibles.

Son intensité (le chiffre de la température : plus il est haut, plus c'est grave)

Sa durée

Son retentissement sur le comportement de votre enfant (éveil, alimentation, hydratation)

La présence de symptômes pouvant évoquer une infection sévère comme une méningite (maux de tête très important, somnolence, vomissement ne s'arrêtant pas)

Le fait que la fièvre ne descende pas après le paracétamol (Doliprane®, Efferalgan®)

Autre :

6. Parmi les médicaments que vous lui donnez pour améliorer son confort, vous privilégiez (une seule réponse possible) :

*

Une seule réponse possible.

Le paracétamol

Un anti-inflammatoire (ibuprofène, nurofène, ADVIL, etc...)

Vous alternez les deux

Vous ne lui donnez pas de médicament

7. Concernant l'administration de paracétamol, vous privilégiez :

*

Une seule réponse possible.

La voie rectale (dans les fesses)

La voie orale (par la bouche)

8. Quel(s) critère(s) vous font administrer un des médicaments cités ci-dessus (plusieurs réponses possibles)

*

Plusieurs réponses possibles.

La seule présence de la fièvre

L'intensité de la fièvre (fièvre élevée)

L'inconfort de votre enfant (il semble douloureux, est très grognon)

Autre :

9. Parmi les méthodes non médicamenteuses ci-dessous, quelles sont celles que vous appliquez fréquemment ? (plusieurs réponses possibles)

*

Plusieurs réponses possibles.

Vous le découvrez

Vous aérez la pièce où il vit

Vous lui donnez un bain froid / appliquez un linge humide

Vous maintenez une température de 19-20° dans sa chambre

Vous lui proposez à boire régulièrement

Autre :

10. Lorsque vous consultez un médecin, vous cherchez d'abord (plusieurs réponses possibles)

*

Plusieurs réponses possibles.

Un diagnostic

Être rassuré(e)

Un traitement médicamenteux (antibiotiques, traitement symptomatique)

Des conseils pour savoir quand il vous faut consulter à nouveau
Autres :

Partie III : évaluation des vidéos

Vous pouvez à présent visualiser les 2 vidéos !

Cette partie vise à recueillir votre avis sur celles-ci, tant sur la forme que sur le fond.

Pour les visualiser : - Vidéo Fièvre de l'enfant : les bons réflexes ! Partie 1 :

<https://youtu.be/8ehodqoZ2B4> - Vidéo Fièvre de l'enfant : les bons réflexes ! Partie 2 :

<https://youtu.be/eIp7z1qN3E8>

Nb : chacune des questions porte sur les 2 vidéos à la fois

1. Avez-vous visionné les vidéos ?

*

Une seule réponse possible.

Oui, les 2

Oui, qu'une seule (Partie 1)

Oui, qu'une seule (Partie 2)

Non

2. Concernant la police d'écriture, vous la trouvez lisible :

*

Une seule réponse possible.

Pas du tout d'accord

Pas d'accord

Sans opinion

D'accord

Tout à fait d'accord

Commentaire libre concernant la police d'écriture

3. Concernant l'iconographie (personnages, objets, icônes), vous la trouvez adaptée :

*

Une seule réponse possible.

Pas du tout d'accord

Pas d'accord

Sans opinion

D'accord

Tout à fait d'accord

4. Concernant l'iconographie (personnages, objets, icônes), vous la trouvez nécessaire

*

Une seule réponse possible.

Pas du tout d'accord

Pas d'accord

Sans opinion

D'accord

Tout à fait d'accord

5. Concernant l'iconographie (personnages, objets, icônes), elle illustre bien les situations

*

Une seule réponse possible.

Pas du tout d'accord

Pas d'accord
Sans opinion
D'accord
Tout à fait d'accord

6. Concernant l'iconographie, vous pensez qu'elle peut vous aider à mémoriser les conseils donnés

*

Une seule réponse possible.

Pas du tout d'accord
Pas d'accord
Sans opinion
D'accord
Tout à fait d'accord

7. Toujours au sujet de l'iconographie, d'un point de vue esthétique global, vous donneriez une note de :

*

Une seule réponse possible.

