

UNIVERSITE MOHAMMED V - RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT-

ANNEE: 2015

THESE N°: 231

ENQUETE SUR LA PERCEPTION ET LA PRISE EN CHARGE
DE LA FIEVRE D'ENFANTS PAR LES PARENTS

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le :

PAR

Mme. Meryem EL BEKKAOUI
Née le 21 Mai 1989 à Rabat

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES: Fièvre – Enfant – Parents – Connaissances – Perception.

JURY

Mme. L. KARBOUBI

Professeur de Pédiatrie

PRESIDENT

Mme. DBS. BENJELLOUN

Professeur de Pédiatrie

RAPPORTEUR

Mme. N. EL HAFIDI

Professeur de Pédiatrie

Mr. R. ABILKASSEM

Professeur de Pédiatrie

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

رَبَّنَا وَسِعْتَ كُلَّ شَيْءٍ

رَحْمَةً وَعِلْمًا

سورة غافر

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ





UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI

ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur Mohamed ADNAOUI
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes
Professeur Mohammed AHALLAT
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Taoufiq DAKKA
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Jamal TAOUFIK
Secrétaire Général : Mr. El Hassane AHALLAT

**1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS
ET
PHARMACIENS**

PROFESSEURS :

Mai et Octobre 1981

Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. TAOBANE Hamid*	Chirurgie Thoracique

Mai et Novembre 1982

Pr. BENOSMAN Abdellatif	Chirurgie Thoracique
-------------------------	----------------------

Novembre 1983

Pr. HAJJAJ Najia ép. HASSOUNI	Rhumatologie
-------------------------------	--------------

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz	Médecine Interne – <i>Clinique Royale</i>
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi	Anesthésie -Réanimation
Pr. SETTAF Abdellatif	pathologie Chirurgicale

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENJELLOUN Halima	Cardiologie
Pr. BENSALID Younes	Pathologie Chirurgicale
Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa	Neurologie

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. AJANA Ali
Pr. CHAHED OUZZANI Houria
Pr. EL YAACOUBI Moradh
Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah
Pr. LACHKAR Hassan
Pr. YAHYAOUI Mohamed

Radiologie
Gastro-Entérologie
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Neurologie

Décembre 1988

Pr. BENHAMAMOUCH Mohamed Najib
Pr. DAFIRI Rachida
Pr. HERMAS Mohamed

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie
Traumatologie Orthopédie

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed
Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali*
Pr. CHAD Bouziane
Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda

Médecine Interne – **Doyen de la FMPR**
Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Neurologie

Janvier et Novembre 1990

Pr. CHKOFF Rachid
Pr. HACHIM Mohammed*
Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. MANSOURI Fatima
Pr. TAZI Saoud Anas

Pathologie Chirurgicale
Médecine-Interne
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia
Pr. AZZOUI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif
Pr. BENSOUDA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZZAD Rachid
Pr. CHABRAOUI Layachi
Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation – **Doyen de la FMPO**
Néphrologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Pédiatrie
Pharmacologie – **Dir. du Centre National PV**
Chimie thérapeutique

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOUDA Adil
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. DAOUDI Rajae
Pr. DEHAYNI Mohamed*
Pr. EL OUAHABI Abdessamad

Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie

Pr. FELLAT Rokaya
Pr. GHAFIR Driss*
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Nouredine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid
Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. EL AOUAD Rajae
Pr. EL BARDOUNI Ahmed
Pr. EL HASSANI My Rachid
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. HADRI Larbi*
Pr. HASSAM Badredine
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. JELTHI Ahmed
Pr. MAHFOUD Mustapha
Pr. MOUDENE Ahmed*
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. ABDELHAK M'barek
Pr. BELAIDI Halima
Pr. BRAHMI Rida Slimane
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHAMI Ilham
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. EL ABBADI Najia
Pr. HANINE Ahmed*
Pr. JALIL Abdelouahed
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAËUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. CHAARI Jilali*
Pr. DIMOU M'barek*
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
Pr. EL MESNAOUI Abbes

Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Chirurgie Générale
Microbiologie

Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Gynécologie Obstétrique
Immunologie
Traumato-Orthopédie
Radiologie
Chirurgie Générale- **Directeur CHIS**
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie – Orthopédie
Traumatologie- Orthopédie **Inspecteur du SS**
Gynécologie –Obstétrique
Dermatologie

Urologie
Chirurgie – Pédiatrique
Neurologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Gynécologie – Obstétrique
Traumatologie – Orthopédie
Radiologie
Ophtalmologie
Neurochirurgie
Radiologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation – **Dir. HMIM**
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale

Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. HDA Abdelhamid*
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Oto-Rhino-Laryngologie
Cardiologie - **Directeur ERSM**
Urologie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Décembre 1996

Pr. AMIL Touriya*
Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. MAHFOUDI M'barek*
Pr. MOHAMMADI Mohamed
Pr. OUADGHIRI Mohamed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Radiologie
Médecine Interne
Traumatologie-Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BEN SLIMANE Lounis
Pr. BIROUK Nazha
Pr. CHAOUIR Souad*
Pr. ERREIMI Naima
Pr. FELLAT Nadia
Pr. HAIMEUR Charki*
Pr. KADDOURI Nouredine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. OUAHABI Hamid*
Pr. TAOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique
Urologie
Neurologie
Radiologie
Pédiatrie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Neurologie
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

Pr. AFIFI RAJAA
Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. EZZAITOUNI Fatima
Pr. LAZRAK Khalid *
Pr. BENKIRANE Majid*
Pr. KHATOURI ALI*
Pr. LABRAIMI Ahmed*

Gastro-Entérologie
Neurologie – **Doyen Abulcassis**
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Néphrologie
Traumatologie Orthopédie
Hématologie
Cardiologie
Anatomie Pathologique

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie

Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. ISMAILI Hassane*
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Traumatologie Orthopédie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AIT OURHROUI Mohamed
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. HSSAIDA Rachid*
Pr. LAHLOU Abdou
Pr. MAFTAH Mohamed*
Pr. MAHASSINI Najat
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
Pr. NASSIH Mohamed*
Pr. ROUIMI Abdelhadi*

Neurologie
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anesthésie-Réanimation
Traumatologie Orthopédie
Neurochirurgie
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale
Neurologie

Décembre 2000

Pr. ZOHAIR ABDELAH*

ORL

Décembre 2001

Pr. ABABOU Adil
Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJLIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOUACHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. DAALI Mustapha*
Pr. DRISSI Sidi Mourad*
Pr. EL HIJRI Ahmed
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
Pr. EL MADHI Tarik
Pr. EL OUNANI Mohamed

Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Chirurgie Générale

Pr. ETTAIR Said
 Pr. GAZZAZ Miloudi*
 Pr. HRORA Abdelmalek
 Pr. KABBAJ Saad
 Pr. KABIRI EL Hassane*
 Pr. LAMRANI Moulay Omar
 Pr. LEKEHAL Brahim
 Pr. MAHASSIN Fattouma*
 Pr. MEDARHRI Jalil
 Pr. MIKDAME Mohammed*
 Pr. MOHSINE Raouf
 Pr. NOUINI Yassine
 Pr. SABBAH Farid
 Pr. SEFIANI Yasser
 Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Pédiatrie
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie Générale
 Anesthésie-Réanimation
 Chirurgie Thoracique
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Médecine Interne
 Chirurgie Générale
 Hématologie Clinique
 Chirurgie Générale
 Urologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Pédiatrie

Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
 Pr. AMEUR Ahmed *
 Pr. AMRI Rachida
 Pr. AOURARH Aziz*
 Pr. BAMOU Youssef *
 Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
 Pr. BENZEKRI Laila
 Pr. BENZZOUBEIR Nadia
 Pr. BERNOUSSI Zakiya
 Pr. BICHRA Mohamed Zakariya*
 Pr. CHOHO Abdelkrim *
 Pr. CHKIRATE Bouchra
 Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
 Pr. EL HAOURI Mohamed *
 Pr. EL MANSARI Omar*
 Pr. FILALI ADIB Abdelhai
 Pr. HAJJI Zakia
 Pr. IKEN Ali
 Pr. JAAFAR Abdeloihab*
 Pr. KRIOUILE Yamina
 Pr. LAGHMARI Mina
 Pr. MABROUK Hfid*
 Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
 Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*
 Pr. NAITLHO Abdelhamid*
 Pr. OUJILAL Abdelilah
 Pr. RACHID Khalid *
 Pr. RAISS Mohamed
 Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
 Pr. RHOU Hakima
 Pr. SIAH Samir *
 Pr. THIMOU Amal

Anatomie Pathologique
 Urologie
 Cardiologie
 Gastro-Entérologie
 Biochimie-Chimie
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Dermatologie
 Gastro-Entérologie
 Anatomie Pathologique
 Psychiatrie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Chirurgie Pédiatrique
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Ophtalmologie
 Urologie
 Traumatologie Orthopédie
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Traumatologie Orthopédie
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Médecine Interne
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Générale
 Pneumophtisiologie
 Néphrologie
 Anesthésie Réanimation
 Pédiatrie

Pr. ZENTAR Aziz*

Chirurgie Générale

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
Pr. AMRANI Mariam
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
Pr. BENKIRANE Ahmed*
Pr. BOUGHALEM Mohamed*
Pr. BOULAADAS Malik
Pr. BOURAZZA Ahmed*
Pr. CHAGAR Belkacem*
Pr. CHERRADI Nadia
Pr. EL FENNI Jamal*
Pr. EL HANCHI ZAKI
Pr. EL KHORASSANI Mohamed
Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
Pr. HACHI Hafid
Pr. JABOUIRIK Fatima
Pr. KHABOUZE Samira
Pr. KHARMAZ Mohamed
Pr. LEZREK Mohammed*
Pr. MOUGHIL Said
Pr. OUBAAZ Abdelbarre*
Pr. TARIB Abdelilah*
Pr. TIJAMI Fouad
Pr. ZARZUR Jamila

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Cardiologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Gynécologie Obstétrique
Traumatologie Orthopédie
Urologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
Pr. ALAOUI Ahmed Essaid
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. AZIZ Nouredine*
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina
Pr. BENHALIMA Hanane
Pr. BENYASS Aatif
Pr. BERNOUSSI Abdelghani
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed
Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. EL HAMZAOUI Sakina*
Pr. HAJJI Leila
Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. NIAMANE Radouane*
Pr. RAGALA Abdelhak
Pr. SBIHI Souad
Pr. ZERAIDI Najia

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Rhumatologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
Cardiologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Biophysique
Microbiologie
Cardiologie *(mise en disponibilité)*
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Rhumatologie
Gynécologie Obstétrique
Histo-Embryologie Cytogénétique
Gynécologie Obstétrique

Décembre 2005

Pr. CHANI Mohamed

Anesthésie Réanimation

Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. AKJOUJ Said*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BIYI Abdelhamid*
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
Pr. BOULAHYA Abdellatif*
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal
Pr. ESSAMRI Wafaa
Pr. FELLAT Ibtissam
Pr. FAROUDY Mamoun
Pr. GHADOUANE Mohammed*
Pr. HARMOUCHE Hicham
Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
Pr. JROUNDI Laila
Pr. KARMOUNI Tariq
Pr. KILI Amina
Pr. KISRA Hassan
Pr. KISRA Mounir
Pr. LAATIRIS Abdelkader*
Pr. LMIMOUNI Badreddine*
Pr. MANSOURI Hamid*
Pr. OUANASS Abderrazzak
Pr. SAFI Soumaya*
Pr. SEKKAT Fatima Zahra
Pr. SOUALHI Mouna
Pr. TELLAL Saïda*
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Rhumatologie
Radiologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio – Vasculaire
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Gastro-entérologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Urologie
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie – Pédiatrique
Pharmacie Galénique
Parasitologie
Radiothérapie
Psychiatrie
Endocrinologie
Psychiatrie
Pneumo – Phtisiologie
Biochimie
Pneumo – Phtisiologie

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leïla
Pr. ACHOUR Abdessamad*
Pr. AIT HOUSSA Mahdi*
Pr. AMHAJJI Larbi*
Pr. AMMAR Haddou*
Pr. AOUI Sarra
Pr. BAITE Abdelouahed*
Pr. BALOUCH Lhousaine*
Pr. BENZIANE Hamid*
Pr. BOUTIMZINE Nourdine
Pr. CHARKAOUI Naoual*

Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Chirurgie générale
Chirurgie cardio vasculaire
Traumatologie orthopédie
ORL
Parasitologie
Anesthésie réanimation
Biochimie-chimie
Pharmacie clinique
Ophtalmologie
Pharmacie galénique

