



UNIVERSITE DE LILLE  
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2018

# Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine

**La fièvre chez l'enfant :  
Les principaux messages à transmettre aux parents  
dans une vidéo d'éducation**

Présentée et soutenue publiquement le 19 avril 2018 à 18h  
au Pôle Recherche

**Par Cécile DENOEUDE**

---

## JURY

**Président :**

**Monsieur le Professeur Laurent STORME**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE**

**Monsieur le Docteur Nassir MESSAADI**

**Directeur de Thèse :**

**Madame le Docteur Isabelle BODEIN**

---

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

# Table des matières

INTRODUCTION .....	8
MÉTHODE.....	10
1. Objectifs du groupe nominal .....	10
2. Critères d'inclusion dans le groupe nominal .....	11
3. Composition du groupe nominal .....	12
4. Travail préliminaire .....	12
5. Déroulement du groupe de travail .....	13
6. Conception de la vidéo .....	15
7. Réalisation du support vidéo .....	16
RÉSULTATS .....	17
1. L'énoncé des propositions .....	17
2. Priorité .....	19
3. Popularité .....	20
4. Propositions retenues.....	21
5. Propositions finales .....	22
DISCUSSION .....	23
1. Le résultat principal et son implication majeure .....	23
2. Les forces et les faiblesses du travail .....	24
3. Limites de la méthode du groupe nominal .....	27
4. Interprétation des résultats .....	28
5. Comparaison avec d'autres travaux de recherche .....	32
6. Le support vidéo .....	35
7. Ouvertures.....	36
7.1 Évaluation de la vidéo auprès des parents.....	36
7.2 Vers une diffusion en cabinet de médecine libérale ? .....	37
CONCLUSION GENERALE .....	38
BIBLIOGRAPHIE .....	39
ANNEXES .....	45

# INTRODUCTION

La fièvre de l'enfant est un motif très fréquent de consultation aux urgences pédiatriques (1). Celle-ci ne nécessite souvent pas de consultation en urgence. Il s'agit dans la majorité des cas d'une infection virale bénigne de résolution spontanée (2) (3). Le traitement de première intention reste la prise en charge du symptôme fièvre par les parents eux-mêmes (4). Ces nombreuses consultations concernant la fièvre sont dues en partie à une méconnaissance des parents sur ce qu'est la fièvre, sur sa prise en charge et sur les critères devant les amener à consulter (5).

De nombreuses études soulignent l'importance de l'information et de l'éducation des parents concernant la fièvre (5). Une meilleure éducation pourrait permettre une réassurance des parents vis-à-vis du symptôme fièvre qui est souvent source d'angoisse et parfois de peurs infondées et ainsi améliorer leur autonomie dans sa prise en charge (6) (4). Une meilleure connaissance des critères de consultation permettrait également de limiter des recours aux soins inadaptés en termes de délai et de fréquence, et de désencombrer le système de soins (7) (8).

Pour transmettre au mieux ces informations et tenter d'optimiser la prise en charge de la fièvre au domicile, nous avons cherché à établir quel serait le vecteur d'informations le plus pertinent. Nous nous sommes alors tournés vers le support vidéo. En effet, nous avons constaté que la plupart des salles d'attentes des urgences pédiatriques disposent actuellement d'un écran sur lequel sont généralement diffusées des chaînes pour enfant. Nous avons alors envisagé d'optimiser le temps d'attente des parents en utilisant l'écran à disposition (1).

La diffusion d'une vidéo pédagogique avec des messages clés simples nous a semblé pertinente.

L'objectif principal de ce travail de thèse était de définir les principaux messages à transmettre aux parents dans une vidéo d'éducation sur la fièvre chez l'enfant.

Les objectifs secondaires étaient :

- l'utilisation de la méthode du groupe nominal — encore peu utilisée — comme méthode de consensus afin de définir ces principaux messages,
- la conception et la réalisation de la vidéo.

# MÉTHODE

## 1. Objectifs du groupe nominal

Afin de nous aider à la réalisation de notre vidéo d'éducation, nous nous sommes appuyés sur la recommandation HAS (Haute Autorité de Santé) nommée : « Élaborer une brochure d'information pour les patients ou les usagers » qui conseille de « Réunir un groupe de travail multidisciplinaire (professionnels, patients, usagers, etc.) afin de définir le contenu du document » (9) (10).

C'est pourquoi, pour définir au mieux les messages essentiels à faire passer aux parents, nous avons choisi de réaliser un groupe nominal composé de professionnels de santé (pédiatres, infirmière des urgences pédiatriques, internes, médecins généralistes) (11) (12).

Le groupe nominal est une méthode de recherche qualitative dont le but est de développer un consensus (13) (14). Il consiste à faire évoluer, quand c'est possible et démocratiquement, l'opinion des membres d'un groupe de travail vers un consensus de groupe (experts et/ou représentants du public), en résolvant les éventuels désaccords (15).

Il s'agit d'une approche systématique, structurée, incluant des procédures itératives, rapides, peu coûteuses, et donc très productives et économes en temps. Elle permet l'intégration de données empiriques ainsi que le jugement et les expériences du panel de participants (15).

La technique du groupe nominal a été créée par André Delbecq, professeur à l'université du Wisconsin, et Andrew Van de Ven, professeur à l'université de l'Ohio, en 1968 (16). C'est suite à une recherche menée dans le domaine de la psychométrie,

incluant 420 participants, que l'intérêt de la technique du groupe nominal a été établi dans les processus de prise de décision en groupe (17). Elle a ensuite été introduite dans le domaine de la santé publique au début des années 1970, comme un processus piloté destiné à préparer des enquêtes plus traditionnelles à partir de questionnaires ou d'entretiens. On note une utilisation croissante de cette méthode au cours des dernières décennies (18) (19) (20).

La méthode du groupe nominal a permis aux membres du groupe, dans un temps relativement court, de produire un grand nombre de suggestions, d'idées ou d'opinions. Ces suggestions ont ensuite été examinées et priorisées afin d'obtenir des propositions faisant consensus. Cette technique nous a donc permis de traiter une grande quantité de propositions avec ordre et clarté (16).

## **2. Critères d'inclusion dans le groupe nominal**

Le choix des participants étant déterminant pour la qualité des résultats, les participants devaient être considérés comme « experts » de la question à traiter (15). L'expertise était définie ici comme résultant de l'expérience du participant concernant la question à traiter (18). Il était essentiel que le groupe soit homogène, les participants étaient donc tous des professionnels de santé, travaillant actuellement ou ayant travaillé aux urgences pédiatriques, ou pratiquant de la pédiatrie en médecine de ville.

Le choix de l'animateur du groupe était également un paramètre essentiel. Celui-ci devait être capable de canaliser les échanges entre les participants afin de favoriser les interactions tout en évitant les effets de « dominance » de groupe (18).

### **3. Composition du groupe nominal**

Le groupe était composé de sept participants : une pédiatre exerçant en libéral, une pédiatre exerçant en hospitalier, un médecin généraliste exerçant en milieu semi-rural, un médecin généraliste exerçant en ville, une interne de médecine générale, une interne de pédiatrie et une infirmière exerçant aux urgences pédiatriques. Ils exercent tous dans un rayon maximal de 45 km autour de Lille (sur une zone allant de Lens à Seclin, en passant par la métropole lilloise).