Mauvaise 1 2 3 4 5 Très bonne

Commentaire libre concernant l'iconographie :

8. Concernant la bande sonore (musique de fond), vous la trouvez adaptée

*

Une seule réponse possible.

Pas du tout d'accord
Pas d'accord
Sans opinion
D'accord
Tout à fait d'accord

Commentaire libre concernant la bande sonore

9. Concernant les voix-off, vous trouvez la diction claire et compréhensible

*

Une seule réponse possible.

Pas du tout d'accord
Pas d'accord
Sans opinion
D'accord
Tout à fait d'accord

Commentaire libre concernant la voix-off

10. Concernant la durée de chacune des vidéos, vous la trouvez

*

Une seule réponse possible.

Trop longue

Trop courte
Satisfaisante

Commentaire libre concernant la durée des vidéos

11. Les informations contenues dans les vidéos sont claires et compréhensibles

*

Une seule réponse possible.

Pas du tout d'accord
Pas d'accord
Sans opinion
D'accord
Tout à fait d'accord

12. Les informations contenues dans les vidéos sont suffisamment précises

*

Une seule réponse possible.

Pas du tout d'accord
Pas d'accord
Sans opinion
D'accord
Tout à fait d'accord

13. Les informations données dans les vidéos correspondent à celles que vous attendez d'une consultation pour fièvre de l'enfant

*

Une seule réponse possible.

Pas du tout d'accord
Pas d'accord
Sans opinion
D'accord
Tout à fait d'accord
38.

Commentaire libre concernant les informations données dans les vidéos

14. Ces vidéos vous ont appris de nouvelles choses sur la fièvre de l'enfant

*

Une seule réponse possible.

Pas du tout d'accord
Pas d'accord
Sans opinion
D'accord
Tout à fait d'accord

15. Si d'accord ou tout à fait d'accord, la (les) quelle(s) ? (plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

Définition de la fièvre
Méthode de mesure
Traiter l'inconfort
Les signes devant vous amener à consulter
Autre :

16. A l'avenir, si votre enfant a de la fièvre, vous pensez mettre en application les conseils donnés dans les vidéos

*

Une seule réponse possible.

Pas du tout d'accord

Pas d'accord

Sans opinion

D'accord

Tout à fait d'accord

17. Si votre enfant a eu récemment de la fièvre, pensez-vous que ces vidéos auraient modifié votre façon de faire ?

*

Une seule réponse possible.

Oui

Non

43.

Si oui, comment ?

18. La visualisation de ces vidéos pourrait diminuer votre inquiétude en cas de fièvre chez votre enfant

*

Une seule réponse possible.

Pas du tout d'accord

Pas d'accord

Sans opinion

D'accord

Tout à fait d'accord

19. En cas de fièvre chez votre enfant, vous vous servirez à nouveau de ces vidéos

Une seule réponse possible.

Très peu probable

Peu probable

Sans opinion

Certainement

Très certainement

20. Vous conseillerez ces vidéos à votre entourage (amis, famille)

*

Une seule réponse possible.

Pas du tout d'accord

Pas d'accord

Sans opinion

D'accord

Tout à fait d'accord

21. Y a-t-il des choses que vous auriez souhaité voir apparaître dans les vidéos et que vous n'avez pas vu ?

*

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Si oui, la(les)quelle(s) ?

22. Si vous deviez choisir un seul adjectif pour qualifier ces vidéos, lequel serait-il ? (réponse libre)

Partie IV : outils d'éducation thérapeutique en Santé de l'Enfant

Cette dernière partie vise à évaluer l'intérêt que vous pouvez porter à la création de nouveaux outils d'éducation thérapeutique en Santé de l'Enfant

1. Vous vous estimez suffisamment informé(e) sur la fièvre de l'enfant

*

Une seule réponse possible.