Pr. EHIRCHIOU Abdelkader*	Chirurgie générale
Pr. ELABSI Mohamed	Chirurgie générale
Pr. EL MOUSSAOUI Rachid	Anesthésie réanimation
Pr. EL OMARI Fatima	Psychiatrie
Pr. GANA Rachid	Neuro chirurgie
Pr. GHARIB Noureddine	Chirurgie plastique et réparatrice
Pr. HADADI Khalid*	Radiothérapie
Pr. ICHOU Mohamed*	Oncologie médicale
Pr. ISMAILI Nadia	Dermatologie
Pr. KEBDANI Tayeb	Radiothérapie
Pr. LALAOUI SALIM Jaafar*	Anesthésie réanimation
Pr. LOUZI Lhoussain*	Microbiologie
Pr. MADANI Naoufel	Réanimation médicale
Pr. MAHI Mohamed*	Radiologie
Pr. MARC Karima	Pneumo phtisiologie
Pr. MASRAR Azlarab	Hématologique
Pr. MOUTAJ Redouane *	Parasitologie
Pr. MRABET Mustapha*	Médecine préventive santé publique et hygiène
Pr. MRANI Saad*	Virologie
Pr. OUZZIF Ez zohra*	Biochimie-chimie
Pr. RABHI Monsef*	Médecine interne
Pr. RADOUANE Bouchaib*	Radiologie
Pr. SEFFAR Myriame	Microbiologie
Pr. SEKHSOKH Yessine*	Microbiologie
Pr. SIFAT Hassan*	Radiothérapie
Pr. TABERKANET Mustafa*	Chirurgie vasculaire périphérique
Pr. TACHFOUTI Samira	Ophtalmologie
Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*	Chirurgie générale
Pr. TANANE Mansour*	Traumatologie orthopédie
Pr. TLIGUI Houssain	Parasitologie
Pr. TOUATI Zakia	Cardiologie

Décembre 2007

Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN	Ophtalmologie
------------------------	---------------

Décembre 2008

Pr. ZOUBIR Mohamed*	Anesthésie Réanimation
Pr. TAHIRI My El Hassan*	Chirurgie Générale

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*	Médecine interne
Pr. AGDR Aomar*	Pédiatre
Pr. AIT ALI Abdelmounaim*	Chirurgie Générale
Pr. AIT BENHADDOU El hachmia	Neurologie
Pr. AKHADDAR Ali*	Neuro-chirurgie
Pr. ALLALI Nazik	Radiologie

Pr. AMAHZOUNE Brahim*
 Pr. AMINE Bouchra
 Pr. ARKHA Yassir
 Pr. AZENDOUR Hicham*
 Pr. BELYAMANI Lahcen*
 Pr. BJIJOU Younes
 Pr. BOUHSAIN Sanae*
 Pr. BOUI Mohammed*
 Pr. BOUNAIM Ahmed*
 Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
 Pr. CHAKOUR Mohammed *
 Pr. CHTATA Hassan Toufik*
 Pr. DOGHMI Kamal*
 Pr. EL MALKI Hadj Omar
 Pr. EL OUENNASS Mostapha*
 Pr. ENNIBI Khalid*
 Pr. FATHI Khalid
 Pr. HASSIKOU Hasna *
 Pr. KABBAJ Nawal
 Pr. KABIRI Meryem
 Pr. KARBOUBI Lamy
 Pr. L'KASSIMI Hachemi*
 Pr. LAMSAOURI Jamal*
 Pr. MARMADÉ Lahcen
 Pr. MESKINI Toufik
 Pr. MESSAOUDI Nezha *
 Pr. MSSROURI Rahal
 Pr. NASSAR Ittimade
 Pr. OUKERRAJ Latifa
 Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *
 Pr. ZOUHAIR Said*

Chirurgie Cardio-vasculaire
 Rhumatologie
 Neuro-chirurgie
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Anatomie
 Biochimie-chimie
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Traumatologie orthopédique
 Hématologie biologique
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Hématologie clinique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Médecine interne
 Gynécologie obstétrique
 Rhumatologie
 Gastro-entérologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Microbiologie
 Chimie Thérapeutique
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Pédiatrie
 Hématologie biologique
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Cardiologie
 Pneumo-phtisiologie
 Microbiologie

PROFESSEURS AGREGES :

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
 Pr. AMEZIANE Taoufiq*
 Pr. BELAGUID Abdelaziz
 Pr. BOUAITY Brahim*
 Pr. CHADLI Mariama*
 Pr. CHEMSI Mohamed*
 Pr. DAMI Abdellah*
 Pr. DARBI Abdellatif*
 Pr. DENDANE Mohammed Anouar
 Pr. EL HAFIDI Naima
 Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
 Pr. EL MAZOUZ Samir
 Pr. EL SAYEGH Hachem
 Pr. ERRABIH Ikram
 Pr. LAMALMI Najat

Anesthésie réanimation
 Médecine interne
 Physiologie
 ORL
 Microbiologie
 Médecine aéronautique
 Biochimie chimie
 Radiologie
 Chirurgie pédiatrique
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Urologie
 Gastro entérologie
 Anatomie pathologique

Pr. LEZREK Mounir
Pr. MALIH Mohamed*
Pr. MOSADIK Ahlam
Pr. MOUJAHID Mountassir*
Pr. NAZIH Mouna*
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Ophtalmologie
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie générale
Hématologie
Anatomie pathologique

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
Pr. ABOUELALAA Khalil*
Pr. BELAIZI Mohamed*
Pr. BENCHEBBA Driss*
Pr. DRISSI Mohamed*
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
Pr. EL KHATTABI Abdessadek*
Pr. EL OUAZZANI Hanane*
Pr. ER-RAJI Mounir
Pr. JAHID Ahmed
Pr. MEHSSANI Jamal*
Pr. RAISSOUNI Maha*

Chirurgie Pédiatrique
Anesthésie Réanimation
Psychiatrie
Traumatologie Orthopédique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumophtisiologie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie pathologique
Psychiatrie
Cardiologie

Février 2013

Pr. AHID Samir
Pr. AIT EL CADI Mina
Pr. AMRANI HANCHI Laila
Pr. AMOUR Mourad
Pr. AWAB Almahdi
Pr. BELAYACHI Jihane
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
Pr. BENCHEKROUN Laila
Pr. BENKIRANE Souad
Pr. BENNANA Ahmed*
Pr. BENSEFFAJ Nadia
Pr. BENSGHIR Mustapha*
Pr. BENYAHIA Mohammed*
Pr. BOUATIA Mustapha
Pr. BOUABID Ahmed Salim*
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba
Pr. CHAIB Ali*
Pr. DENDANE Tarek
Pr. DINI Nouzha*
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa
Pr. ELFATEMI Nizare
Pr. EL GUERROUJ Hasnae
Pr. EL HARTI Jaouad
Pr. EL JOUDI Rachid*

Pharmacologie – Chimie
Toxicologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Réanimation Médicale
Anesthésie Réanimation
Biochimie-Chimie
Hématologie
Informatique Pharmaceutique
Immunologie
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chimie Analytique
Traumatologie Orthopédie
Anatomie
Cardiologie
Réanimation Médicale
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Neuro-Chirurgie
Médecine Nucléaire
Chimie Thérapeutique
Toxicologie

Pr. EL KABABRI Maria	Pédiatrie
Pr. EL KHANNOUSSI Basma	Anatomie Pathologie
Pr. EL KHLOUFI Samir	Anatomie
Pr. EL KORAICHI Alae	Anesthésie Réanimation
Pr. EN-NOUALI Hassane*	Radiologie
Pr. ERRGUIG Laila	Physiologie
Pr. FIKRI Meryim	Radiologie
Pr. GHANIMI Zineb	Pédiatrie
Pr. GHFIR Imade	Médecine Nucléaire
Pr. IMANE Zineb	Pédiatrie
Pr. IRAQI Hind	Endocrinologie et maladies métaboliques
Pr. KABBAJ Hakima	Microbiologie
Pr. KADIRI Mohamed*	Psychiatrie
Pr. LATIB Rachida	Radiologie
Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra	Médecine Interne
Pr. MEDDAH Bouchra	Pharmacologie
Pr. MELHAOUI Adyl	Neuro-chirurgie
Pr. MRABTI Hind	Oncologie Médicale
Pr. NEJJARI Rachid	Pharmacognosie
Pr. OUBEJJA Houda	Chirurgie Pédiatrique
Pr. OUKABLI Mohamed*	Anatomie Pathologique
Pr. RAHALI Younes	Pharmacie Galénique
Pr. RATBI Ilham	Génétique
Pr. RAHMANI Mounia	Neurologie
Pr. REDA Karim*	Ophtalmologie
Pr. REGRAGUI Wafa	Neurologie
Pr. RKAIN Hanan	Physiologie
Pr. ROSTOM Samira	Rhumatologie
Pr. ROUAS Lamiaa	Anatomie Pathologique
Pr. ROUIBAA Fedoua*	Gastro-Entérologie
Pr. SALIHOUN Mouna	Gastro-Entérologie
Pr. SAYAH Rochde	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. SEDDIK Hassan*	Gastro-Entérologie
Pr. ZERHOUNI Hicham	Chirurgie Pédiatrique
Pr. ZINE Ali*	Traumatologie Orthopédie

Avril 2013

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim*	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Pr. GHOUNDALE Omar*	Urologie
Pr. ZYANI Mohammad*	Médecine Interne

****Enseignants Militaires***

2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS / PRs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie – chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
Pr. BARKYOU Malika	Histologie-Embryologie
Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia	Biochimie – chimie
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootecnie
Pr. FAOUZI Moulay El Abbes	Pharmacologie
Pr. HAMZAOUI Laila	Biophysique
Pr. HMAMOUCHE Mohamed	Chimie Organique
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
Pr. REDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique

*Mise à jour le 09/01/2015 par le
Service des Ressources Humaines*

- 9 JAN 2015



DEDICACES



A MES CHERS PARENTS,

A mon très cher père, merci pour votre amour, pour tout l'enseignement que vous m'avez transmis, pour avoir toujours cru en moi et m'avoir toujours soutenu, pour vos sacrifices, vos prières et pour l'encouragement sans limites que vous ne cessez de m'offrir...

A ma très chère mère, merci pour vous être sacrifiée pour que vos enfants grandissent et prospèrent, merci de trimer sans relâche, malgré les péripéties de la vie, au bien être de vos enfants, merci pour vos prières, votre soutien dans les moments difficiles, pour votre courage et patience...

Mes chers parents, aucun mot ne se pourra exprimer mon amour pour vous et mon immense reconnaissance.

Veuillez trouver dans ce modeste travail l'expression de mes sentiments les plus forts, mon profond respect et ma plus grande gratitude.

Que Dieu vous bénisse et vous prête bonne santé et longue vie.

A KHALID, MON ADORABLE MARI,

Pour ta tendresse, tes conseils judicieux, ta présence et tes encouragements, je te dédie ce travail en témoignage de mes sentiments les plus profonds.

A LA FAMILLE BOUHADI

En témoignage de ma grande affection et mes sincères sentiments.

A MES SŒURS KHADIJA, FATIMA ET AMAL,

En témoignage de l'immense affection que je vous porte, je vous dédie ce travail et vous souhaite tout le bonheur du monde pour vous et vos mes beaux frères Noureddine et Boubaker .

A MON FRERE OTHMANE,

*Merci d'avoir supporté ma mauvaise humeur les jours de préparation,
je vous dédie ce travail en témoignage de mon amour et affection. Que
dieu vous protège.*

***A MES NEVEUX ET MES NIECES NOUR EL HOUDA, HAFSA,
SAFAE ET SALAH EDDINE, je vous aime tant***

***A MA CHERE TENTE AICHA, MA COUSINE HANIFA ET SES
ENFANTS AYMANE, AHMED ET ROUMAISAE
A MES TENTES, MES ONCLES, A MES COUSINS ET
COUSINES,***

*En gage de témoignage de mes sentiments et nos souvenirs partagés,
je vous dédie ce travail et vous souhaite beaucoup de bonheur.*

***A TOUS MES PROCHES ET MES AMISE, ET TOUS CEUX OU
CELLES QUE J'AURAI OMIS DE CITER***

Que dieu vous bénisse.

***A TOUS MES MAITRES DE L'ENSEIGNEMENT PRIMAIRE,
DE L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE, ET DE
L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR,***

En témoignage de mon affection et respect

***A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce
travail.***

REMERCIEMENTS



A notre maître et président de thèse
Madame le Professeur LAMYA KARBOUBI,
Professeur de Pédiatrie

Vous m'avez fait l'honneur de présider ce jury.

Votre gentillesse extrême, votre compétence pratique, vos qualités humaines et professionnelles, ainsi que votre compréhension à l'égard des étudiants nous inspirent une grande admiration et un profond respect.

Veillez trouver ici, cher maître, le témoignage de notre grande gratitude.

A notre maître et Rapporteur de thèse

*Madame le Professeur BENJELLOUN DAKHAMA BADR
SOUOUD*

Professeur de Pédiatrie,

*Pour vos conseils judicieux, pour les efforts que vous avez déployés
pour que ce travail soit élaboré.*

*Pour votre soutien indéfectible et votre compétence à toutes les
étapes de ce travail.*

*Nous avons apprécié votre gentillesse inégalée et nous vous
remercions pour vos efforts inlassables.*

Veillez accepter ma profonde reconnaissance.

A notre maître et Juge de thèse
Madame le Professeur NAIMA EL HAFIDI,
Professeur de pédiatrie.

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.

Nous avons eu le privilège de travailler sous votre direction au cours de notre stage d'externat de pédiatrie, nous avons profité de votre enseignement.

Nous avons apprécié votre sympathie et vos qualités humaines.

C'est pour nous l'occasion de vous témoigner estime et respect.

A notre maître et juge de thèse

Monsieur le Professeur RACHID ABILKASSEM

Professeur de Pédiatrie.

C'est pour nous un immense plaisir de vous voir siéger parmi le jury de notre thèse.

Vos qualités humaines et professionnelles sont exemplaires.

Nous vous prions de croire en l'expression de notre respect et reconnaissance d'avoir accepté de juger ce travail.