L'animateur était un médecin généraliste, directeur du département de médecine générale, et capable d'intervenir afin de recadrer les échanges si nécessaire.

### **4. Travail préliminaire**

La rédaction de la question à poser aux participants lors du groupe de travail était un point essentiel. La question devait être suffisamment claire pour permettre de susciter l'expression des participants sur toutes les facettes du problème. Nous avons dû être vigilants à l'étendue des réponses possibles (16). Elle a été soumise au préalable à différents intervenants extérieurs ne participant pas au travail de recherche. Cette étape a bien-sûr été précédée du travail de recherche bibliographique et d'analyse indispensable à tout travail d'investigation (18).

## **5. Déroulement du groupe de travail**

### *❖ Étape 1 : Énoncé de la question*

Il s'agissait de l'énoncé de la question de recherche par l'animateur. Celui-ci a commencé par situer le contexte de l'étude, ce qui a permis la mise en situation des participants. Puis il a expliqué les consignes et le déroulement du groupe de travail, qui est standardisé. Il a distribué à chacun une feuille sur laquelle était inscrite la question. Il a terminé par la lecture de la question qui était la suivante : « **Quels sont les messages importants à faire passer aux parents, dans une vidéo d'éducation thérapeutique, sur la prise en charge de la fièvre chez l'enfant ?** ».

### *❖ Étape 2 : Réponses à la question*

Chaque participant a noté par écrit de façon individuelle, durant quelques minutes, toutes les idées qui lui semblaient pertinentes. Cette étape a permis la production d'un grand nombre de propositions (21). À noter que les réponses ne devaient pas nécessairement être réalistes, dans la mesure où la subjectivité des avis et les sentiments étaient également recherchés (18) (16).

### *❖ Étape 3 : Énoncé des réponses*

L'animateur a demandé à chaque participant de communiquer à tour de rôle une seule proposition. Il a vérifié que chaque proposition ne contenait bien qu'une seule idée. Les tours de table se sont poursuivis jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de nouvelles idées à énoncer (18). Toutes les propositions ont été notées

et numérotées au fur et à mesure sur un tableau Excel qui était projeté sur un grand écran, afin qu'elles puissent être visualisées dans leur ensemble par le groupe.

❖ *Étape 4 : Clarification*

Cette étape nous a permis de nous assurer que tous les participants donnaient le même sens à chaque proposition. Des reformulations de certaines propositions ont été réalisées. Le but était d'obtenir une formulation univoque de chaque proposition par le groupe (18).

❖ *Étape 5 : Vote individuel*

Cette étape nous a permis d'établir une hiérarchisation des propositions. Chaque participant a établi un classement des cinq propositions qui lui paraissaient les plus pertinentes. Ce classement a été établi au cours d'un vote individuel, anonyme et fait par écrit (18).

❖ *Étape 6 : Compilation des résultats*

Les résultats obtenus pour chaque proposition ont été notés et ensuite totalisés sur le tableau visualisé par les participants (15). À l'issue de la procédure, deux classements ont été établis : la priorité et la popularité des propositions. Le total du nombre de points attribué à chaque proposition au cours du vote correspond à la priorité (score). Le nombre de votes exprimés pour chaque proposition, indépendamment des points attribués, correspond à la popularité (ou fréquence de vote). Pour chaque proposition, l'addition des points de priorité et de

popularité a permis d'obtenir un total de points, à partir duquel le classement final des propositions a été établi (18) (16).

#### ❖ *Étape 7 : Rétroaction*

Une nouvelle analyse des résultats en fin de réunion par les participants eux-mêmes nous a permis d'obtenir leur rétroaction (18). Cette étape nous a permis de valider les propositions retenues et de les formuler de façon à ce qu'elles soient utilisables directement dans notre vidéo.

### **6. Conception de la vidéo**

Nous avons conçu le scénario à partir des items ayant fait consensus. Chaque séquence traite d'un item. Nous avons défini les différents personnages, avec pour chacun un rôle établi :

- L'enfant et le bébé, qui permettent la mise en situation du symptôme fièvre.
- Les jeunes parents, avec leurs connaissances et leurs doutes.
- La grand-mère, qui apporte son expérience.
- Le médecin, qui valide ou complète les informations, et qui transmet le message à retenir.

Nous avons ensuite travaillé sur le graphisme et la conception des personnages.

Puis nous avons écrit les dialogues entre les personnages pour chaque séquence.

Nous avons également choisi d'ajouter en fin de vidéo un récapitulatif global qui permet de rappeler les messages pour mieux les assimiler.

## **7. Réalisation du support vidéo**

La vidéo a été réalisée conjointement par l'instigateur de cette étude et une étudiante de l'école Rubika SUPINFOCOM de Valenciennes. En effet, la réalisation d'une vidéo d'animation nécessitait des compétences techniques et du matériel spécifique. Elle a été réalisée entre juillet et novembre 2017.

La vidéo a été soumise aux pédiatres de l'hôpital de Lens pour avis, corrections et validation de la version finale.

Vous trouverez en annexe le lien pour la visualiser.

# RÉSULTATS

## 1. L'énoncé des propositions

Les tours de table successifs nous ont permis d'établir une liste de 29 propositions qui sont les suivantes :

1. Prendre la température
2. Découvrir l'enfant
3. Définir les normes de température
4. La fièvre est un mécanisme naturel de défense contre les infections
5. Fièvre avant 3 mois = urgence pédiatrique
6. Signes devant amener à consulter en urgences
7. Comment prendre la température
8. Donner du doliprane
9. Comment donner du doliprane : quelle galénique, posologie
10. Quand donner du doliprane
11. Ne pas donner de bain pour faire baisser la température
12. Tolérance de la fièvre
13. Montrer un purpura, conduite à tenir
14. Si température  $> 38,5^{\circ}$  = traitement
15. Hydrater l'enfant
16. À partir de quelle durée consulter,  $> 2$  jours
17. Favoriser le thermomètre rectal
18. La gravité est liée à la cause/étiologie
19. Le risque de convulsion n'est pas lié à l'intensité de la fièvre

20. La gravité n'est pas corrélée à l'intensité de la fièvre
21. Thermo flash
22. Paracétamol le soir
23. Éviter l'ibuprofène sans avis médical
24. L'antibiotique n'est pas automatique en cas de fièvre
25. Consulter un médecin de ville en première intention si possible
26. Délai de contrôle de la température après la prise du doliprane
27. Le doliprane traite le symptôme fièvre, de façon temporaire
28. Toute fièvre n'entraîne pas des convulsions
29. Baisser la température de la pièce

Les propositions ont été numérotées dans l'ordre de leur énoncé par les membres du groupe.

## 2. Priorité

Pour rappel, la priorité correspond au score dans notre tableau. La proposition ayant le score le plus élevé, soit la priorité la plus importante, était la proposition numéro 5 avec un score de 20 points : « Fièvre avant 3 mois = urgence pédiatrique ».

Ci-dessous un tableau récapitulatif des propositions ayant obtenu le plus de points, classées par *priorité* :

Proposition n°	Énoncé de la proposition	Nombre de points	Rang par <i>priorité</i>
5	Fièvre avant 3 mois = urgence pédiatrique	20	1
1	Prendre la température	15	2
3	Définir les normes de température	13	3
12	Tolérance de la fièvre	10	4
8 / 6 / 2	<ul style="list-style-type: none"><li>• Donner du doliprane</li><li>• Signes devant amener à consulter en urgences</li><li>• Découvrir l'enfant</li></ul>	8	5ex

### 3. Popularité

Pour rappel, la popularité correspond à la fréquence dans notre tableau. La proposition ayant reçu le plus de votes était la proposition numéro 5 : « Fièvre avant 3 mois = urgence pédiatrique » avec un total de 5 votes.