Pas du tout d'accord

Pas d'accord

Sans opinion

D'accord

Tout à fait d'accord

2. Quelles sont vos sources d'informations concernant la fièvre de l'enfant(plusieurs réponses possibles) :

*

Plusieurs réponses possibles.

Discussion avec des professionnels de santé (médecin traitant/pédiatre, PMI,pharmacien.ne,
infirmier.es, puéricultrices)

Famille

Entourage non familial (amis, collègues, voisins)

Internet

Le carnet de santé

Réseaux sociaux

Si vous vous renseignez sur internet, quel site consultez-vous le plus souvent ?(écrire "non concerné(e)" si vous ne vous renseignez pas sur internet)

Si vous vous renseignez sur les réseaux sociaux, lequel consultez-vous le plus souvent ? (écrire "non concerné(e)" si vous ne vous renseignez pas sur les réseaux sociaux)

3. Il serait intéressant de créer de nouveaux supports d'information sur la fièvre de l'enfant (fiche conseil, vidéo, application mobile, ...)

*

Une seule réponse possible.

Pas du tout d'accord

Pas d'accord

Sans opinion

D'accord

Tout à fait d'accord

4. Parmi les supports possibles, le(s)quel(s) serai(en)t susceptible(s) de vous intéresser le plus ?

*

Plusieurs réponses possibles.

Fiche papier

Vidéo

Application mobile sur votre téléphone

Autre :

5. Selon vous, quel(s) serai(en)t le(s) meilleur(s) mode(s) de diffusion de ces vidéos ?

*

Plusieurs réponses possibles.

Lien internet/QR code disponible sur une fiche de conseil remis en consultation ou dans le carnet de santé

Spot télévisé

Réseaux sociaux

Diffusion en salle d'attente

Affiche avec QR code en salle d'attente

Autres :

6. Vous seriez intéressé(e) par d'autres vidéos traitant d'autres thématiques de santé de l'enfant

*

Une seule réponse possible.

Pas du tout d'accord

Pas d'accord

Sans opinion

D'accord

Tout à fait d'accord

Si oui, quels sujet(s) vous seraient le(s) plus utile(s) ?

Plusieurs réponses possibles.

Gastro-entérite aiguë

Traumatisme crânien

Bronchiolite

La vaccination

Autre :

7. Au même titre que la croissance, les vaccinations, le sommeil ou l'alimentation, la fièvre de l'enfant est un sujet que vous souhaiteriez voir aborder lors des consultations de suivi de votre enfant

*

Une seule réponse possible.

Pas du tout d'accord

Pas d'accord

Sans opinion

D'accord

Tout à fait d'accord

Commentaire libre final

Annexe E : Fiche d'information à destination des parents pour la diffusion du questionnaire et des vidéos.

« Fièvre de l'enfant : les bons réflexes ! »

Vidéos et questionnaire d'évaluation à destination des parents

Bonjour,

Je suis médecin généraliste et réalise mon travail de thèse sur la fièvre de l'enfant.

La fièvre de l'enfant inquiète beaucoup de parents et peut être une source de stress pour certains. Pourtant, elle est le plus souvent bénigne. Afin de vous aider à mieux comprendre la fièvre de votre enfant, à savoir quoi faire en cas de fièvre et quand aller voir un médecin, j'ai créé 2 vidéos avec l'aide d'autres collègues médecins (généraliste, pédiatres libéraux et du CHU de Nantes).

Elles abordent **sa définition**, la **bonne méthode de mesure**, des conseils pour **traiter l'inconfort de votre enfant** ainsi que **les signes devant vous mener à consulter**.

Votre avis sur ces vidéos est très important pour nous car il peut nous permettre de les améliorer. Nous vous invitons donc à nous le donner en remplissant ce questionnaire en ligne (google form).

Il vise à la fois à recueillir vos habitudes et comportements face à la fièvre de votre enfant, votre avis sur la vidéo et, de manière plus général, l'intérêt que vous portez à la création d'outils d'éducation thérapeutique en Santé de l'Enfant.

Chacune des vidéos dure environ 5 minutes, répondre au questionnaire vous prendra moins de 5 minutes !