SOMMAIRE



I- INTRODUCTION	1
II- MALADES ET METHODES	4
1.Milieu et période d'étude	5
2.Critères d'inclusion	5
3.Critères d'exclusion	5
4.Le questionnaire	5
III-RESULTATS	7
1. Le taux de réponse	8
2. L'âge	8
3. Le sexe	8
4. Le délai de la consultation	8
5. Répartition des parents selon le niveau socio-économique	8
6. Répartition des parents selon le niveau d'instruction	9
7. La répartition des parents selon le milieu d'habitation	10
8. Possession du thermomètre et la mesure de la température	10
a. Possession d'un thermomètre à domicile	10
b. La voie de mesure utilisée par les parents	11
9. La fièvre peut-elle être dangereuse ?	12
10 Motifs de consultation aux urgences	12

11. Prise en charge initiale de la fièvre à domicile	13
a. Attitude des parents devant la constatation de la fièvre chez leur enfant .	13
b. Les médicaments les plus utilisés pour traiter la fièvre	14
c. Adaptation du dosage des fébrifuges par les parents	15
d. Le traitement traditionnel utilisé :.....	15
12. Avez-vous déjà reçu des conseils concernant la PEC de la fièvre ?	16
IV- DISCUSSION.....	17
1. Difficultés et limites de l'étude	18
2. DONNEES GENERALES	18
3. Le niveau d'instruction des parents	19
4. Le milieu d'habitation	20
5. LES MOTIFS DE RECOURS AUX URGENCES	21
6. LE DELAI DE CONSULTATION	24
7. La possession du thermomètre et la mesure de la température	25
8. Attitude devant la constatation de la fièvre	30
a.L'utilisation des moyens physiques	30
b.L'utilisation de traitement traditionnel	33
c.Le recours aux fébrifuges	35
d.L'alternance thérapeutique	40
e.L'automédication	42

9. LA FIEVRE EST ELLE DANGEREUSE ?	45
10. Avez-vous déjà reçu des conseils sur la gestion de la fièvre ?	49
CONCLUSION	53
RESUME	56
ANNEXES	60
BIBLIOGRAPHIE	70

I- INTRODUCTION



La fièvre est l'un des symptômes le plus couramment observé en pratique pédiatrique, les parents ont un rôle important dans sa prise en charge initiale. Malheureusement, l'efficacité parentale est médiocre. La fièvre constitue encore une source de souci et d'inquiétude pour les parents.

Plusieurs études concernant la façon dont la fièvre est perçue par différents groupes de population ont été effectuées. Certaines de ces études ont inclus soit les parents, soit les médecins (généralistes et pédiatres), soit les pharmaciens. Elles arrivent pour la plupart à la conclusion qu'il existe une phobie de la fièvre, résultant souvent d'une mauvaise connaissance de celle-ci.

Ce terme (la phobie de la fièvre : fever-phobia des anglo-saxons) a été inventé par Barton schmitt, en 1980, pour décrire cette peur irrationnelle de la fièvre par les parents. (17)

Au Maroc le nombre d'études menées dans ce sens est très limité. Le manque d'information des parents au sujet de la fièvre engendre une prise en charge inadaptée, une anxiété importante et une consommation de soins excessive. Toute la difficulté, mais aussi l'intérêt, est donc d'amener les parents à un niveau de connaissances leur permettant de gérer la fièvre au mieux pour leurs enfants, tout en sachant à quel moment le recours au médecin est nécessaire. L'autre intérêt est de diminuer l'anxiété des parents, facteur déterminant important de leur conduite.

La fièvre semble toujours être au cœur de l'anxiété des parents qui paraissent être les principaux acteurs de sa gestion.

L'objectif principal de ce travail est d'évaluer la prise en charge de la fièvre par les parents : notamment sur leur perception de la fièvre, sur leur connaissance des thérapeutiques et sur leur niveau d'anxiété.

***II- MALADES
ET METHODES***



1. Milieu et période d'étude :

Nous avons mené une enquête prospective, descriptive et analytique auprès de 940 parents venant consulter avec leur enfant pour fièvre aux urgences pédiatriques de l'hôpital d'enfants de RABAT, à l'aide d'un questionnaire pré établi (annexe 1). Les parents ont été choisis au hasard après leur consentement.

L'étude s'est déroulée entre début janvier et fin mars 2014.

L'enquête avait inclus des parents de niveaux sociodémographiques, intellectuels et socioéconomiques différents. Cela a un intérêt capital permettant ainsi d'étudier l'influence de tous ces facteurs sur la perception de la fièvre et sur sa prise en charge par les parents.

2. Critères d'inclusion :

Les enfants de 1mois à 15 ans qui ont consulté pour fièvre aiguë, associée ou non à d'autres symptômes.

Consentement oral des parents.

3. Critères d'exclusion :

Les nouveaux nés (0-28 jours)

Les malades cancéreux et les cas chirurgicaux.

4. Le questionnaire :

Ce questionnaire (annexe 2) a comporté les items suivants :

- Données générales sur la population étudiée :

L'enfant : l'âge, le sexe

Les parents : l'âge, le niveau de scolarité,

Le niveau socio-économique et le milieu d'habitation.

- Prise en charge de la fièvre par les parents :

Attitude à la constatation de la fièvre

Motifs de consultations aux urgences

Utilisation du thermomètre et site de mesure

Différents traitements instaurés par les parents

- La perception de la fièvre :

La fièvre est-elle dangereuse ?

Une fiche conseil destinée aux parents pour la prise en charge de la fièvre a été proposée à la fin du questionnaire. (Annexe 3)

III-RESULTATS



A l'issue de l'enquête nous avons recueilli les renseignements suivants :

1. Le taux de réponse :

Tous les parents invités avaient accepté de participer à l'étude après leur consentement oral.

Les 940 questionnaires étaient tous exploitables.

2. L'âge :

L'âge moyen des parents était de 30ans avec des extrêmes allant de 18 à 46 ans.

L'âge moyen des enfants était de 3ans, les enfants dont l'âge est moins de 5ans avaient constitué un échantillon important dans notre enquête.

3. Le sexe :

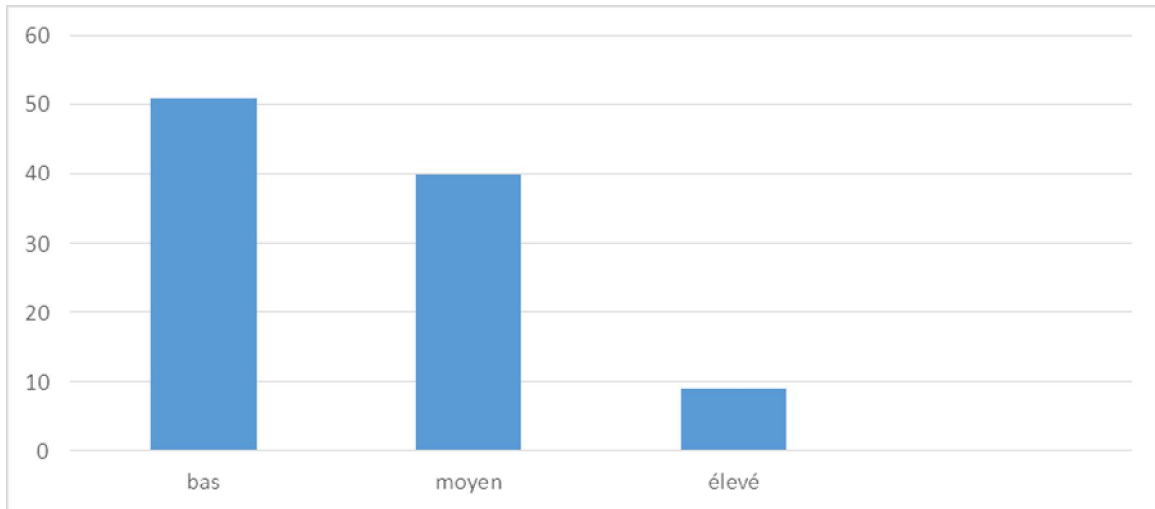
52% des enfants étaient de sexe masculin, le sexe ratio était de 1.08 M/F

4. Le délai de la consultation :

La durée entre le début de la fièvre et la consultation était de deux jours en moyenne avec des extrêmes allant de deux heures à dix jours.

5. Répartition des parents selon le niveau socio-économique :

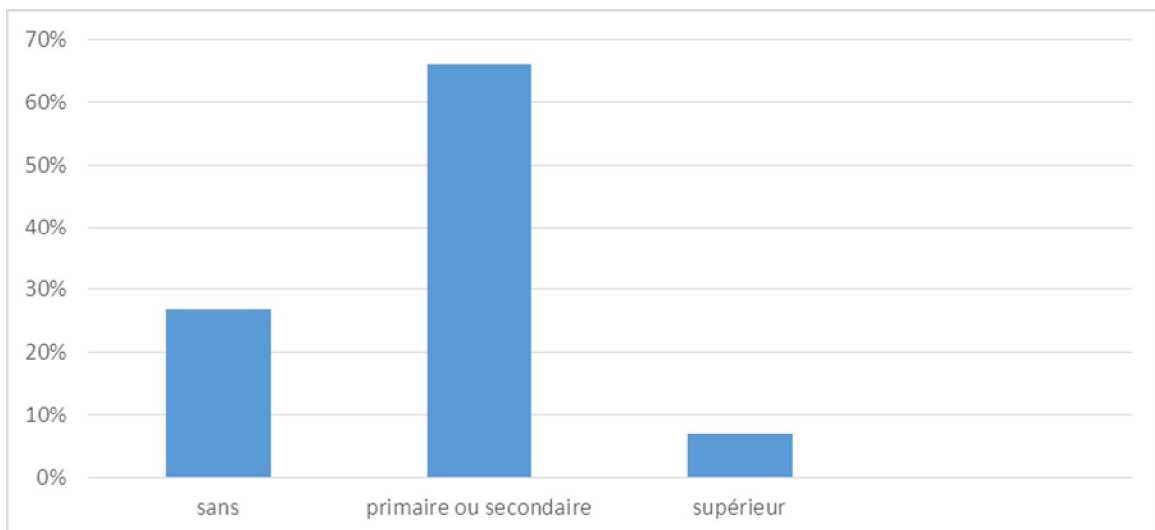
Presque la moitié des parents avait un niveau socio-économique bas ; un niveau moyen était constaté chez 40% des parents alors que seuls 9% avaient un niveau élevé. (Voir graphique n°1)



Graphique n°1 : répartition des parents selon le niveau socio-économique.

6. Répartition des parents selon le niveau d'instruction :

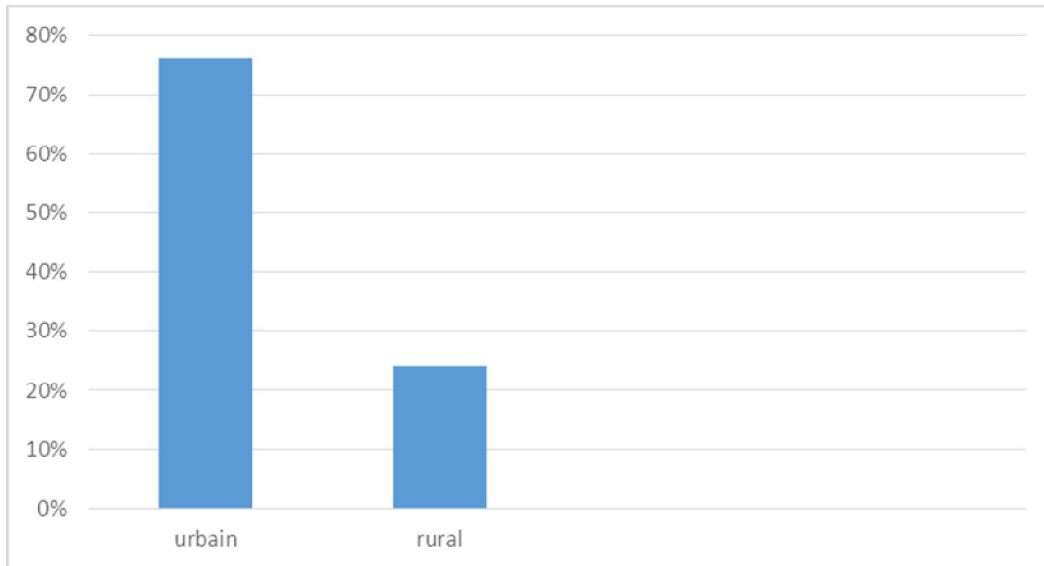
Notre étude a montré que 27% des parents étaient analphabètes, 66% avaient un niveau d'étude primaire ou secondaire et 7% avaient un niveau supérieur. (Voir graphique n°2)



Graphique n°2 : la répartition des parents selon le niveau d'instruction.