Ci-dessous un tableau récapitulatif des propositions ayant obtenu le plus de votes, classées par *popularité* :

Proposition n°	Énoncé de la proposition	Nombre de votes	Rang par popularité
5	Fièvre avant 3 mois = urgence pédiatrique	5	1
3	Définir les normes de température	4	2
1 / 2 / 8 / 12	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prendre la température</li><li>• Découvrir l'enfant</li><li>• Donner du doliprane</li><li>• Tolérance de la fièvre</li></ul>	3	3ex

#### **4. Propositions retenues**

Les cinq propositions qui ont été retenues étaient celles ayant un total de points — en additionnant score et fréquence – le plus élevé. Par ordre décroissant il s'agissait de la proposition 5 : « Fièvre avant 3 mois = urgence pédiatrique » avec un total de 25 points, soit le plus élevé.

Les propositions retenues faisant consensus étaient donc :

<b>Proposition n°</b>	<b>Énoncé de la proposition</b>	<b>Nombre total de points</b>	<b>Rang final</b>
5	Fièvre avant 3 mois = urgence pédiatrique	25	1
1	Prendre la température	18	2
3	Définir les normes de température	17	3
12	Tolérance de la fièvre	13	4
2 / 8	<ul style="list-style-type: none"><li>• Découvrir l'enfant</li><li>• Donner du doliprane</li></ul>	11	5ex

À noter que six propositions ont finalement été retenues, deux propositions étant ex-aequo en cinquième position.

La proposition numéro cinq a récolté le plus de points pour la fréquence et pour le score. Le score et la fréquence étant superposables, il s'agirait donc de la proposition la plus populaire et considérée comme ayant une priorité maximale.

Treize propositions n'ont reçu aucun vote : les propositions 10, 11, 13, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 26, 27, 28 et 29. Le détail des résultats est mis en annexe.

## **5. Propositions finales**

Après rétroaction auprès des participants, et pour leur validation finale, la formulation des propositions a été retravaillée pour permettre une application plus concrète dans notre vidéo. Voici les propositions finales :

1. Consulter aux urgences pédiatriques systématiquement si fièvre chez un enfant de moins de 3 mois
2. Prendre la température : vérifier avec un thermomètre
3. Fièvre = température > 38°
4. Tolérance de la fièvre : enfant gris, abattu versus enfant rose, souriant et qui joue
5. Donner du doliprane : en sirop ; dose/poids ; toutes les 4-6h
6. Découvrir l'enfant

# DISCUSSION

## 1. Le résultat principal et son implication majeure

L'objectif principal de ce travail était de définir les messages clés à faire passer dans notre vidéo d'éducation thérapeutique sur la fièvre chez l'enfant. Nous avons répondu à cet objectif en déterminant, grâce à notre groupe de travail, six items à aborder.

Ces items sont les suivants :

- Consulter aux urgences pédiatriques systématiquement si fièvre chez un enfant de moins de 3 mois
- Prendre la température : vérifier avec un thermomètre
- Fièvre = température > 38°
- Tolérance de la fièvre : enfant gris, abattu versus enfant rose, souriant et qui joue
- Donner du doliprane : en sirop ; dose/poids ; toutes les 4-6h
- Découvrir l'enfant

Nous avons pu aboutir à ce résultat en utilisant la méthode du groupe nominal, méthode de recherche qualitative, encore peu utilisée en pratique (22). Notre groupe de travail était constitué de professionnels de santé considérés comme « experts » de la question à traiter (18). Il s'agissait de médecins généralistes, de pédiatres libéral et hospitalier, d'internes de médecine générale et de pédiatrie et d'une infirmière des urgences pédiatriques.

Déterminer ces messages clés nous a permis de réaliser une vidéo dont le but est d'éduquer les parents sur la prise en charge de la fièvre chez leur enfant. L'idée étant d'utiliser le support vidéo pour faire passer des messages simples de façon didactique.

## **2. Les forces et les faiblesses du travail**

Cette méthode favorise l'expression individuelle des participants, en permettant à chacun de s'exprimer librement dans un cadre établi (18). Elle permet de limiter les effets pervers de la dynamique de groupe tels que l'effet leadership, la monopolisation du débat par un individu ou un sous-groupe. L'interactivité est « contrôlée » par l'animateur afin d'éviter ces éventuels effets de dominance. La neutralisation des effets pervers de la dynamique de groupe reste donc dépendante de la capacité de gestion et des compétences de l'animateur (16). Notre groupe de travail a bénéficié d'un animateur qui, en sa qualité de directeur du département de médecine générale, est rôdé à la présidence et à l'organisation de divers groupes de travail professionnels. La qualité de la procédure dépend également de la question initiale posée au groupe. Sa formulation devait correspondre parfaitement aux objectifs de recherche, rester concise tout en permettant d'explorer toutes les facettes du problème, et être adaptée aux caractéristiques du groupe interrogé (15).

Pour améliorer sa validité interne, nous savons qu'une étude qualitative nécessite une triangulation des chercheurs, qui n'a pas été possible ici, l'investigateur de l'étude ayant lui-même organisé, analysé et rédigé ce travail de recherche (23) (24). Cela sous-entend des probables biais d'interprétations au cours des différentes étapes : retranscription, analyse, interprétation des résultats. Cependant, pour essayer de

limiter ces biais, la question posée au cours du groupe nominal a été soumise au préalable à différents intervenants extérieurs ne participant pas au travail de recherche. Un animateur ne participant pas au travail d'investigation a été choisi, pour assurer un maximum d'impartialité.

L'animateur a pu, bien sûr, influencer sans le vouloir les réponses des participants par son attitude non verbale. Mais ce type de biais est difficilement contrôlable s'agissant d'un groupe de personnes interagissant spontanément (24).

L'investigateur était également présent au cours de la séance. Il retranscrivait les propositions au fur et à mesure. Celles-ci devaient être retranscrites telles que citées et l'investigateur est resté aussi neutre que possible (24).

Cependant cette méthode étant encore peu utilisée, le manque d'expérience de l'investigateur et de l'animateur a pu amener à quelques redondances ou insuffisance dans l'étape de clarification des propositions. Il s'agissait de la première expérience de recherche qualitative pour l'investigateur et de la première expérience d'utilisation du groupe nominal pour l'animateur, ce qui a pu amener à un biais d'interprétation de la méthode (24). De plus il a été nécessaire de réexpliquer l'intérêt de respecter scrupuleusement le déroulement de la procédure au cours de la séance.

Une nouvelle analyse des résultats en fin de réunion par les participants eux-mêmes nous a permis d'obtenir leur rétroaction (18). En effet, après le choix final des items et leur relecture il nous a paru nécessaire d'apporter quelques précisions pour une application plus concrète des résultats, ceux-ci devant être directement utilisés dans notre vidéo. Cette étape nous a également permis de palier le possible manque de clarté des propositions.