*En participant à ce questionnaire, vous nous permettez donc d'améliorer ces vidéos **afin qu'elles vous soient le plus utiles possibles** !*

Un grand merci pour votre participation !

APPERT Pablo
Médecin Généraliste

Pour accéder au questionnaire et vidéos, flashez le QR-code ci-dessous :



Si vous ne pouvez pas lire le flash code, vous pouvez m'envoyer un mail (these.lesbonsreflexes@gmail.com) pour que je vous fasse parvenir le questionnaire et les vidéos !

Annexe F : Affiches de salle d'attente pour la diffusion du questionnaire et des vidéos (modèles médecine générale et crèche)

**Fièvre de l'enfant :
les bons réflexes !**

Participez à un questionnaire
d'évaluation de deux vidéos
d'animations sur la fièvre de l'enfant !*

Parlez-en à votre médecin !
ou
Flashez directement le QR code !



* dans le cadre d'un travail de thèse en médecine générale

POWTOON
FOR EDU

**Fièvre de l'enfant :
les bons réflexes !**

Participez à un questionnaire
d'évaluation de deux vidéos
d'animations sur la fièvre de l'enfant !*

Parlez-en au personnel de votre crèche
ou
Flashez directement le QR code !



* dans le cadre d'un travail de thèse en médecine générale

POWTOON
FOR EDU

Annexe G : Fiche d'information à destination des diffuseurs pour la diffusion du questionnaire et des vidéos (modèle médecine générale)

Bonjour,

Je suis médecin généraliste et réalise mon travail de thèse sur la fièvre de l'enfant.

Devant l'inquiétude qu'elle peut générer chez certains parents, de nombreuses fausses croyances et comportements parfois inappropriés dans la prise en charge de la fièvre de l'enfant (dont de nombreuses consultations non « pertinentes »), il est apparu la nécessité de créer des outils d'éducation thérapeutique à destination des parents.

Nous avons donc créé deux vidéos sur le sujet, abordant la définition de la fièvre, la bonne méthode de mesure, des conseils pour traiter l'inconfort de l'enfant ainsi que les signes de surveillance devant les amener à consulter.

Le travail de thèse consiste donc en la création de ces 2 vidéos et leur évaluation via un questionnaire (google form à remplir en ligne) qui vise à recueillir à la fois **les habitudes et comportements parentaux face à la fièvre de l'enfant**, ainsi **que leur avis sur la vidéo (forme et fond)** et, de manière plus générale, **l'intérêt qu'ils portent sur la création d'outils d'éducation thérapeutique en santé de l'enfant**.

Pour cela, j'ai créé **une affiche d'information** à afficher en salle d'attente ainsi qu'**une fiche d'explication** à destination des parents – sur les deux supports est inscrit un flash code qui les amène directement sur le questionnaire et les vidéos.

Vidéos et questionnaire sont diffusés via les 21 crèches de la Métropoles de Nantes, ainsi qu'en consultation et aux Urgences Pédiatriques du CHU.

Je vous sollicite pour participer à leur diffusion en médecine libérale (qui est le réseau privilégié pour la diffusion de ce genre de message !).

Deux possibilités :

- Vous pouvez imprimer l'affiche et la coller en salle d'attente, et en parler à tout parents consultants, quel que soit le motif de consultation (la vidéo cible les parents d'enfant de moins de 6 ans) ; l'impression de la fiche d'explication peut être facultative, dans la mesure où le contenu est résumé en début de questionnaire, mais peut vous servir de support pour expliquer le projet.
- Vous pouvez m'envoyer un mail (these.Lesbonsreflexes@gmail.com) avec les coordonnées de votre cabinet où je pourrais vous envoyer par voie postale/déposer directement au cabinet une affiche et les feuilles d'informations.

La fin du recueil est prévue au 31/08/2022, mais pourra être prolongé selon le nombre de retour.

Vous trouverez en pièce jointe de ce mail :

- La fiche d'explication à destination des parents
- L'affiche à afficher en salle d'attente
- Un lien vers le questionnaire et les vidéos

Au plus les retours seront nombreux, au plus nous serions en capacités d'améliorer les vidéos pour qu'elles leur soient le plus utile possible !