7. La répartition des parents selon le milieu d'habitation :

La majorité des parents habitaient en milieu urbain, alors que 24% habitaient en milieu rural. (Voir graphique n°3)

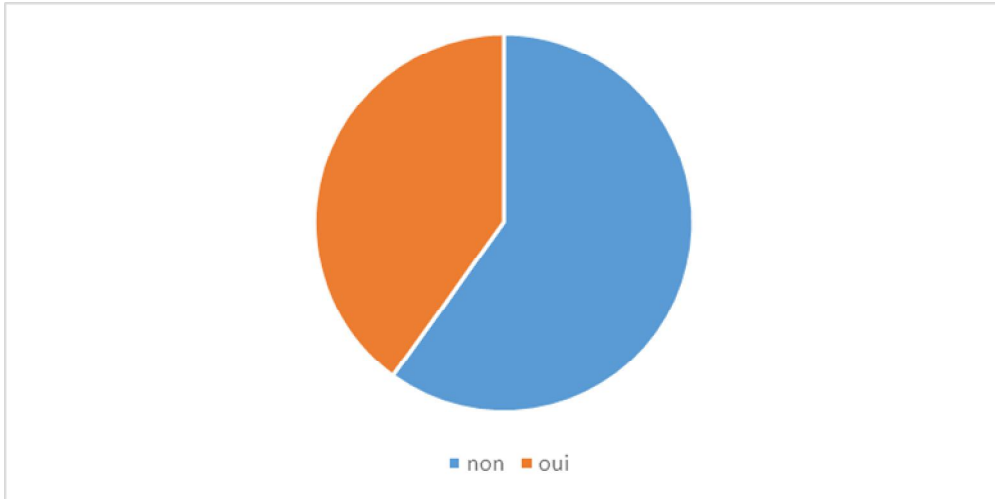


Graphique n° 3 : la répartition des parents selon le milieu d'habitation.

8. Possession du thermomètre et la mesure de la température :

a. Possession d'un thermomètre à domicile :

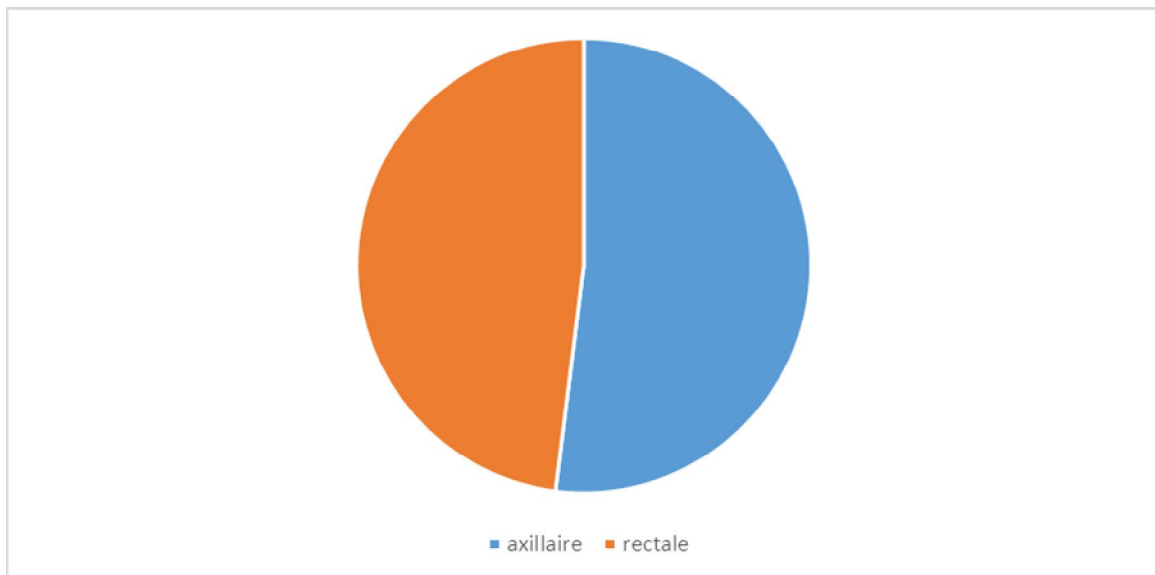
Quarante pourcent des parents avaient un thermomètre à domicile ; 60% des parents avaient utilisé une méthode subjective (le toucher) pour mesurer la fièvre. (Voir graphique n°4)



Graphique n°4 : possession du thermomètre à domicile.

b. La voie de mesure utilisée par les parents :

Parmi les parents qui utilisaient le thermomètre, 52% avaient utilisé la voie axillaire et 48% avaient utilisé la voie rectale. (Voir graphique n°5)



Graphique n°5 : le site de mesure utilisé par les parents.

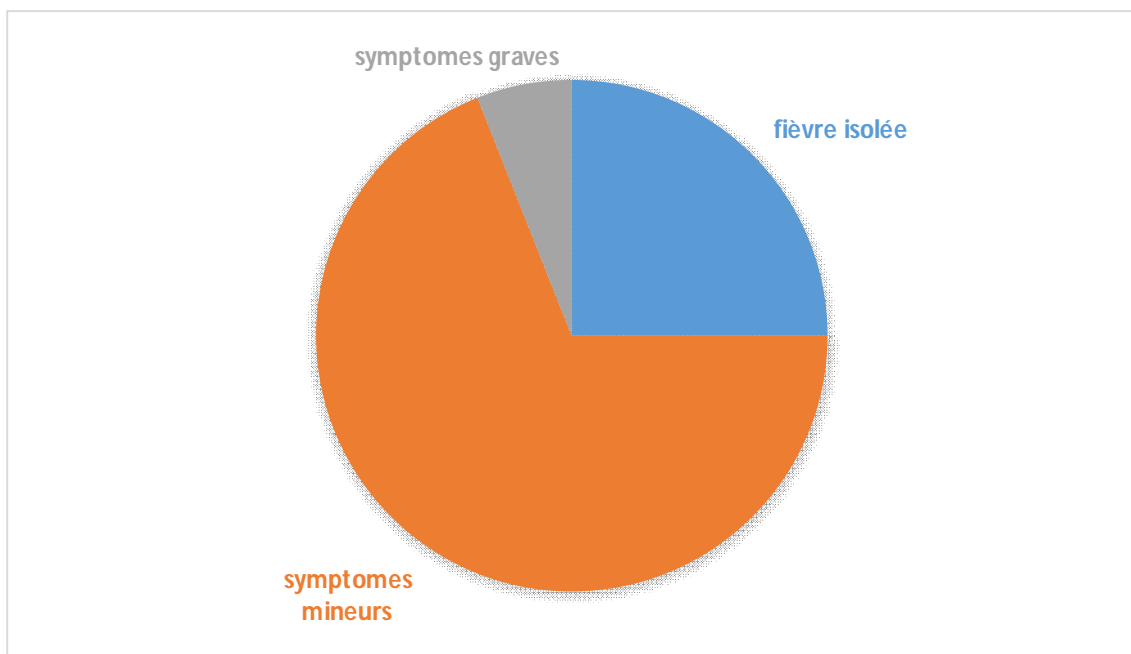
9. La fièvre peut-elle être dangereuse ?

Tous les parents avaient répondu que la fièvre peut être dangereuse et causer des effets secondaires. Cette peur était justifiée par le risque de lésions cérébrales, de convulsion, d'handicap et de décès.

10 Motifs de consultation aux urgences :

Le recours aux urgences médicales pédiatriques était motivé par : (Voir graphique n°6)

- La Fièvre isolé : 25% des enfants,
- La présence de symptômes mineurs associés (toux, rhinorrhée, diarrhée, vomissement...) : 69% des cas
- La présence de symptômes graves (trouble de conscience, convulsion, détresse respiratoire, état de choc...) : 6% des cas



Graphique n°6 : les différents motifs de consultation aux urgences.

11. Prise en charge initiale de la fièvre à domicile :

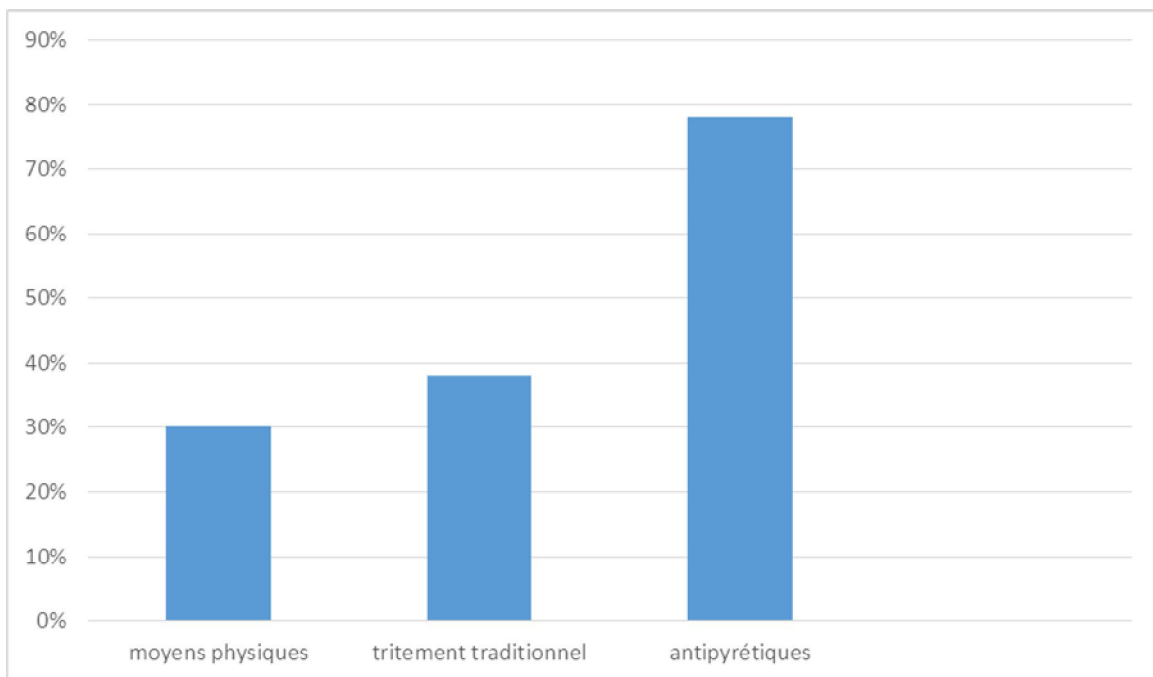
a. Attitude des parents devant la constatation de la fièvre chez leur enfant

La majorité des parents (78%) ont utilisé un traitement antipyrétique pour baisser la fièvre de leurs enfants.

Les moyens physiques ont été utilisés par 30% des parents.

Des traitements traditionnels ont été utilisés par 38% des parents.

(Voir graphique n°7)

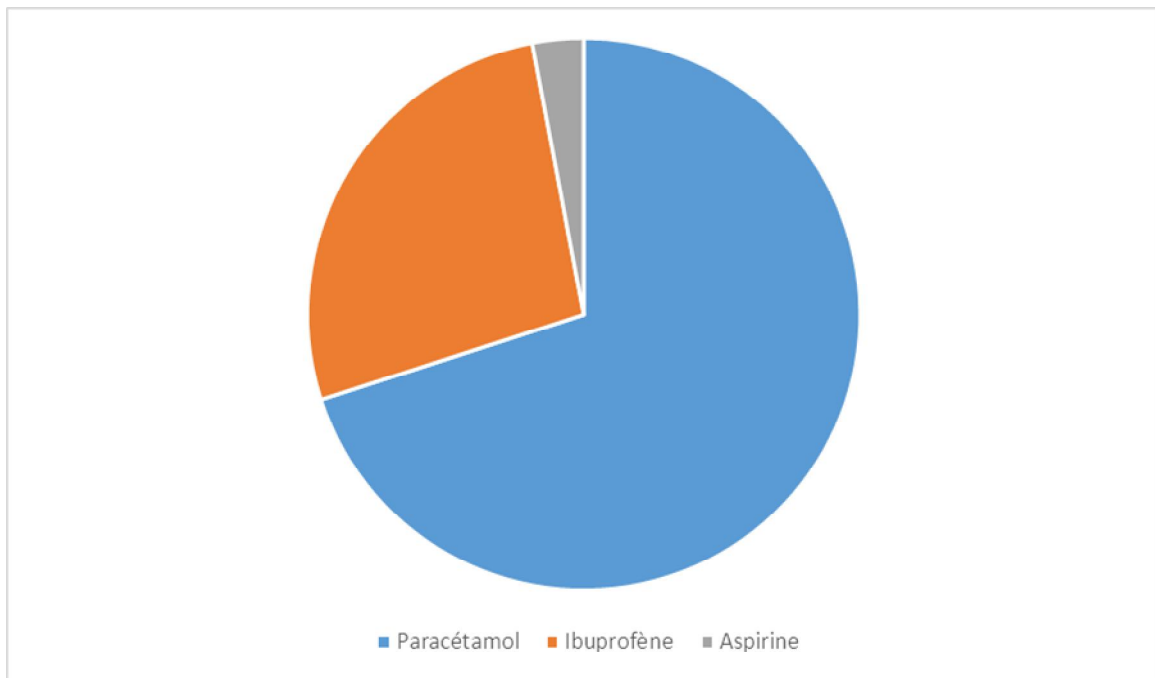


Graphique n°7 : attitude des parents devant la fièvre de leur enfant à domicile.

b. Les médicaments les plus utilisés pour traiter la fièvre :

L'usage du paracétamol était dominant (70%) suivi par l'ibuprofène (27%), l'usage de l'aspirine était moins courant (3%). (Voir graphique n° 8)