Au vu du nombre important de propositions émises, cette méthode ne permet pas l'examen approfondi de chacune des suggestions apportées. Elle ne favorise pas non plus la confrontation des idées, l'objectif n'étant pas de débattre ni d'ouvrir une discussion sur chacune des propositions émises (18). Ce dernier point était souvent frustrant pour les participants qui avaient naturellement tendance à vouloir développer ou critiquer les différentes propositions.

Cette technique est peu coûteuse et économe en temps. Notre réunion a duré au total 120 minutes en comptant les explications complémentaires concernant le projet de thèse, la description du déroulement de la séance, les rappels sur la procédure à suivre au cours de la réunion et le débriefing avec rétroaction sur les propositions retenues.

Cette méthode est productive et a permis, grâce aux tours de table successifs, d'aboutir à la saturation des données. Nous avons obtenu ici un total de 29 propositions. Indépendamment du classement, l'ensemble de ces idées émises par les participants constitue un matériau brut, qui peut lui-même par la suite être soumis à d'autres analyses (15).

Sa procédure standardisée permet d'obtenir le point de vue de la majorité mais risque d'empêcher l'émergence d'un point de vue minoritaire plus perspicace aux dépens d'un point de vue majoritaire plus « conformiste » (16). Le type et le niveau du consensus recherché doivent donc être bien définis à l'avance par l'investigateur (24).

Afin d'améliorer la validité externe, les participants ont été sélectionnés pour diversifier au maximum l'échantillon (24). Ils ont été sélectionnés selon leur profession (infirmière des urgences pédiatriques/médecins), leur spécialité (médecine générale/pédiatrie), leur mode d'exercice (libéral/hospitalier, semi rural/urbain), leur sexe, la fourchette d'âge (médecins expérimentés/étudiants), leur cursus (interne de médecine

générale/pédiatrie). Cependant, notre méthode nécessitait la présence de tous les participants à la réunion, ce qui a impliqué pour l'investigateur de choisir des participants avec une certaine proximité géographique. En effet, ceux-ci exercent tous dans un rayon maximal de 45 km autour de Lille (sur une zone incluant Lens, Seclin, les Weppes ainsi que la métropole lilloise). Il s'agit de zones dans lesquelles l'accès aux soins, et notamment à un centre hospitalier offrant un service d'urgences pédiatriques, est relativement aisé : CHRU (Centre Hospitalier Régional Universitaire) et les autres hôpitaux de la métropole lilloise, GHSC (Groupe Hospitalier Seclin Carvin), le Centre Hospitalier de Lens. Ces derniers éléments ont pu induire un biais de sélection.

De plus, les participants ont bien-sûr accepté de faire partie de ce projet sur la base du volontariat. Il s'agissait donc probablement de professionnels plus sensibilisés et intéressés par ce sujet.

Pour éviter que les participants ne « préparent » la réunion, la question posée ne leur a pas été donnée au préalable. Ils ont accepté de participer à un groupe de travail concernant la fièvre chez l'enfant mais l'investigateur n'a volontairement pas donné plus de précisions.

### **3. Limites de la méthode du groupe nominal**

La technique du groupe nominal, pour être valide et efficace, doit être utilisée avec rigueur et précaution. En effet, selon les principes de l'Evidence Base Médecine, un consensus validé par un groupe a un niveau de preuve supérieur à celui d'un expert isolé. Ici, le respect de la structure de la procédure garantit la pondération des avis. Les propositions, recommandations ou connaissances qui sont issues de ce groupe,

correspondent à des opinions d'experts. Celles-ci sont destinées à être intégrées dans un processus continu de réévaluation. En effet, ces propositions doivent être critiquées et réévaluées au fur et à mesure de l'évolution des connaissances et des pratiques (18).

#### **4. Interprétation des résultats**

- **Consulter aux urgences pédiatriques systématiquement si fièvre chez un enfant de moins de 3 mois**

Ce message, qui arrive en tête des propositions, a été un des premiers à être cité lors du groupe nominal. Il a recueilli le total de points le plus important. Son score et sa fréquence étant superposables, il s'agit donc de la proposition la plus populaire et considérée comme ayant une priorité maximale par notre groupe de professionnels.

Ce résultat est concordant avec les recommandations de l'HAS qui évoque, dans une fiche de recommandations traitant de la prise en charge de la fièvre chez l'enfant datant d'octobre 2016, l'âge de moins de 3 mois comme faisant partie des critères de gravité conduisant à une prise en charge hospitalière (25).

- **Prendre la température : vérifier avec un thermomètre**

Dans les recommandations de l'HAS de 2016, la méthode de référence de prise de la température est le thermomètre électronique flexible par voie rectale (25).

La précision concernant le type de thermomètre à utiliser ne faisait pas partie des éléments considérés comme essentiels à transmettre selon notre étude. On pourrait

considérer que transmettre aux parents la notion de prise de température avec un thermomètre — quel que soit son type — serait déjà un gain.

Selon une étude réalisée aux urgences pédiatriques du CHU d'Amiens en 2014, le thermomètre rectal était le plus utilisé. Les parents interrogés ont déclaré l'utiliser dans 65% des cas, suivi du thermomètre frontal (17%) et auriculaire (11%), tandis que 7% déclaraient prendre la température « au toucher ». Seulement 4,21% des parents ne possédaient pas de thermomètre (26).

Dans une seconde étude réalisée aux urgences pédiatriques de l'hôpital Mère-Enfant de Limoges en 2010-2011, on retrouve également une majorité de parents utilisant le thermomètre rectal : 67% (8).

Dans un article de la revue du praticien paru en 2006, on retrouve seulement 53% de parents ayant pris la température de leur enfant avant une consultation alors que 98,5% déclarent avoir un thermomètre au domicile (27).

Dans une étude de 2007, les méthodes subjectives comme le « toucher » ou « la main sur le front » sont encore utilisées par 41,8% des parents (28).

Il semblerait donc que la majorité des parents possèdent un thermomètre et savent que la méthode de prise de température la plus fiable est le thermomètre rectal (29) (30). Cependant le réflexe de son utilisation pour confirmer la fièvre avant de consulter ne paraît pas encore acquis. Insister sur l'intérêt de la prise de la température plus que sur le type de thermomètre paraît donc pertinent.

- **Fièvre = température > 38°**

Selon l'HAS : « La fièvre est définie par une élévation de la température centrale au-dessus de 38°C, en l'absence d'activité physique intense, chez un enfant normalement couvert, dans une température ambiante tempérée. » (25).

Dans une étude réalisée à Lille en 2014, les résultats indiquent que les médecins généralistes interviewés utilisent ce seuil de 38° pour définir la fièvre (3).

Dans une seconde étude de 2015, un diaporama diffusé aux urgences pédiatriques indiquait : « Votre enfant a de la fièvre s'il a plus de 38° » (1).

La norme de température définie par notre groupe correspond à ces recommandations et à ce qui semble être utilisé en pratique.

- **Tolérance de la fièvre : enfant gris, abattu versus enfant rose, souriant et qui joue**

Dans une étude de 2014, les consignes de surveillance et de reconsultation données par les médecins généralistes portaient sur les modifications de comportement de l'enfant et l'état général de l'enfant avec la notion de « teint pâle, grisâtre » (3).