N'hésitez pas à en parler à vos éventuels remplaçant pour les vacances d'été !

Un grand merci pour votre participation à la diffusion de la vidéo et de son questionnaire !

APPERT Pablo
Médecin généraliste remplaçant

PS : la thèse n'a pas vocation à recueillir l'avis des médecins sur la vidéo (dont le contenu est issu d'une fiche sur laquelle plusieurs d'entre vous ont travaillé en collaboration avec pédiatres libéraux et du CHU), mais je suis tout à fait intéressé par d'éventuels retours informels (these.lesbonsreflees@gmail.com) !

Bibliographie

1. Définitions : fièvre - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 2 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/fi%C3%A8vre/33627>
2. Prise en charge de la fièvre chez l'enfant [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 2 sept 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2674284/fr/prise-en-charge-de-la-fievre-chez-l-enfant
3. Davis T. NICE guideline: feverish illness in children--assessment and initial management in children younger than 5 years. *Arch Dis Child Educ Pract Ed.* déc 2013;98(6):232-5.
4. Soszyński D. [The pathogenesis and the adaptive value of fever]. *Postepy Hig Med Dosw.* 2003;57(5):531-54.
5. Kluger MJ. Is fever beneficial? *Yale J Biol Med.* 1986;59(2):89-95.
6. Hasday JD, Fairchild KD, Shanholtz C. The role of fever in the infected host. *Microbes Infect.* déc 2000;2(15):1891-904.
7. Walter EJ, Hanna-Jumma S, Carraretto M, Forni L. The pathophysiological basis and consequences of fever. *Crit Care Lond Engl.* 14 juill 2016;20(1):200.
8. Launay E, Gras-Le Guen C, Martinot A, Assathiany R, Blanchais T, Mourdi N, et al. Suboptimal care in the initial management of children who died from severe bacterial infection: a population-based confidential inquiry. *Pediatr Crit Care Med J Soc Crit Care Med World Fed Pediatr Intensive Crit Care Soc.* juill 2010;11(4):469-74.
9. Corrad F, Copin C, Wollner A, Elbez A, Derkx V, Bechet S, et al. Sickness behavior in feverish children is independent of the severity of fever. An observational, multicenter study. *PLOS ONE.* 9 mars 2017;12(3):e0171670.
10. Walsh A, Edwards H. Management of childhood fever by parents: literature review: *Childhood fever.* *J Adv Nurs.* avr 2006;54(2):217-27.
11. Bertille N, Pons G, Khoshnood B, Fournier-Charrière E, Chalumeau M. Symptomatic Management of Fever in Children: A National Survey of Healthcare Professionals' Practices in France. *PloS One.* 2015;10(11):e0143230.
12. Kelly M, McCarthy S, O'Sullivan R, Shiely F, Larkin P, Brenner M, et al. Drivers for inappropriate fever management in children: a systematic review. *Int J Clin Pharm.* août 2016;38(4):761-70.
13. Schmitt BD. Fever phobia: misconceptions of parents about fevers. *Am J Dis Child* 1960. févr 1980;134(2):176-81.