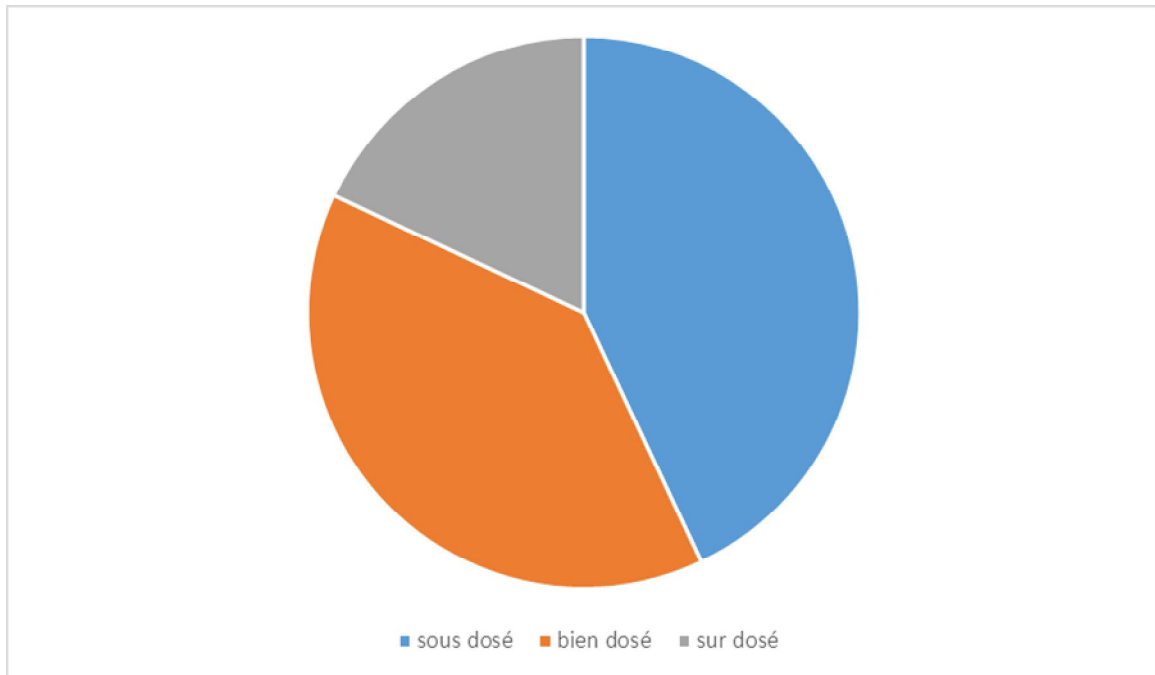
L'alternance thérapeutique était utilisée chez 19% des enfants, les parents avaient associé le paracétamol à l'ibuprofène.



Graphique n° 8 : Fébrifuges utilisés par les parents pour traiter la fièvre.

c. Adaptation du dosage des fébrifuges par les parents :

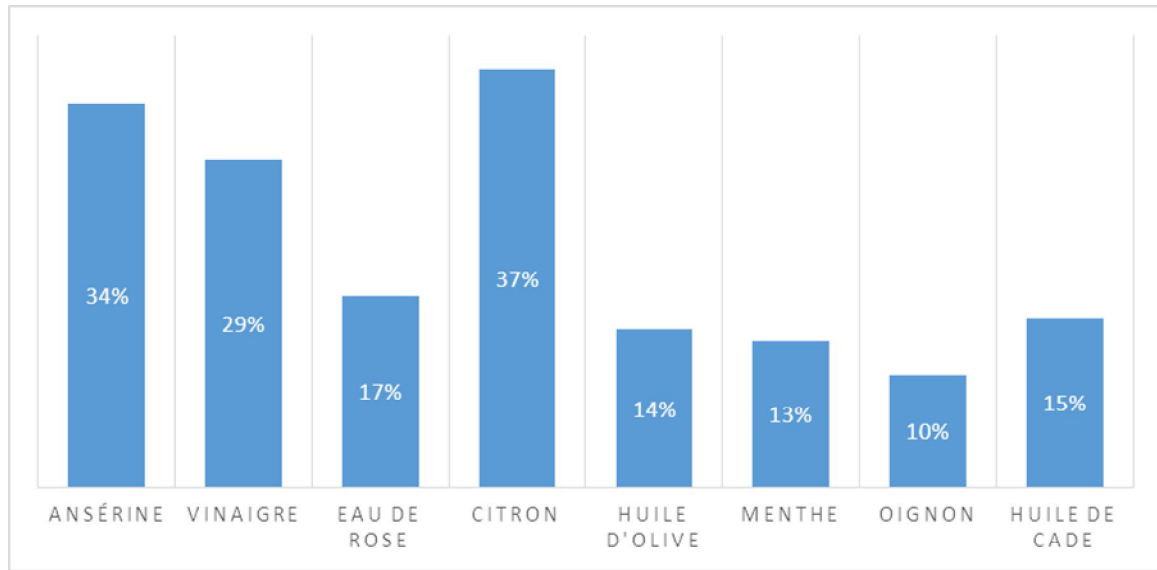
Parmi les enfants qui avaient reçu des fébrifuges, 43% étaient sous-dosé et 18% étaient surdosés. (Voir graphiques n°9)



Graphique n°9 : adaptation du dosage des fébrifuges par les parents.

d. Le traitement traditionnel utilisé :

Plusieurs substances étaient utilisées par les parents pour baisser la fièvre de leur enfant. Ces substances étaient administrées par différentes façons (inhalation, per os ou par application cutanée), incluant des substances toxiques et dangereuses (Ansérine et huile de cade). (Voir graphique n°10)



Graphique n° 10 : Traitements traditionnels utilisés dans le traitement de la fièvre.

12. Avez-vous déjà reçu des conseils concernant la PEC de la fièvre ?

Seuls 11% des parents avaient déjà reçu des conseils médicaux sur la prise en charge de la fièvre ; le reste des parents avait bénéficié de conseils à partir de l'expérience des parents, des grands parents et des voisins.

IV- DISCUSSION



1. Difficultés et limites de l'étude :

L'enquête était réalisée auprès des parents ayant consulté aux urgences avec un enfant fébrile de 1 mois à 15 ans. Les parents interviewés avaient été choisis au hasard, et nous avons obtenu un taux de réponse de 100%.

Notre échantillon était important ; Les 940 questionnaires recueillis au cours de l'étude nous placent parmi les plus importantes en nombre, en comparaison avec toutes les études déjà faites sur ce sujet.

Cette étude était menée dans un domaine au Maroc avec un petit échantillon représentatif de parents sélectionnés au hasard parmi différents niveaux socio-économiques et démographiques. Nous ne pouvons pas comparer les caractéristiques socio-économiques et démographiques de notre population avec celles de la population générale ; notre échantillon n'est sans doute pas représentatif de la population marocaine.

La généralisation des résultats doit donc être faite avec prudence. Il y a un besoin pour une grande étude des pratiques de gestion de la fièvre de l'enfant auprès des parents marocains et ainsi d'identifier les besoins en éducation nécessaire.

2. DONNEES GENERALES :

L'âge moyen des parents était de 30 ans avec des extrêmes allant de 18 à 46ans.

L'âge moyen des enfants était de 3ans, les enfants d'âge moins de 5ans avait constitué un échantillon important dans notre enquête. Cela peut être expliqué par la fréquence des infections virales et bactériennes chez le jeune

enfant du fait de l'immaturation de son système immunitaire, mais aussi par une inquiétude excessive des parents des enfants à cet âge.

52% des enfants étaient de sexe masculin le sexe ratio était de 1.08 M/F

3. Le niveau d'instruction des parents :

La gestion de la fièvre peut être influencé par le niveau d'étude des parents, en effet notre étude a révélé des lacunes dans les connaissances élémentaires et les pratiques usuelles de lutte contre la fièvre de l'enfant par les parents, cela était corrélé au niveau d'étude des parents : seuls 7% des parents avaient un niveau d'étude supérieur, la majorité des parents étaient analphabètes.

Cette carence était rapporté dans la littérature ;

L'étude de DE BONT (7) en 2012 a montré que le niveau d'éducation des parents pouvait influencer les connaissances des parents sur la gestion de la fièvre : la mesure de la fièvre, le traitement antipyrétique utilisé et sa posologie, ainsi que le rôle erroné des antibiotiques. Et aussi qu'un haut niveau d'éducation était prédicteur d'une meilleure connaissance sur la gestion et le traitement de la fièvre par rapport à des parents avec un faible niveau d'éducation.

Maria Rkain (4) avait rapporté dans son étude que la connaissance de la définition exacte de la fièvre était significativement associée au niveau professionnel des parents, à leurs niveaux d'études et à la prise de conseils et d'informations préalable auprès des professionnels de santé.

Dans l'article de M. S. Soltani (21), L'étude des principaux déterminants des connaissances des mères avait montré que l'âge de la mère, le niveau

d'instruction et la profession des deux parents ainsi que le nombre d'enfants, avaient influencé ces connaissances de façon statistiquement significative.

L'étude de CINAR (31) en Turquie avait constaté que le niveau d'éducation des mères pouvait engendrer une différence significative sur certains items : la prise de la température, l'assurance de boissons fréquentes, dormir dans la même chambre que l'enfant fébrile et le réveiller la nuit pour lui donner les antipyrétiques. Les mères ayant un niveau d'étude universitaire étaient plus susceptibles d'assurer ces soins que les mères qui avaient un niveau d'étude plus bas.

4. Le milieu d'habitation :

Dans notre échantillon étudié : 76% des parents habitaient en milieu urbain et 24% en milieu rural.

L'étude de Cinar (31) en Turquie avait montré que Le milieu d'habitation, civil ou rural, avait une influence significative sur les pratiques de gestion de la fièvre par les parents. Il existait des différences significatives dépendantes de la ville natale des parents. Ceux qui vivaient dans les grandes villes étaient beaucoup plus susceptibles de prendre la température de leur enfant, et d'assurer des boissons abondantes, que ceux qui vivaient dans une petite ville.

Dans l'étude d'Aboussad (12) une comparaison des attitudes et connaissances des parents habitant en ville avec ceux habitant à la campagne a révélé que la qualité des connaissances et pratiques des mères est meilleure en ville.

5. LES MOTIFS DE RECOURS AUX URGENCES :

Le recours fréquent aux services hospitaliers et aux services des urgences par les parents en cas de fièvre est rapporté dans la littérature. Cela a constitué la conséquence de leur inquiétude exagérée, de leur préoccupation de l'état de santé de leur enfant, et de leur incapacité à gérer la fièvre à domicile.

Aux urgences, les parents n'ont pas besoin de rendez-vous, ils sont assurés de voir un médecin jour et nuit, avec une accessibilité aux personnes de tout niveau socio-économique.

En pratique, une consultation médicale en cas de fièvre ne se juge nécessaire qu'en cas de présence de facteurs de risques : une fièvre qui ne baisse pas malgré un traitement bien mené, un âge inférieure à 6 mois, présence de symptômes accompagnateurs, ou une mauvaise tolérance de la fièvre voire un état de santé altérée.

Il persiste malgré tout, une angoisse parentale à propos de la fièvre de l'enfant, s'expliquant par une mauvaise connaissance des conséquences possibles de la fièvre ; il en résulte une prise en charge non optimale, notamment en ce qui concerne le recours aux soins.

Notre étude a montré que la consultation de 25% des enfants était motivée par la présence d'une fièvre isolée, alors que la majorité des enfants (69%) avaient des symptômes mineurs associés (rhinorrhée, toux, vomissement, diarrhée...). Seuls 6% des parents avaient consulté à raison de présence de signes graves chez leur enfant (convulsion, troubles de conscience, détresse respiratoire, état de choc....)

Dans l'étude de M. BOURROUS (10) réalisée à Marrakech, seulement 15,2% des parents avaient considéré qu'une consultation médicale était nécessaire et en urgence en cas de fièvre. Cependant, la majorité des parents (84,8%) traitaient leurs enfants fébriles à domicile sans consulter précipitamment. La consultation médicale n'était motivée que lorsque la fièvre persistait (déclaration la plus souvent émise), ou bien si la fièvre était très élevée ou si l'enfant était très malade. Cette discordance était expliquée par l'absence de l'assurance maladie, et par le bas niveau socioéconomique des parents qui essayaient toujours de minimiser les dépenses médicales en adoptant d'autres mesures moins chères, en plus de la question de l'héritage culturel qui jouait aussi un rôle très important.

L'étude de Mark C Enarson (37) avait rapporté que la plus importante raison des parents canadiens lors de la consultation médicale (45%) était de recevoir une explication spécifique sur la cause de la fièvre, la réception de conseils sur la gestion de la fièvre était leur deuxième attente (23%) ; d'autre part, 13.2% des parents avaient consulté dans l'intérêt de se sentir rassurés.

Les résultats de l'étude de Boivin (39), évaluant le comportement des parents face à une fièvre élevée de l'enfant, avaient confirmé que le recours au médecin était immédiat dans 77.2% des cas et 26.8% avaient suspecté systématiquement une maladie grave. A l'opposée, 11.7% des parents avaient estimé que le recours au médecin pouvait attendre et 29% avaient évoqué la possibilité d'une maladie bénigne.

La surutilisation des services médicaux, par des parents ayant un enfant fébrile, est rapportée dans la littérature. Anne Walsh (40) a expliqué dans son article que la décision des parents de consulter un médecin est influencée par plusieurs facteurs :

- Présence de symptômes spécifiques de maladie : douleur, toux (49,7%) ;
- persistance de la fièvre (41,5%) ;
- une fièvre très élevée (37,4%) ;
- existence de malaise général, d'une détérioration ou d'une léthargie (34,7%).
- l'incapacité de réduire la fièvre, une fièvre récurrente malgré la prise d'un antipyrétique (29,4%) ;
- le besoin de conseils ou de réconfort (20,4%).