L'HAS évoque en préambule de sa fiche de recommandation sur la fièvre le fait qu'un enfant fébrile puisse présenter des changements de comportement (apathie, diminution des activités). Elle inclut dans les critères de gravité la pâleur, la cyanose, l'absence de réponse aux stimulations (25).

On note que quelques soient les termes employés pour la définir, la notion de tolérance de la fièvre reste un élément majeur à transmettre aux parents.

- **Donner du doliprane : en sirop ; dose/poids ; toutes les 4-6h**

L'HAS recommande comme antipyrétique de première intention le paracétamol à la posologie de 15mg/kg toutes les 6 heures (25).

Nos participants ont choisi d'évoquer volontairement le doliprane et non le paracétamol. Ce choix est probablement lié au fait que le terme « doliprane » est plus connu et plus facilement assimilable en pratique par les parents que le terme « paracétamol ». L'objectif de notre vidéo est de faire passer des messages simples et des consignes claires et utilisables en pratique. Il apparaissait plus du ressort du médecin en consultation d'apporter des précisions et des informations sur le fait que le paracétamol et le doliprane sont synonymes. De plus, il semble plus clair pour les parents de parler de dose/poids (une pipette avec une graduation correspondant au poids de l'enfant) plutôt que de la posologie de 15mg/kg. Le terme de dose/poids est plus facilement applicable en pratique quel que soit le niveau socio-économique et d'éducation des parents. Encore une fois, l'objectif était de rester simple et compréhensible pour tous publics. Il est également probable que le type de population pris en charge par nos participants ait influencé ce choix.

À noter que dans une étude de 2004, 53% des patients disent adapter la posologie du paracétamol en fonction de l'âge et seulement 35% selon le poids (4).

Il nous apparaît donc d'autant plus important d'insister sur le dose/poids, afin d'éviter les surdosages médicamenteux.

- **Découvrir l'enfant**

L'HAS et l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament) recommandent de « ne pas trop couvrir l'enfant » et l'HAS ajoute de « proposer fréquemment à boire » et de « ne pas augmenter la température de la pièce ». (9) (31) Ces deux dernières mesures n'ont pas été retenues par notre groupe mais faisaient partie des propositions émises.

La SFP (Société Française de Pédiatrie) est plus précise et parle de « vêtements légers, sans dénuder l'enfant lorsque la température est en phase d'ascension » (32).

## **5. Comparaison avec d'autres travaux de recherche**

*Comparaison avec une étude réalisée à Lyon en 2015 intitulée : « Diffusion d'une vidéo de prévention concernant la fièvre des enfants, dans le hall d'accueil des urgences pédiatriques de l'HFME : impact sur les connaissances des parents » (1).*

Nous nous intéressons ici surtout à l'élaboration de leur vidéo et aux messages diffusés. Cette vidéo a été élaborée à partir de la fiche « Votre enfant a de la fièvre » réalisée par l'association Courlygones. Il s'agit d'une association composée de professionnels concernés par la prise en charge des urgences pédiatriques. Elle a été créée en 2002 et a pour but « d'informer les acteurs de santé et les usagers de la meilleure utilisation de la Permanence de Soins en médecine libérale et des urgences hospitalières ». Ce réseau est à l'origine de plusieurs « fiches conseil » ou « plaquettes » dont les contenus sont validés par un comité scientifique et technique.

Leur vidéo a été réalisée par une commission composée d'infirmiers et de médecins des urgences pédiatriques de l'HFME et en collaboration avec l'association Courlygones. Il s'agissait d'un diaporama basé sur les fiches papiers dans lequel les images ont été remplacées par des photos pour plus de réalisme.

Cette vidéo a ensuite été diffusée, de mars à août 2014, dans le hall du service d'accueil des urgences pédiatriques. Son impact a été évalué via des questionnaires aux parents. Les résultats concernant l'accueil du support vidéo étaient très bons. Les parents disent mieux retenir les informations via des supports média textes ou l'association de supports texte et images. Des remarques des parents sont à noter concernant la barrière de la langue. Il paraît donc important d'insister sur les messages graphiques ou dessinés en plus des photographies (1).

Tableau comparatif des messages diffusés :

Notre vidéo	Vidéo de l'étude de 2015 (1)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulter aux urgences pédiatriques systématiquement si fièvre chez un enfant de moins de 3 mois</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si votre enfant a moins de 3 mois et une température supérieure à 38° : appelez un médecin</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre la température : vérifier avec un thermomètre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prenez sa température avec un thermomètre rectal</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fièvre = température &gt; 38°</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Votre enfant a de la fièvre s'il a plus de 38°</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tolérance de la fièvre : si votre enfant n'est pas comme d'habitude, ne joue plus il doit voir un médecin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appelez votre médecin si votre enfant a un comportement inhabituel, si l'aspect de sa peau a changé</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Découvrir et hydrater votre enfant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déshabillez votre enfant et proposez-lui à boire plus souvent, même la nuit</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Donner du doliprane : en sirop ; dose/poids ; toutes les 4-6h</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Donnez-lui du paracétamol pour son confort, la dose dépend du poids de votre enfant : 15mg/kg toutes les 6 heures</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si votre enfant ne va pas mieux ou si la fièvre dure plus de 2 jours il doit consulter un médecin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appelez votre médecin si la température persiste plus de 48h</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La fièvre n'est pas une maladie mais un mécanisme naturel de défense contre les infections</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le bain n'est pas nécessaire</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sans signes de gravité les parents assurent eux-mêmes le traitement</li> </ul>

Les messages transmis dans notre vidéo et dans celle de cette étude sont majoritairement similaires. On note une différence pour le paracétamol et sa posologie. Comme expliqué précédemment, notre choix s'est porté sur le doliprane pour plus de simplicité.

Notre message concernant la prise de température n'inclut pas le type de thermomètre à utiliser. Notre message met l'accent sur son utilisation plutôt que sur son type.

Nous n'apportons pas d'explications sur les mécanismes de la fièvre. En effet, nous avons préféré nous limiter aux messages clés pour éviter les contre-messages liés à un surplus d'informations.

Nous avons cependant pris la liberté d'ajouter dans la vidéo les notions de « donner à boire » et « reconsulter si l'enfant ne va pas mieux ou si la fièvre dure plus de 2 jours ». Ces messages, non retenus par le groupe mais cependant cités, nous paraissaient nécessaires à inclure. Mais il s'agissait là d'un choix de l'investigateur et réalisateur de la vidéo, appuyé par les pédiatres ayant validé la vidéo.

## **6. Le support vidéo**

Le support vidéo est un moyen simple, moderne, ludique et attractif pour transmettre des informations, c'est pourquoi son utilisation nous a paru pertinente. De plus, cette étude de 2015 nous confirme l'accueil favorable des parents, d'un support vidéo comme vecteur d'informations (1).

Notre volonté était d'exploiter le support vidéo au maximum, dans l'objectif d'une compréhension par tous publics. Nous voulions que cette vidéo puisse être comprise par un maximum de parents, quel que soit leur niveau socioculturel et d'éducation,

leurs connaissances de base, voire la barrière de la langue. Pour cela nous avons opté pour une vidéo d'animation, aux graphiques facilement compréhensibles et assimilables en pratique. L'information est transmise de façon imagée grâce à des dessins et pictogrammes simples permettant une bonne compréhension visuelle. Les personnages sont bien identifiables : une maman, une grand-mère, un papa, un bébé, un enfant et un médecin. Les différents éléments des messages sont aussi faits sans ambiguïté : le thermomètre, la bouteille de doliprane avec utilisation de la pipette, la bouteille d'eau... Le message est transmis de façon orale par une bande son avec des dialogues courts entre les personnages. Un texte écrit avec des phrases simples et claires permet de compléter par la lecture des informations essentielles. Le récapitulatif final permet un résumé clair des informations à retenir.