14. Boivin JM, Weber F, Fay R, Monin P. Prise en charge de la fièvre de l'enfant: les connaissances et pratiques des parents sont-elles satisfaisantes? *Arch Pédiatrie*. avr 2007;14(4):322-9.
15. Bertille N, Fournier-Charrière E, Pons G, Chalumeau M. Managing fever in children: a national survey of parents' knowledge and practices in France. *PloS One*. 2013;8(12):e83469.
16. Teagle AR, Powell CVE. Is fever phobia driving inappropriate use of antipyretics? *Arch Dis Child*. juill 2014;99(7):701-2.
17. Panorama 2019 – FEDORU [Internet]. [cité 2 sept 2022]. Disponible sur: <https://fedoru.fr/fiche-publications/panorama-2019/>
18. OMG - Données [Internet]. [cité 11 sept 2022]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/donnees.php>
19. Stagnara J, Vermont J, Dürr F, Ferradji K, Mege L, Duquesne A, et al. [Parents' attitudes towards childhood fever. A cross-sectional survey in the Lyon metropolitan area (202 cases)]. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. 24 sept 2005;34(16 Pt 1):1129-36.
20. Crocetti M, Moghbeli N, Serwint J. Fever phobia revisited: have parental misconceptions about fever changed in 20 years? *Pediatrics*. juin 2001;107(6):1241-6.
21. Bertille N, Purssell E, Corrad F, Chiappini E, Chalumeau M. Fever phobia 35 years later: did we fail? *Acta Paediatr Oslo Nor* 1992. janv 2016;105(1):9-10.
22. Purssell E, Collin J. Fever phobia: The impact of time and mortality--a systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. avr 2016;56:81-9.
23. Arias D, Chen TF, Moles RJ. Educational interventions on fever management in children: A scoping review. *Nurs Open*. juill 2019;6(3):713-21.
24. de Bont EGPM, Loonen N, Hendrix DAS, Lepot JMM, Dinant GJ, Cals JWL. Childhood fever: a qualitative study on parents' expectations and experiences during general practice out-of-hours care consultations. *BMC Fam Pract*. 7 oct 2015;16:131.
25. Baker MD, Monroe KW, King WD, Sorrentino A, Glaeser PW. Effectiveness of Fever Education in a Pediatric Emergency Department: *Pediatr Emerg Care*. sept 2009;25(9):565-8.
26. Bloch SA, Bloch AJ. Using video discharge instructions as an adjunct to standard written instructions improved caregivers' understanding of their child's emergency department visit, plan, and follow-up: a randomized controlled trial. *Pediatr Emerg Care*. juin 2013;29(6):699-704.
27. Ismail S, McIntosh M, Kalynych C, Joseph M, Wylie T, Butterfield R, et al. Impact of Video Discharge Instructions for Pediatric Fever and Closed Head Injury from the Emergency Department. *J Emerg Med*. mars 2016;50(3):e177-183.

28. Robinson JS. The Impact of Fever Health Education on Clinic Utilization. Arch Pediatr Adolesc Med. 1 juin 1989;143(6):698.
29. Emond et al. Fièvre chez l'enfant, validation d'une fiche de surveillance standardisée pour les parents - Archive des Bibliothèques universitaires de Nantes [Internet]. [cité 11 sept 2022]. Disponible sur: <https://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show/show?id=962d1e77-8751-4f79-be0a-d35041d8d0d9>
30. Eloy S, Launay E, Gras-Le Guen C. Évaluation d'une fiche d'information et d'orientation sur la fièvre de l'enfant par des parents après passage aux urgences pédiatriques [Internet]. Nantes, France; 2021 [cité 11 sept 2022]. Disponible sur: <https://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show/show?id=52c50cea-6267-45ff-a449-5b7d4ab4d027>
31. Ismail S, McIntosh M, Kalynych C, Joseph M, Wylie T, Butterfield R, et al. Impact Of Video Discharge Instructions From the Emergency Department in Regard to Caregiver Understanding of Their Child's Fever and Closed Head Injury. Ann Emerg Med. 1 oct 2013;62(4):S17.
32. Mayer RE. The promise of multimedia learning: using the same instructional design methods across different media. Learn Instr. avr 2003;13(2):125-39.
33. Villarejo-Rodríguez MG, Rodríguez-Martín B. Parents' and primary caregivers' conceptualizations of fever in children: A systematic review of qualitative studies. Nurs Health Sci. juin 2020;22(2):162-70.
34. Raffaelli G, Orenti A, Gambino M, Peves Rios W, Bosis S, Bianchini S, et al. Fever and Pain Management in Childhood: Healthcare Providers' and Parents' Adherence to Current Recommendations. Int J Environ Res Public Health. 13 mai 2016;13(5):499.
35. Gaffney GR, Bereznicki LR, Bereznicki BJ. Knowledge, beliefs and management of childhood fever among nurses and other health professionals: A cross-sectional survey. Nurse Educ Today. févr 2021;97:104731.
36. Walsh A, Edwards H, Fraser J. Parents' childhood fever management: community survey and instrument development. J Adv Nurs. août 2008;63(4):376-88.