Dans l'étude de De Bont (7), le symptôme le plus fréquemment mentionné par les parents pour consulter un médecin était une fièvre évoluant depuis trois jours (81.3%). Seuls 2.7% des parents avaient répondu qu'ils avaient consulté un médecin dès que leur enfant présentait de la fièvre.

L'étude de Nathalie Chapelle (3) avait montré que 40.2% des parents avaient consulté uniquement à cause de la présence de fièvre, ce qui avait montré leur inquiétude face à ce symptôme. 30.8% des parents avaient consulté à cause des chiffres élevés de la température ; 18.8% avaient consulté en raison des symptômes associés à la fièvre ; 5.1% avaient consulté en raison de l'échec

des traitements entrepris à domicile ; enfin, 5.1% avaient consulté à cause de la durée de la fièvre.

En Tunisie, l'étude de M.S.Soltani (21) avait montré que le recours au médecin était l'attitude de 98,6% des mères, si la fièvre avait persisté ; et aussi l'attitude de 34,4% des mères même si la température de l'enfant avait baissé après l'utilisation de remèdes à domicile. L'étude du recours au médecin avait montré que le niveau d'instruction de la mère et du conjoint, la profession de la mère et du conjoint, ainsi que l'éducation sanitaire favorisaient le recours au médecin même si la température baisse suite à l'utilisation d'un traitement à domicile. Si la température reste élevée, presque toutes les mères consultaient systématiquement le médecin.

En effet, le nombre de parents se présentant aux urgences avec un enfant fébrile depuis peu de temps et ne présentant aucun signe de gravité ne cesse d'augmenter. Le but de l'éducation parentale est d'atténuer l'angoisse face à la fièvre de leur enfant, afin d'améliorer la prise en charge de ce dernier, notamment en terme de recours aux structures de soins.

6. LE DELAI DE CONSULTATION :

Notre étude a montré que la durée entre le début de la fièvre et la consultation était de deux jours en moyenne avec des extrêmes allant de deux heures à dix jours.

L'étude de J.Stagnara (49) publiée en 2005, évaluant l'attitude des parents face à la fièvre de leurs enfants, avait montré que pendant l'épisode fébrile la moitié des parents interrogés avaient téléphoné à un médecin. Parmi ceux-ci, 43,9 % avaient appelé un médecin entre 0 et 3heures après le début de l'épisode.

78% de ces appels précoces étaient effectués après 20 heures. Pendant la journée, c'était le médecin de famille qui était contacté de manière privilégiée (81 % des cas), alors qu'après 20 heures, 42 % des parents avaient appelé SOS médecins et 25 % avaient appelé un hôpital ou une clinique. Enfin, 61% des épisodes fébriles avaient conduit à une consultation de ville et 13% à une consultation hospitalière. (49)

L'étude de Nathalie Chappelle (3) avait trouvé que 5.1% des parents avaient consulté à cause de la durée de la fièvre et parmi eux, 33.3% avaient consulté à partir de 24 heures d'évolution, et autant à partir de 48 heures d'évolution.

L'étude d'Aboussad (12) menée à Eljadida en 1997 avait rapporté que le délai moyen de consultation après l'apparition de la fièvre était de 1.6 jour et que 53.5% des enfants étaient encore fébriles à la consultation, avec, dans 10.5% des cas, une température supérieure ou égale à 39 °C.

7. La possession du thermomètre et la mesure de la température :

L'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé dans sa dernière mise au point sur la prise en charge de la fièvre, a défini la fièvre 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. (1)

La régulation de la température corporelle est assurée par un centre thermorégulateur situé dans la région pré optique de l'hypothalamus antérieur. Ce centre se comporte comme un thermostat ; il détermine le point d'équilibre thermique et permet le maintien de la température corporelle dans ses limites. La fièvre est due à une élévation de ce thermostat. (1)

La méthode de référence pour mesurer la température corporelle est le thermomètre électronique par voie rectale. En pratique quotidienne, certaines méthodes de dépistage, moins précises, sont intéressantes parce qu'elles évitent le stress, voire les traumatismes, que peut entraîner la prise de température rectale. On peut ainsi utiliser les bandeaux à cristaux liquides à apposer sur le front, le thermomètre électronique par voie buccale ou axillaire (qui nécessite des temps de prise plus longs et a l'inconvénient d'une sous-estimation fréquente) et le thermomètre à infrarouge, généralement utilisé par voie auriculaire, qui présente l'avantage d'un temps de prise très rapide (une seconde). (1)

Notre enquête a révélé une insuffisance importante concernant la mesure de la température à domicile. 60% des parents n'avaient pas de thermomètre. Alors que parmi ceux qui avaient un thermomètre 52% prenaient la température au niveau axillaire et 48% au niveau rectal. En effet, le fait de sentir un enfant chaud n'est pas toujours synonyme de fièvre.

D'après les données de la littérature, l'équipement parental en thermomètre, l'aptitude et la capacité d'utilisation et de lecture des thermomètres par les parents restent très insuffisants. Le recours à la palpation pour diagnostiquer et estimer la fièvre est fréquent.

Plusieurs études étaient réalisées pour évaluer les différentes voies de mesure de la fièvre utilisée par les parents. L'article de SERMET-GAUDELUS (27) avait montré que la mesure de la température par voie rectale était le plus fidèle reflet de la température corporelle.

L'étude de Nathalie Chapelle (3) menée à l'université de Lorraine en juin 2011 avait montré que : Seuls 28.2% des parents n'utilisaient pas de thermomètre pour mesurer la température corporelle. La voie de mesure la plus utilisée était la voie rectale (39.3%). La voie tympanique était également utilisée (12%), tout comme le thermomètre frontal (10.3%). 7.7% des parents avait utilisé la voie axillaire, alors qu'elle n'était utile que chez les nourrissons.

L'étude de Diane Gabay (2) avait montré que 93% des familles possédaient un thermomètre à domicile et la température était prise à domicile dans 86% des cas avant la consultation aux urgences pédiatriques ; la voie rectale était utilisée par presque la moitié des parents (49.6%) ; suivie par la voie axillaire (26.7%) et la voie auriculaire 10.1%.

Dans les pays bas, la plupart des parents (76.6%) avaient utilisé : le thermomètre rectal, (17.4%) le thermomètre tympanique, alors que seuls (1.4%) avaient pris la température par voie axillaire ou buccale (1.1%). La majorité des parents (64.2%) avaient cru que la détection de la fièvre par le toucher pourrait indiquer si l'enfant était fébrile ou non. 71.5% des parents avaient mesuré la température deux ou trois fois par jour si l'enfant se sentait mal. (7)

En Tunisie, la prise de la température par voie rectale était dominante (75,8%), alors que près de 18% des mères n'avaient pas mesuré la température, en raison de la non disponibilité du thermomètre. (21)

Par contre la voie axillaire avait dominé dans d'autres études :

L'étude de Michael Crocetti (43) avait montré que parmi les parents interrogés, 76% avaient possédé un thermomètre. Le procédé préféré de mesure de la température était axillaire (68%), rectal (16%), buccal (15%), et tympanique (1%). En ce qui concerne la surveillance de la température, 67% des parents ont dit qu'ils allaient vérifier la température de leur enfant au moins toutes les heures.

Aussi l'étude d'Anna Karwowsk (6) avait aussi montré que 84.2% des parents mesuraient la température de leur enfant avec un thermomètre, en utilisant souvent la voie axillaire.

Le résultat de l'étude d'Abbey Rupe menée à Kansas (9) avait montré que la température était souvent mesurée par voie axillaire (71.7%), par voie buccale (35%), par voie rectale (13.0%), et par voie tympanique (11.3%). Avec la particularité du toucher retrouvé dans 22.5% des cas.

Dans l'étude de Martin G. Betz (11), presque tous les parents avaient utilisé le thermomètre électronique, 60% avait mesuré la température par voie axillaire, 19% la voie buccale, 14% la voie tympanique, seulement 7% avaient utilisé la voie rectale.

D'autre part, l'étude de sellier joliot (8) avait montré que l'utilisation du thermomètre électronique par voie rectale avait diminué au profit de celle des thermomètres frontaux à infrarouges dont le nombre d'utilisateurs avait triplé depuis 2006. L'évaluation de la température par le toucher était la deuxième méthode la plus citée mais elle n'était pratiquement pas utilisée seule.

Au Maroc, l'étude de BOURROUS (10) réalisée à Marrakech avait montré que la moitié des parents interrogés n'avaient pas de thermomètre à la maison, 81% avaient un niveau socio-économique défavorable. La moitié seulement des parents avait su utiliser un thermomètre. La mesure de la température avait été subjective par le toucher dans 50,5% des cas, réalisée par la voie rectale dans 43,8%, et la voie axillaire dans 5,7%.

L'étude de Maria Rkain (4) à Rabat avait montré que seuls 54.4% des parents avaient utilisé le thermomètre ; alors que 44.4% détectaient la fièvre par le toucher au front. La voie rectale avait constitué 73.7% des mesures suivie par la voie axillaire 25%.

L'étude réalisée en Palestine par Sa'ed H Zyoud (5) avait révélé que 65.4% des parents avaient déterminé la fièvre par le toucher alors que seulement 31.6% avaient mesuré la température. La voie buccale avait désigné la moitié des voies de mesure (50.2%) ; alors que la voie rectale 25.9% et la voie axillaire 21.1%.

Universellement, les mères avaient utilisé souvent le toucher pour détecter la fièvre chez leurs enfants.

Un examen systématique, des études publiées évaluant la capacité des mères à détecter la fièvre chez leurs enfants en touchant, avait été effectué. La méta-analyse avait révélé une sensibilité de 89,2% et une spécificité de 50%. Le toucher maternel avait été peut-être plus utile d'exclure la fièvre plutôt que de la statuer. (47)

Une autre étude réalisée par WAMMANDA (46) avait montré que les mères avaient été capables d'évaluer correctement la présence ou l'absence de la fièvre chez leurs enfants. Bien que la détermination de la température par

l'utilisation d'un thermomètre fût l'étalon d'or, la description de la fièvre par le toucher maternel peut être adéquate comme une méthode alternative de détermination de la présence ou l'absence de fièvre chez les enfants, qui n'avait pas semblé être influencé par leur niveau d'éducation.

8. Attitude devant la constatation de la fièvre :

a. L'utilisation des moyens physiques :

Les méthodes physiques ont pour but de reproduire les échanges que l'organisme met naturellement en jeu avec le milieu extérieur pour assurer sa régulation thermique.

Or on sait aujourd'hui que ces méthodes ont une efficacité modeste (seul le mouillage semble avoir un certain effet antipyrétique) ; par ailleurs, l'effet de ces méthodes de refroidissement cesse très rapidement dès qu'on les interrompt ; enfin, et surtout, elles suscitent constamment un inconfort parfois important car tout ce qui tend à réduire la température déterminée par l'organisme au niveau central est perçu comme désagréable. A l'inverse, trop couvrir l'enfant pour qu'« il n'attrape pas froid » peut être dangereux.

Au total, trois mesures simples, en association au traitement médicamenteux, sont à privilégier :

- proposer à boire fréquemment, en préférant une boisson bien acceptée par l'enfant à une boisson très fraîche, qui n'entraînera au mieux qu'une baisse limitée de la température,
- ne pas trop couvrir l'enfant,
- aérer la pièce.

L'utilité des autres mesures, en particulier le bain frais, est remise en cause au regard de leurs inconvénients. (1)

Notre étude avait montré que seuls le tiers des parents avaient appliqué les moyens physiques pour faire baisser la température de leur enfant.

L'analyse des données de la littérature avait montré une insuffisance des connaissances parentales vis-à-vis de l'utilisation des moyens physiques :

Au Maroc, des études anciennes avaient montré que l'utilisation des moyens physiques, dans le traitement de la fièvre, était très faible. Plusieurs parents avaient ignoré ces moyens, alors que d'autres avaient utilisé ces moyens de façon incorrecte ou avait fait l'inverse de ce qui doit se faire :

L'étude d'Aboussad (12) avait révélé que le rôle bénéfique du déshabillage des enfants fébriles était évoqué par 40 % des mères, alors que dans 39 % des cas, l'enfant était habillé en plus. Un supplément de boissons était assuré chez 45,5 % des enfants, et dans 9,55 % des cas une restriction hydrique. Les bains tièdes étaient utilisés dans 15 % des cas.

L'étude faite à Marrakech avait montré que Les traitements traditionnels étaient utilisés dans plus de la moitié des cas (57%). les moyens physiques utilisés étaient les serviettes mouillées (47,3%), les boissons (14,7%), les bains tièdes (12%) et le déshabillage (7%). (10)

A Rabat, une étude ancienne en 2011 avait montré que l'utilisation des moyens physiques était dominée par les bains tièdes (46.8%) et le déshabillage (21.1%). les serviettes mouillées (16.4%), les boissons (15.8%). l'eau glacée n'était pas utilisé comme une méthode d'abaissement de la température, tandis

que d'autres méthodes étaient pratiquées comme des serviettes trempées dans l'eau froide. (4)

D'après les données de l'étude de Diane Gabay (2), 43.3% des parents n'avaient pas connu ou n'avaient pas appliqué les mesures physiques.