Sa durée est de trois minutes et vingt secondes.

## **7. Ouvertures**

### **7.1 Évaluation de la vidéo auprès des parents**

Évaluer l'impact de la vidéo sur les connaissances des parents et sa qualité est la prochaine étape indispensable.

C'est pourquoi notre vidéo est actuellement en cours d'évaluation grâce à une étude réalisée dans le cadre d'un second travail de thèse. Elle est diffusée dans la salle d'attente des urgences pédiatriques de l'hôpital de Lens par l'investigateur de cette étude. Les premiers retours quant à la qualité du support vidéo sont positifs.

## 7.2 Vers une diffusion en cabinet de médecine libérale ?

Dans une étude réalisée en 2015, la quasi-totalité des parents interrogés pensait qu'une diffusion en cabinet de médecine libérale serait possible (1).

Actuellement les messages de prévention sur support vidéo sont peu utilisés en pratique dans les cabinets. Il pourrait s'agir d'un manque d'équipement ou même d'un manque d'informations sur l'existence et l'accès aux contenus disponibles (1).

Il semblerait donc intéressant de promouvoir ce type de support auprès des médecins généralistes et pédiatres libéraux.

# CONCLUSION GENERALE

La technique du groupe nominal, de plus en plus utilisée en recherche médicale, est fondée sur une approche qualitative. Elle peut être utilisée en mode exploratoire, afin de « produire » de la connaissance, ou pour la formalisation d'un consensus (18).

Le groupe nominal est défini par une procédure standardisée, structurée, incluant des procédures itératives, rapides, peu coûteuses, et donc très productives. Elle permet l'intégration de données empiriques ainsi que le jugement et les expériences du panel de participants. Elle est basée sur la production d'un grand nombre de propositions, qui seront ensuite classées par les participants afin de dégager celles qui constitueront un consensus (15).

C'est en utilisant cette méthode que nous avons pu répondre à notre objectif en déterminant les messages clés à diffuser dans notre vidéo d'éducation sur la fièvre chez l'enfant.

L'évaluation du retentissement pédagogique de la vidéo fait l'objet d'un autre travail de thèse. Les premiers retours des parents l'ayant visionnée sont positifs : les recommandations et conseils sont bien compris, le style graphique est apprécié. Il est néanmoins trop tôt pour mesurer son impact sur le comportement des parents.

Nous restons cependant persuadés qu'une bonne information est essentielle à une meilleure prise en charge. Mettre l'accent sur l'éducation des patients devrait permettre des recours aux soins plus adaptés, bénéfiques tant pour eux-mêmes que pour les soignants.

# BIBLIOGRAPHIE

1. Rigollet C. Diffusion d'une vidéo de prévention concernant la fièvre des enfants, dans le hall d'accueil des urgences pédiatriques de l'HFME : impact sur les connaissances des parents [Thèse d'exercice]. Lyon, France : Université Claude Bernard ; 2015 [cité le 6 février 2018]. Disponible sur : <http://portaildoc.univ-lyon1.fr>
2. Maillet Soubry C. Prise en charge par les parents de l'hyperthermie chez le nourrisson dans le département de la Somme. [Thèse d'exercice]. Amiens, France : Université de Picardie Jules Verne ; 2016 [cité le 6 février 2018]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01371517/document>
3. Malmonte A, Perez Castro A. L'éducation des parents à la fièvre du nourrisson de plus de trois mois en médecine générale. [Thèse d'exercice]. Lille, France ; Université Lille 2 ; 2014 [cité le 5 février 2018]. Disponible sur : <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/e1892122-c42d-454c-b5df-4158eef1fd9b>
4. Grass L. Connaissances et attitudes des parents face à la fièvre de l'enfant de moins de six ans. [Thèse d'exercice]. Toulouse, France : Université Toulouse 3 ; 2004 [cité le 23 juillet 2017]. Disponible sur : <http://www.sudoc.fr/078672066>

5. Siffrine J. Evaluation des connaissances des critères de gravité d'une fièvre par les parents d'enfants de moins de 6 ans. [Thèse d'exercice]. Lille, France : Université Lille 2 ; 2009 [cité 23 nov 2016]. Disponible sur : <http://www.sudoc.abes.fr/DB=2.1/SET=4/TTL=11/SHW?FRST=16&COOKIE=U10178,Klecteurweb,D2.1,Ed75e7730-75,I250,B341720009+,SY,A%5C9008+1,,J,H2-26,,29,,34,,39,,44,,49-50,,53-78,,80-87,NLECTEUR+PSI,R80.12.39.203,FN>
6. Lesoin L. Étude des connaissances et du comportement des parents face à la fièvre de leur enfant. [Thèse d'exercice] Amiens, France : Université de Picardie Jules Verne ; 2016 [cité le 6 février 2018]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01325439/document>
7. Galois-Finance A. Fièvre aiguë de l'enfant de moins de six ans : position des pédiatres et des médecins généralistes, évaluation des connaissances et des comportements des parents. [Thèse d'exercice]. Nancy, France : Université Nancy 1 ; 2005 [cité le 23 novembre 2016]. Disponible sur : <http://www.sudoc.abes.fr//DB=2.1/SET=4/TTL=11/SHW?FRST=12>
8. Jouannetaud Garnier S. Fièvre de l'enfant âgé de trois mois à deux ans : inquiétudes des parents et motivations pour une consultation aux urgences pédiatriques de l'Hôpital Mère-Enfant de Limoges plutôt qu'en médecine de ville. [Thèse d'exercice]. Limoges, France : Université de Limoges ; 2011 [cité le 23 novembre 2016]. Disponible sur : <http://www.sudoc.abes.fr//DB=2.1/SET=4/TTL=31/SHW?FRST=34>

9. HAS Haute Autorité de Santé. Élaborer une brochure d'information pour les patients ou les usagers [En ligne]. France : Haute Autorité de Santé ; 2008 [cité le 9 février 2018]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-07/elaboration\\_document\\_dinformation\\_des\\_patients\\_-\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-07/elaboration_document_dinformation_des_patients_-_recommandations.pdf)
10. HAS Haute Autorité de Santé. Éducation thérapeutique du patient : définition, finalités et organisation [En ligne]. France : Haute Autorité de Santé ; 2007 [cité le 9 février 2018]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp\\_-\\_definition\\_finalites\\_-\\_recommandations\\_juin\\_2007.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf)
11. Aubin I. Introduction à la recherche qualitative. Exercer [En ligne]. 2008 [cité le 27 avril 2017] ; 19 (84) : 142-145. Disponible sur : <https://www.exercer.fr/numero/84/page/142/>
12. Martinez L. Poser une question de recherche. Exercer [En ligne]. 2009 [cité le 27 avril 2017] ; 20 (89) : 143-146. Disponible sur : <https://www.exercer.fr/numero/89/page/143/pdf/>
13. Letrilliart L. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative : Première partie de « acteur » à « interdépendance ». Exercer [En ligne]. 2009 [cité le 27 avril 2017] ; 20 (87) : 74-79. Disponible sur : <https://www.exercer.fr/numero/87/page/74/>
14. Letrilliart L. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative : Deuxième partie de « maladie » à « verbatim ». Exercer [En ligne]. 2009 [cité le 27 avril 2017] ; 20 (88) : 106-112. Disponible sur : <https://www.exercer.fr/numero/88/page/106/>
15. Les méthodes de consensus-MG TFE. [En ligne]. 2017 [cité 14 mai 2017]. Disponible sur : <http://www.mgtfe.be/guide-de-redaction/6-les-differentes-methodes-dinvestigation/6-5-les-methodes-du-consensus/>