« Fièvre de l'enfant : les bons réflexes ! »**Création et évaluation de vidéos d'animation à destination des parents sur la fièvre de l'enfant**

RESUME

Introduction : La fièvre de l'enfant est un symptôme pédiatrique très fréquente, le plus souvent en lien avec une infection virale, bénigne, d'évolution spontanément favorable. Cela implique une prise en charge ambulatoire au sein de laquelle le rôle des parents est primordial. Ce besoin de compétence parentale contraste drastiquement avec l'angoisse que génère la fièvre, et l'état de leurs connaissances sur le sujet. La dispensation d'informations cohérentes, claires et validées peut passer par le recours à des vecteurs d'information ; parmi eux, le support vidéo est un outil demandé et apprécié par les parents. L'objectif principal de notre travail était la création de vidéos d'animations à destination des parents sur la fièvre de l'enfant, ainsi que l'évaluation de leur satisfaction. Les objectifs secondaires étaient l'évaluation des connaissances parentales sur le sujet, ainsi que de leur intérêt sur la création d'outils d'éducation en santé de l'enfant.

Matériel et méthode : Deux vidéos ont été réalisées avec un logiciel spécialisé dans la création de vidéos d'animation. Leur contenu est issu de d'une fiche d'information ayant fait l'objet de deux travaux de thèse précédents (Nantes Université). Elles abordent la définition de la fièvre, les méthodes de mesures, le traitement de l'inconfort ainsi que les signes devant mener à consulter. La vidéo a été évaluée auprès de parents via un questionnaire comprenant des questions concernant la vidéo sur la forme (l'iconographie, la police d'écriture et la bande sonore) et le fond (clarté de l'information, apport de nouvelles connaissances, utilisation potentielle). Des questions étaient également posées concernant leurs connaissances, pratiques habituelles et ressentis habituels devant un enfant fébrile. Les modalités de réponses étaient principalement des échelles de Lickert (de pas du tout d'accord à tout à fait d'accord) ainsi qu'une question ouverte de commentaire global. Vidéos et questionnaire ont été diffusés du Juin 2022 à Octobre 2022 via un réseau de médecins généralistes en Loire-Atlantique et Vendée, au CHU de Nantes, dans les PMI de Loire-Atlantique et les crèches de la métropole nantaise. Les analyses menées étaient descriptives.

Résultats : Parmi les 33 parents répondants, 85% étaient des mères et 36% avaient un niveau scolaire BAC+4. L'iconographie et la bande sonore étaient appréciées (tout à fait d'accord ou d'accord) par 91% et 73% des parents respectivement, et ils étaient 94% à juger le contenu clair, précis et compréhensible. Concernant l'acquisition de nouvelles connaissances, ils étaient 70% à déclarer avoir appris de nouvelles choses ; le principal changement de pratique potentiel rapporté par les parents était le recours au système de soin, par une consultation médicale moins systématique et/ou moins précoce. La majorité des parents connaissaient et appliquaient les recommandations de bonne pratique en cas de fièvre et 79% se disaient angoissés face à la fièvre de leur enfant.

Conclusion : L'outil vidéo issu de ce travail de thèse était apprécié par les parents, qui étaient une majorité à déclarer avoir acquis de nouvelles connaissances sur la fièvre de l'enfant. Bien que notre échantillon soit petit et avec un niveau d'éducation supérieur à celui de la population générale, les connaissances et pratiques concernant la fièvre étaient comparables à celles décrites dans la littérature. Une perspective d'utilisation serait la diffusion des vidéos via différents réseaux professionnels et association de parents concernés par la santé globale de l'enfant, sans négliger les autres supports d'information.

MOTS-CLES

Fièvre, enfant, vidéo, éducation à la santé