Les résultats de l'étude de J.-M. Boivin et al (39) avaient montré que le bain et la douche étaient très largement utilisés pour faire baisser la température des enfants fébriles (94.4% d'utilisateurs parmi les parents interrogés). Ces bains ou douche étaient donnés à une température adéquate (classiquement 2°C en dessous de la température rectale) dans plus de la moitié des cas (55.4%), mais 39.9% des parents avaient fait prendre un bain ou une douche à une température trop élevée ou trop basse à leur enfant fébrile. Près de trois quart des parents (69.4%) avaient déshabillé leur enfant. Ils n'étaient que 30% à penser à les hydrater et seuls 5% d'entre eux avaient pensé à respecter une température « adaptée » de la chambre.

Le résultat d'une étude de J.STAGNARA (49), concernant les moyens physiques, avait montré que 65% des parents avaient donné un bain, 41% avaient déshabillé l'enfant et 24% l'avaient hydraté pour faire baisser la fièvre.

L'étude de N. MOURDI (53) avait révélé que le traitement non médicamenteux (mesures physiques) pour faire baisser la fièvre était débuté avant le premier contact avec le professionnel de santé dans 93 % des cas, et comprenait dans 97 % des cas l'une des trois mesures recommandées par l'Afssaps : «donner à boire» (75 %), « découvrir l'enfant » (60 %) et « baisser le chauffage» (18 %). Dix pour cent des accompagnants avaient utilisé l'ensemble

des trois mesures concomitamment comme recommandé. Un parent sur cinq (22 %) avait donné en plus un bain à son enfant pour faire baisser la fièvre.

En France, l'étude de Nathalie Chapelle (3) avait rapporté que le déshabillage était pratiqué par 77.8% des parents ; 89.7% des parents avaient pensé également à augmenter les apports hydriques de leur enfant en cas de fièvre afin de prévenir le risque de déshydratation. Bien qu'il ne soit actuellement plus recommandé de manière systématique dans le traitement de l'enfant fébrile, le bain était pratiqué par près de la moitié des parents (48%). Seulement 12% des parents avaient baissé la température ambiante de la pièce pour faire diminuer la fièvre de leur enfant.

b. L'utilisation de traitement traditionnel :

Au Maroc, le recours à des traitements traditionnels en cas de fièvre est fréquent, notre étude avait montré que 38% des parents avaient utilisé différentes substances pour baisser la fièvre de leur enfant. Certaines substances étaient dangereuses et leur utilisation pouvait exposer à un risque d'intoxication (Ansérine/M'Khinza 34% et huile de cade 15%).

D'autres substances étaient utilisées par les parents pour faire baisser la fièvre de leur enfant : le citron (37%), le vinaigre (29%), l'eau de rose (17%), l'huile d'olive (14%), le menthe (13%) et l'oignon (10%). Ces substances étaient utilisées soit par inhalation, per os ou par application cutanée.

L'étude d'ABOUSSAD (12) avait mentionnée cette pratique chez 8.5% des enfants, il y avait recours à des infusions traditionnelles ou à des plantes (thym : cinq cas, menthe : deux cas, citron : deux cas, girofle : un cas et verveine : deux

cas). La consultation chez un guérisseur traditionnel était notée dans sept cas (3,5 %).

M Bourrous (10) avait rapporté dans son étude mené à Marrakech que les traitements traditionnels étaient utilisés dans plus de la moitié des cas (57%); à base de citron (57%), de l'ansérine (55%), de vinaigre (11%), et/ou d'eau de rose (2%). le rôle de l'héritage culturel et l'influence du niveau socio-économique et éducatif était prépondérant. Parmi les parents qui utilisaient des traitements traditionnels, 80% avaient un niveau socio-économique défavorable et 87,3% étaient non instruits ou avaient un niveau d'instruction primaire. L'ignorance par les parents des risques de ces substances sur leurs enfants jouait aussi un rôle important.

L'étude de Maria Rkain (4) mené à Rabat en 2011 avait montré que les traitements traditionnels étaient utilisés par 45,1 % des parents. Les différentes substances utilisées étaient : l'eau de rose 45.1% ; le vinaigre 16% ; le citron 7.6% ; et l'ansérine 31.3%.

Le manque d'information sur les risques de la pharmacopée traditionnelle surtout chez les nourrissons et les enfants existe encore.

Au Maroc, ces substances sont accessibles au consommateur, sans prescription ni autorisation de mise sur le marché. Son usage irrationnel conduit à des événements indésirables graves, voire mortels. La sensibilisation du citoyen est essentielle.

c. Le recours aux fébrifuges :

A la différence des méthodes physiques, le traitement médicamenteux antipyrétique agit principalement sur les mécanismes de régulation centrale de la température corporelle. Il ne doit pas être administré de manière systématique, l'indication pour débiter un traitement antipyrétique est portée à 38,5° C avec, pour objectif, de lutter contre l'inconfort de l'enfant (excepté dans les cas de fièvres dites dangereuses, à partir de 41° C, où le traitement vise avant tout à diminuer la température centrale). (1,14)

La fièvre est un mécanisme de défense physiologique qu'il faut savoir respecter du moment que l'enfant la tolère bien, qu'il ne présente pas de signes de gravité ni de complications.

Selon le guideline NICE de 2013, les antipyrétiques ne doivent pas être administrés dans le seul but de réduire la fièvre chez l'enfant. Le paracétamol et l'ibuprofène peuvent être utilisés indifféremment. L'administration des deux traitements simultanément n'a pas d'intérêt, mais l'adjonction d'un deuxième antipyrétique peut être envisagé si la fièvre ne baisse pas suffisamment ou remonte très vite après le premier traitement. (48)

Dès lors que la décision de traiter est prise, se pose alors la question de la molécule antipyrétique à utiliser. Il en existe trois principales : le paracétamol, l'acide acétylsalicylique ou aspirine, et l'ibuprofène, de la famille des anti-inflammatoires non stéroïdiens. (1,14)

La méconnaissance du risque réel lié à la fièvre semble également mener à un emploi inadéquat voire abusif de fébrifuges dans la population pédiatrique. Dans notre étude, 78% des parents avaient utilisé les fébrifuges afin de baisser la

température de leur enfant. Le paracétamol était le traitement de référence (70%) devant l'ibuprofène (27%), l'usage de l'aspirine était moins courant (3%).

Le paracétamol est largement utilisé, mais ses mécanismes d'action ne sont pas encore bien connus. Les doses de paracétamol sont différentes lors du traitement de la fièvre ou la douleur. Tout en étant un médicament sûr et efficace, il est important d'optimiser son administration afin d'éviter des surdoses et maximiser l'effet. La Fièvre phobie devrait être évitée et rationalisée. Facteurs possibles de risque accru de toxicité. La prescription de paracétamol n'est limitée que par deux contre-indications : l'hypersensibilité à la molécule et l'insuffisance hépatocellulaire. (1, 14,15)

L'utilisation du paracétamol en première attention était rapportée dans la littérature, plusieurs études avaient montré que le paracétamol était le premier choix des parents pour baisser la fièvre :

Les études menées auprès des parents et des médecins de SOS Médecins Meurthe et Moselle avait montré que 97.4% des parents avaient utilisé des traitements médicamenteux d'emblée pour faire baisser la fièvre de leur enfant. Le paracétamol était utilisé dans 95.7% des cas, l'ibuprofène dans 44.4% des cas (ce qui montrait la fréquence des associations paracétamol + ibuprofène). L'aspirine n'était utilisée que dans 1 cas (0.9%). 100% des médecins interrogés avaient prescrit le paracétamol en première intention. Des associations thérapeutiques étaient réalisées dans 41.2% des cas, ce qui était élevé. En cas d'association, 100% des médecins avaient associé l'ibuprofène au paracétamol. (3)

Elena Chiappini (42) avait écrit dans son article « Gestion de la fièvre chez les enfants : Résumé des lignes directrices de la Société italienne de pédiatrie » que dans des circonstances particulières, une forte fièvre pouvait être un facteur prédictif de l'infection bactérienne grave. L'utilisation des méthodes physiques pour réduire la fièvre était déconseillée, sauf en cas d'hyperthermie. L'utilisation d'antipyrétiques, du paracétamol ou de l'ibuprofène était recommandée uniquement lorsque la fièvre était associée à l'inconfort. L'utilisation alternée des antipyrétiques était déconseillée. La dose d'antipyrétique devait être basée sur le poids de l'enfant plutôt que l'âge. Chaque fois que possible, l'administration orale du paracétamol était préférable à l'administration rectale. L'utilisation de l'ibuprofène était déconseillée chez les enfants fébriles atteints de varicelle ou de déshydratation. L'utilisation de l'ibuprofène ou du paracétamol n'était pas contre-indiqué chez les enfants fébriles souffrant d'asthme. Les preuves étaient insuffisantes pour formuler des recommandations concernant la fièvre chez les enfants atteints d'autres maladies chroniques, mais la prudence était recommandée. Les nouveau-nés atteints de fièvre devaient toujours être hospitalisés en raison du risque élevé d'affection grave ; le paracétamol pouvait être utilisé, avec la dose ajustée pour l'âge gestationnel. L'utilisation du paracétamol ou de l'ibuprofène n'était pas efficace dans la prévention des convulsions fébriles ou les effets néfastes des vaccins.

L'utilisation des différents antipyrétiques a beaucoup évolué, cela est évoqué dans l'étude de Sellier Joliot (8). Les spécialités à bases de paracétamol sont restées dominantes mais les AINS s'imposent. Pourtant, bien qu'il soit prouvé que le délai d'action de l'ibuprofène a été légèrement inférieur à celui du

paracétamol, son efficacité est équivalente mais le risque d'effet secondaire est supérieur.

L'efficacité de l'ibuprofène a été prouvée par plusieurs méta-analyses internationales, menées auprès d'un vaste échantillon de patients. Sur le plan national, l'équipe du Pr Aziz Bousfiha (16) avait mené une étude au service des urgences de l'hôpital Ibn Rochd de Casablanca avec pour objectif d'évaluer l'efficacité antipyrétique de l'ibuprofène suspension pédiatrique dans un contexte d'urgences pédiatriques, 30 minutes après son administration. Elle avait concerné 1120 enfants âgés de six mois à 12 ans arrivant aux urgences avec une température supérieure à 38° C. Une dose de 10 mg d'ibuprofène par kg avait été administrée et la température avait été à nouveau évaluée, 30 minutes après. La moyenne des températures initiales qui s'était élevée à 38,76 ° C, était passée à 38,15°C après 30 minutes. Deux cent-trois enfants, qui avaient présenté une température supérieure à 39,5° C (moyenne à l'admission de 39,83° C) avait obtenu une diminution de près de 1°C à l'issue des 30 minutes (moyenne à T 30 de 38,93°C).

L'Afssaps et le ministère de la Santé du Maroc recommandent de ne pas utiliser l'ibuprofène en cas de varicelle. Il s'y associe des précautions d'emploi, notamment pour les viroses de façon générale. (1)

L'étude de M.L. Charkaluk (41) réalisée pour évaluer la place de l'ibuprofène dans le traitement de la fièvre de l'enfant avait montré que l'ibuprofène était largement utilisé comme antipyrétique en pédiatrie, le plus souvent dans le cadre d'une bithérapie avec le paracétamol. Cette bithérapie, ou alternance thérapeutique, était inutile et potentiellement dangereuse. L'usage de

l'ibuprofène était le résultat d'une prescription médicale de l'enfant. Au titre du principe de précaution, l'ibuprofène doit être réservé aux fièvres très élevées, mal tolérées et répondant mal à une monothérapie bien conduite par le paracétamol. Les prescripteurs devraient être bien avertis des précautions d'emploi voire des contre-indications de cette molécule : varicelle, situation à risque d'hypovolémie (vomissements et/ou diarrhée) et peut-être antécédents d'asthme et/ou d'allergies. Cette étude avait souligné la nécessité d'une information des médecins au sujet de l'alternance thérapeutique.

L'aspirine, dont le mode d'action était bien connu, avait longtemps été utilisée dans le traitement de la fièvre chez l'enfant, du moins jusqu'au début des années quatre-vingt, période à laquelle un lien entre la prise d'aspirine au cours d'un épisode viral et la survenue d'un syndrome de Reye avait été démontrée aux Etats-Unis. Même si ce risque avait finalement été considéré comme minime, l'Agence anglaise du médicament avait recommandé en 2002 de ne pas utiliser d'aspirine chez l'enfant de moins de 16 ans sans avis médical. En conséquence, l'acide acétylsalicylique ne pourrait être administré chez les enfants que sur avis médical, lorsque les autres mesures ont échoué. (14)

Au contraire de l'ibuprofène, l'utilisation de l'aspirine à visée antipyrétique chez l'enfant s'est restreinte au cours des dernières années. Cette tendance à la disparition se confirme dans plusieurs études.

L'étude de Nathalie Chapelle (3) avait montré que la non utilisation de l'aspirine avait prouvé que les parents avaient été sensibilisés aux risques potentiels auxquels cette molécule expose (syndrome de Reye). Le paracétamol était de loin la molécule la plus employée, conformément aux recommandations

actuelles. L'ibuprofène était très utilisé en automédication, ce qui avait montré que les parents n'étaient pas encore informés des contre-indications éventuelles (par exemple la varicelle).

d. L'alternance thérapeutique :

L'alternance thérapeutique nécessite une évaluation de l'efficacité et des effets secondaires de l'association de paracétamol et de l'ibuprofène, ou de leur alternance consécutives, par rapport à la monothérapie pour le traitement de la fièvre chez les enfants.