16. Groupe nominal. [En ligne]. [cité le 14 mai 2017]. Disponible sur :  
<http://w3.uqo.ca/tremfr01/PDF/techniques/grounomi.pdf>
17. Van de Ven AH, Delbecq AL. The nominal group as a research instrument for exploratory health studies. Am J Public Health [En ligne]. 1972 [cité le 6 avril 2017] ; 62 (3) : 337-42. Disponible sur :  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1530096/>
18. Letrilliart L. A la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? Exercer [En ligne]. 2011[cité le 6 avril 2017] ; 22 (99) : 170-177. Disponible sur :  
<https://www.exercer.fr/numero/99/page/170/pdf/>
19. Graffy J, Grant J, Boase S, Ward E, Wallace P, Miller J et al. UK research staff perspectives on improving recruitment and retention to primary care research : nominal group exercise. Fam Pract. [En ligne]. 2009 [cité le 11 juin 2017] ; 26 (1) : 48-55. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19011173>
20. Gallagher M, Hares T, Spencer J, Bradshaw C, Webb I. The nominal group technique : a research tool for general practice ? Fam Pract [En ligne]. 1993 [cité le 23 juillet 2017] ;10 (1) : 76-81. Disponible sur :  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8477899>
21. Guide méthodologique du travail en commune : la technique du groupe nominal. IAAT [En ligne]. 2005 [cité 28 mars 2017]. Disponible sur:  
[http://www.iaat.org/telechargement/guide\\_methodo/2\\_8\\_groupe\\_nominal.pdf](http://www.iaat.org/telechargement/guide_methodo/2_8_groupe_nominal.pdf)
22. How to use the nominal group and Delphi techniques. ResearchGate [En ligne]. 2017 [cité 14 mai 2017]. Disponible sur:  
<https://www.researchgate.net/publication/293170063> How to use the nominal group and Delphi techniques

23. Aubin-Auger I, Stalnikiewicz B, Mercier A, Lebeau JP, Baumann L. Diriger une thèse qualitative : difficultés et solutions possibles. Exercer [en ligne]. 2010 [cité le 18 janvier 2018] ; 21 (93) : 111-4. Disponible sur : <https://www.exercer.fr/numero/93/page/111/>
24. Côté L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie Médicale [En ligne]. 2002 [cité le 5 février 2018] ; 3 (2) : 81-90. Disponible sur : <https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/pdf/2002/02/pmed20023p81.pdf>
25. HAS Haute Autorité de Santé. Fiche mémo : Prise en charge de la fièvre chez l'enfant [En ligne]. France : Haute Autorité de Santé ; 2016 [cité le 23 novembre 2016]. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-10/fiche\\_memo\\_-\\_prise\\_en\\_charge\\_de\\_la\\_fievre\\_chez\\_lenfant.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-10/fiche_memo_-_prise_en_charge_de_la_fievre_chez_lenfant.pdf)
26. Tallès A. Fièvre de l'enfant de moins de 6 ans : connaissances et attitudes des parents [Thèse d'exercice]. Amiens, France : Université de Picardie Jules Verne ; 2016 [cité le 23 novembre 2016]. Disponible sur : <http://www.sudoc.abes.fr//DB=2.1/SET=4/TTL=51/SHW?FRST=59>
27. Veron A, Depinoy D. Fièvre de l'enfant en médecine générale : Les parents sont-ils compétents ? Rev Prat Médecine Générale. 2006 (748-49) : 1231-1236.
28. Boivin J-M, Weber F, Fay R, Monin P. Prise en charge de la fièvre de l'enfant : les connaissances et pratiques des parents sont-elles satisfaisantes ? Arch Pédiatrie. 2007 ; 14 (4) : 322-329.

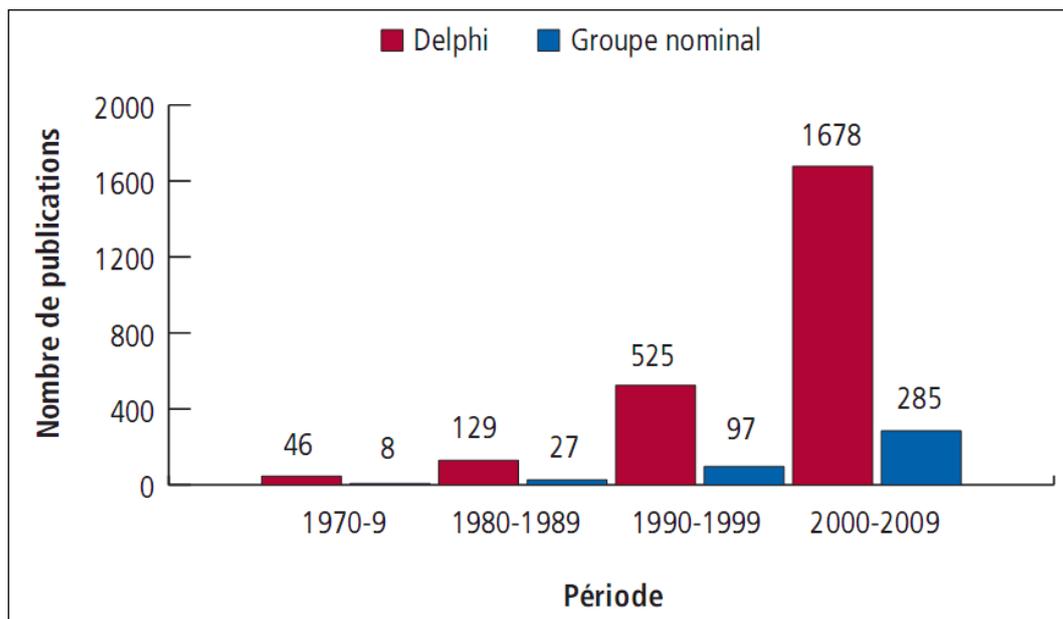
29. Sermet-Gaudelus I, Chadelat I, Lenoir G. Body temperature measurement in daily practice. Arch Pediatr. 2005 ; 12 (8) : 1292-300.
30. Comment bien prendre la température ? Ameli.fr [En ligne]. 2017. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/bons-gestes/petits-soins/prendre-temperature>
31. ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Le traitement de la fièvre chez l'enfant [En ligne]. France : ANSM ; 2016 [cité 23 le novembre 2016]. Disponible sur : [http://ansm.sante.fr/S-informer/Presse-Communiques-Points-presse/Le-traitement-de-la-fievre-chez-l-enfant/\(language\)/fr-FR](http://ansm.sante.fr/S-informer/Presse-Communiques-Points-presse/Le-traitement-de-la-fievre-chez-l-enfant/(language)/fr-FR)
32. SFP : Société Française de Pédiatrie. Prise en Charge Symptomatique de la Fièvre du Jeune Enfant [En ligne]. France : SFP ; 2016 [cité le 23 novembre 2016]. Disponible sur : <http://www.sfpediatric.com/recommandation/prise-en-charge-symptomatique-de-la-fi%C3%A8vre-du-jeune-enfant>

# ANNEXES

## Annexe 1 :

Publications référencées dans Medline, dont le titre ou le résumé comporte respectivement le terme « Delphi » ou l'expression « nominal group »

Letrilliart L. À la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? Exercer. 2011 ; 99 : 170-177



## Annexe 2 :

Récapitulatif des étapes du groupe nominal

Letrilliart L. À la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? Exercer. 2011 ; 99 : 170-177

Étapes	Méthode	Objectifs
Énoncé de la question	L'animateur situe le contexte de la recherche, énonce les règles de fonctionnement du groupe, puis lit la question	Mise en situation des participants
Réponses à la question	Chaque participant note toutes ses propositions par écrit et en silence	Production d'un grand nombre de propositions pertinentes
Énoncé des réponses	Tours de table itératifs où chaque participant ne donne qu'une seule proposition à la fois. L'animateur vérifie que chaque proposition ne contient qu'une seule idée	Visualisation par le groupe des propositions (numérotées) au tableau
Clarification	L'animateur a une vue d'ensemble des propositions et veille à faire séparer distinctement par le groupe les propositions différentes et regrouper les propositions similaires. Des reformulations sont souvent nécessaires	Formulation univoque de chaque proposition par le groupe
Vote individuel	Vote écrit et anonyme. Classement dégressif d'un nombre prédéfini de propositions (de 5 à 10)	Hiérarchisation des propositions du groupe
Compilation des résultats	Noter et totaliser les points obtenus par chaque proposition au tableau. Noter la fréquence des votes.	Production du résultat. Restitution aux participants.

### Annexe 3 : Tableau détaillé des propositions et des votes du groupe nominal.

Proposition N°	Intitulé de la proposition	Votant N°							Score	Fréquence	Total	Rang
		1	2	3	4	5	6	7				
1	Prendre la température	5				5	5		15	3	18	2
2	Découvrir l'enfant		3		4		1		8	3	11	5
3	Définir les normes de température	4	1	5		3			13	4	17	3
4	La fièvre est un mécanisme naturelle de défense contre les infections											
5	Fièvre avant 3 mois = urgence pédiatrique	1	5		5	5	4		20	5	25	1
6	Signes devant amener à consulter en urgences			4			4		8	2	10	7
7	Comment prendre la température			1					1	1	2	13
8	Donner du doliprane		2		3	3			8	3	11	5
9	Comment donner du doliprane : quelle galénique, posologie			2			2		4	2	6	10
10	Quand donner du doliprane											
11	Ne pas donner de bain pour faire baisser la température											
12	Tolérance de la fièvre	2	4			4			10	3	13	4
13	Montrer un purpura, conduite à tenir											
14	Si température > 38,5° = traitement	3						2	5	2	7	8
15	Hydrater l'enfant			3		2			5	2	7	8
16	À partir de quelle durée consulter, > 2 jours				2	1			3	2	5	11
17	Favoriser le thermomètre rectal											
18	La gravité est liée à la cause/étologie											
19	Le risque de convulsion n'est pas liée à l'intensité de la fièvre											
20	La gravité n'est pas corrélée à l'intensité de la fièvre											
21	Thermoflash						3		3	1	4	12
22	Paracétamol le soir											
23	Éviter l'ibuprofène sans avis médical											
24	L'antibiotique n'est pas automatique en cas de fièvre				1				1	1	2	13
25	Consulter un médecin de ville en première intention si possible					1			1	1	2	13
26	Délai de contrôle de la température après la prise du doliprane											
27	Le doliprane traite le symptôme fièvre, de façon temporaire											
28	Toute fièvre n'entraîne pas des convulsions											
29	Baisser la température de la pièce											

**Annexe 4 :**

Lien vers la vidéo : [https://www.youtube.com/channel/UCpK9\\_BtqRn7AEbcERqIoMSA](https://www.youtube.com/channel/UCpK9_BtqRn7AEbcERqIoMSA)

**Cette vidéo est protégée par une licence Creative Commons :**

**Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International**



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

**AUTEUR : Nom : DENOEUDE**

**Prénom : Cécile**

**Date de Soutenance : 19 avril 2018**

**Titre de la Thèse : La fièvre chez l'enfant : Les principaux messages à transmettre aux parents dans une vidéo d'éducation**

**Thèse - Médecine - Lille 2018**

**Cadre de classement : DES Médecine Générale**

**Mots-clés : Fièvre, Enfant, Éducation, Vidéo, Groupe nominal**

### **Résumé :**

**INTRODUCTION :** La fièvre de l'enfant est un motif très fréquent de consultation aux urgences pédiatriques. De nombreuses études soulignent l'importance de l'éducation des parents concernant la fièvre. Nous avons choisi d'utiliser le support vidéo pour transmettre de façon didactique des messages clés sur sa prise en charge. Améliorer les connaissances des parents devrait permettre de limiter des recours aux soins inadaptés en termes de délai, de fréquence, et de désencombrer le système de soins.

**MÉTHODE :** Pour définir ces messages essentiels à faire passer aux parents, nous avons utilisé une méthode de recherche qualitative permettant d'aboutir à un consensus : le groupe nominal. Il est défini par une procédure standardisée, structurée, incluant des procédures itératives, rapides, peu coûteuses, et donc très productives. Notre groupe était composé de professionnels de santé : médecins généralistes, pédiatres libéral et hospitalier, internes de médecine générale et de pédiatrie et une infirmière des urgences pédiatriques.

**RÉSULTATS :** Les propositions finales retenues faisant consensus étaient : « Consulter aux urgences pédiatriques systématiquement si fièvre chez un enfant de moins de 3 mois », « prendre la température : vérifier avec un thermomètre », « Fièvre = température > 38° », « tolérance de la fièvre : enfant gris, abattu versus enfant rose, souriant et qui joue », « donner du doliprane : en sirop ; dose/poids ; toutes les 4-6h », « découvrir l'enfant ». Toutes ces propositions sont en accord avec les recommandations formulées par l'HAS.

À partir de ces items, nous avons conçu et réalisé la vidéo. Il s'agit d'une vidéo d'animation, aux graphiques facilement compréhensibles et assimilables en pratique. L'objectif était qu'elle puisse être comprise par un maximum de parents, quel que soit leur niveau socioculturel, d'éducation et leurs connaissances de base.

**CONCLUSION :** Le groupe nominal est une méthode de consensus efficace de plus en plus utilisée en recherche qualitative. Elle a parfaitement répondu à notre problématique.

Les premiers retours des parents ayant visionné la vidéo sont positifs. Une étude d'évaluation de son impact pédagogique est actuellement en cours.

Une bonne information est essentielle à une meilleure prise en charge. Mettre l'accent sur l'éducation des patients devrait permettre des recours aux soins plus adaptés, bénéfiques tant pour eux-mêmes que pour les soignants.

### **Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Laurent STORME**

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE  
Monsieur le Docteur Nassir Messaadi  
Madame le Docteur Isabelle BODEIN**