Dans notre série, 19% des parents avaient associé les antipyrétiques.

Dans la littérature plusieurs études ont été effectuées pour évaluer l'efficacité d'une alternance thérapeutique :

En Jordanie, l'étude de Athamneh (22) a montré qu'environ 47% des parents croyaient qu'une alternance des médicaments était utile dans les cas où la température n'avait pas baissé après l'administration du premier médicament antipyrétique.

D'autres études avaient eu comme objectif de comparer l'efficacité clinique du paracétamol et l'ibuprofène seul avec un régime alternatif dans la réduction de la fièvre et des signes de mal tolérance chez les nourrissons et les jeunes enfants :

L'étude Gracian Li Pereira (33) avait montré que la plupart des médecins avaient indiqué une alternance thérapeutique en cas d'échec d'une monothérapie, de ré-ascension de la fièvre ou d'indication médicale systématique.

Tandis que dans l'étude de Figen Demir (32), une grande majorité des médecins avaient conseillé les parents d'utiliser le paracétamol et l'ibuprofène en alternance pour diminuer le risque de complication.

Une autre étude de Lynne C. Kramer (45) avait conclu qu'une alternance du paracétamol et d'ibuprofène avait diminué significativement la fièvre à 4 et 5 heures par rapport au paracétamol seul. Cependant, les parents n'avaient pas perçu une différence dans l'efficacité.

Dans son article s'intéressant à l'alternance thérapeutique du paracétamol et de l'ibuprofène, Barton D. Schmitt (36) avait rapporté que l'alternance du paracétamol et de l'ibuprofène ne devait pas être utilisée pour traiter l'enfant fébrile et que l'ibuprofène seul ne devait pas être utilisé chez les jeunes enfants.

Le résultat de l'étude de Anne Walsh (40) dans ce contexte avait montré que plus de la moitié (51,8%) des parents avait alterné les antipyrétiques. Les influences sur l'alternance des antipyrétiques étaient : les conseils d'un médecin (49,5%), l'enfant étant fébrile après avoir un premier antipyrétique (41,7%) et les qualités thérapeutiques des différents antipyrétiques (21,6%).

Aucune étude n'a pu démontrer l'intérêt d'une alternance ou d'une association d'antipyrétiques. Elle a été pourtant toujours largement utilisée en pratique. Elle a compliqué l'analyse d'imputabilité en cas d'effet indésirable, notamment de nature allergique dont la prévalence augmente. La réévaluation du rapport bénéfice/risque est le prérequis à la hiérarchisation de l'ibuprofène et du paracétamol, à l'aune d'un objectif recentré autour du confort de l'enfant.

e. L'automédication :

Facilement accessibles, les médicaments antipyrétiques étaient largement utilisés en automédication par les parents, qui n'attendaient pas la consultation médicale, pour faire baisser la fièvre de leur enfant.

Notre étude a montré que l'automédication des antipyrétiques était associée à des erreurs de dosage. 43% des enfants étaient sous-dosés et 18% étaient surdosés.

En France une étude Escourrou (20) avait révélé que la fièvre constituait la principale raison d'automédication des enfants par les parents (44%). La classe antalgique- antipyrétique était la classe médicamenteuse la plus utilisée en automédication avec en chef de file le paracétamol suivi par les anti-inflammatoires non stéroïdiens (ibuprofène et aspirine). Les associations paracétamol et AINS étaient fréquemment utilisées avec des risques de surdosage et d'interactions médicamenteuses (inversion de pipettes, spécialités commerciales différentes pour un même principe actif). Les parents donnaient l'impression de ne pas être bien informés et 55% d'entre eux avaient au moins fait une erreur en automédiquant leur enfant. De même, de très nombreuses études à travers le monde avaient trouvé des taux importants d'automédication dans la fièvre de l'enfant, beaucoup l'avaient expliqué par une inquiétude excessive des parents. (20)

L'étude de J.Stagnara (49) avait montré qu'avant d'appeler le médecin 94% des parents avaient eu recours à une ou plusieurs prises de médicaments. Les spécialités les plus utilisées étaient le paracétamol (64 % Dopliprane®, 29%

Effergal®) et l'ibuprofène (39%), dans 68,8 % plusieurs prises étaient administrées avant de contacter le médecin.

Concernant les attitudes et pratiques des mères, l'étude de M.S.Soltani (21) avait trouvé que les mères qui avaient plus de recours à l'automédication, étaient celles âgées de plus de 25 ans, celles qui étaient instruites, celles qui travaillaient, celles dont le mari était instruit et celles dont le mari était cadre ; par contre l'éducation sanitaire et le nombre d'enfants vivants ne semblaient pas exercer d'effet sur l'automédication. Notant que la majorité des mères qu'elles soient éduquées ou pas avaient fréquemment recours à l'automédication.

Une autre étude réalisée par PURSSELL (44) avait montré que les parents ayant des niveaux élevés d'anxiété à propos de la fièvre, étaient enclins de traiter de manière agressive la fièvre, en utilisant souvent des médicaments de manière incorrecte. En raison de la toxicité potentielle associée aux antipyrétiques, le nombre élevé de parents qui utilisaient ces médicaments de manière incorrecte était préoccupant. Cependant, l'âge et l'éducation parentale n'étaient pas prédictifs de la bonne utilisation des antipyrétiques. (44)

Selon John McIntyre (50), la réponse à la question « faut-il traiter systématiquement la fièvre de l'enfant? » est controversée ; les méthodes physiques d'abaissement de la fièvre et notamment « le bain tiède » ne font plus partie des recommandations actuelles ; cela rend hésitant les parents. Les agents antipyrétiques sont devenus une partie essentielle dans la gestion des enfants fébriles. Au cours de la fièvre, le paracétamol et l'ibuprofène ne réinitialisent pas efficacement le "thermostat central». Qu'il soit utilisé seul ou en combinaison, ils donnent généralement lieu à une réduction rapide de la température

corporelle. Si les médicaments doivent être si largement utilisés, il est essentiel que leurs effets secondaires et leurs effets indésirables soient bien compris et équilibrés contre les risques potentiels et les bénéfices de la fièvre.

Sullivan (45) dans son article a affirmé que Des conseils appropriés sur la gestion de la fièvre commençait à aider les parents à comprendre que la fièvre, en soi, ne constitue pas un danger pour un enfant généralement en bonne santé. En revanche, la fièvre peut effectivement être bénéfique ; ainsi, le véritable objectif de la thérapie antipyrétique n'est pas simplement à normaliser la température du corps, mais aussi d'améliorer le confort et surtout le bien-être de l'enfant. Le paracétamol et l'ibuprofène, lorsqu'ils sont utilisés à des doses appropriées, sont généralement considérés comme des agents sûrs et efficaces dans la plupart des situations cliniques. Cependant, comme avec tous les médicaments, ils doivent être utilisés judicieusement afin de minimiser le risque des effets indésirables et de la toxicité. Le traitement combiné avec du paracétamol et l'ibuprofène peut placer les nourrissons et les enfants à risque en raison des erreurs de dosage et les résultats défavorables, et ces risques potentiels doivent être soigneusement pris en considération. En conseillant la famille sur la gestion de la fièvre chez l'enfant, les pédiatres et les autres professionnels de santé doivent minimiser la fièvre phobie et souligner que l'utilisation d'antipyrétique n'empêche pas la survenance des convulsions fébriles. Les pédiatres doivent se concentrer plutôt sur la surveillance des signes et symptômes d'une maladie grave, l'amélioration du confort de l'enfant par le maintien de l'hydratation et la sensibilisation des parents sur l'utilisation appropriée, le dosage, et le stockage sécuritaire des antipyrétiques.

9. LA FIEVRE EST ELLE DANGEREUSE ?

L'utilité de la fièvre est essentiellement de lutter contre les infections. L'élévation de la température bloque la prolifération de nombreux agents pathogènes et en tue un certain nombre. On observe également une diminution des concentrations plasmatiques de métaux, tels le fer, le zinc et le cuivre, essentiels à la prolifération des bactéries. Finalement, l'apparition de cellules lésées par des virus va déclencher des mécanismes de défense qui finalement vont inhiber la prolifération virale. (18)

La fièvre n'est pas toujours synonyme d'infection, même si en pratique c'est le diagnostic le plus souvent retenu. Elle peut accompagner d'autres causes métaboliques, inflammatoires ou médicamenteuses. La fièvre aiguë peut cependant être responsable en elle-même de complications ; ou être un symptôme d'une pathologie infectieuse grave nécessitant une prise en charge adaptée urgente.

Il n'y a donc pas lieu de la craindre spécifiquement. Ces complications majeures sont :

Les crises convulsives hyperthermiques : elles sont très impressionnantes pour les parents car ils ont l'impression que leur enfant va mourir. La crainte de leur survenue explique en grande partie la préoccupation des parents concernant l'apparition d'une fièvre chez leur enfant, qu'il ait eu ou non une crise par le passé. (13)

La déshydratation : La fièvre entraîne une augmentation des pertes hydriques par pertes respiratoires et par la transpiration. On estime ces pertes à 80 ml/m²/24h par degré au-dessus de 37°C. Chez le nourrisson qui ne peut

exprimer sa soif et qui est plus sensible aux effets de la déshydratation, il ne faut pas hésiter à augmenter les apports hydriques en augmentant la quantité d'eau par biberon de 10 à 30 ml et surtout en proposant des solutés de réhydratation.

(13)

L'hyperthermie maligne : c'est une hyperthermie supérieure à 40°C associée à une atteinte pluri-viscérale comportant des complications cardiovasculaires avec possible collapsus, des complications hépatiques avec troubles de la coagulation (CIVD), des complications rénales et neurologiques (convulsions, coma) sans qu'aucune autre cause puisse expliquer ces lésions.

(13)

Dans notre série, la phobie parentale de la fièvre et l'ignorance des bénéfices et des risques de la fièvre par les parents, est manifeste. En effet, la totalité des parents interrogés ont considéré que la fièvre est dangereuse. Beaucoup de parents avaient des idées reçues à propos de la fièvre et de ses conséquences potentielles. Le risque d'handicap, de lésions cérébrales et de crises convulsives était souvent mentionné par les parents comme justification.

Dans la littérature, il a été signalé que beaucoup de ces croyances étaient également partagés par les fournisseurs pédiatriques de soins de santé et la fièvre phobie était le message qu'ils relataient auprès des parents.

L'étude WALSH Anne (38), évaluant les influences de la gestion de la fièvre par les parents, avait révélé que la fièvre était considérée comme un signal d'alerte pour les parents, alerte que quelque chose « cloche » avec le corps de leur enfant. Certains parents pensaient que la fièvre faisait partie du mécanisme de défense de l'organisme et de lutte contre les organismes envahisseurs. La

plupart des parents ignoraient les avantages immunologiques associés à la fièvre. Certains parents croyaient que la température continuerait à augmenter si elle n'était pas réduite. Bien que la fièvre soit bénéfique, les parents étaient préoccupés par son élévation. La plupart des parents croyaient qu'une forte fièvre pourrait provoquer des convulsions fébriles, la mort, la déshydratation, un accident vasculaire cérébral et des problèmes cardiaques. Pour prévenir les dommages, la fièvre élevée devrait être évitée, maîtrisée et réduite.

La fièvre est ressentie comme une menace pour les parents, cela est rapporté par plusieurs études (le tableau suivant). Les parents ont peur que la fièvre soit à l'origine de séquelles neurologique irréversible et même entraîné la mort.

	Atteinte cérébrale	Convulsion	Risque de mort	Risque d'handicap	Coma	Déshydratation	Epilepsie	Autres
Schmitt 1980 (17)	45%	15%	8%		6%	4%		
Crocetti et al (51)	21%	32%	14%		2%	4%		14%
Michael Crocetti (43)	14%	14%	44%	2%		4%		13%
Suisse (52)	24.3%	28.86%	20.2%			6.8%		
Edward Purcell (44)	12%	65%	6%			22%		
Rabat 2011 (4)	28.9%	18.8%		19.5%	14.8%			
Marrakech (10)	26.8%	8.5%	29.5%	56.8%				2.5%
Tunisie (21)	35.6%	56.2%				33.2%	19.1%	13.6%
Palestine (5)	38.1%	4%			13.9%		14.2%	
Jordanie (22)	57.93%	20.43%	2.64%		6%	10.34%		

Les dangers les plus cités dans les différentes études par les parents sont l'atteinte cérébrale, les convulsions fébriles, la déshydratation et la mort.

L'étude de DIANE GABAY (2) rapporte que les parents qui se sentent bien informés connaissent mieux les posologies et les mesures physiques, preuve que l'éducation des parents peut être bénéfique sur certains points. Néanmoins, même chez ces parents mieux informés, la fièvre en soi représenterait toujours un danger. Ceci est la preuve que « la fièvre en tant que symptôme bénin » est un message mal intégré par les parents.

10. Avez-vous déjà reçu des conseils sur la gestion de la fièvre ?

Notre étude montre que seuls 11% des parents ont reçu des conseils sur la gestion de la fièvre de leur enfant par les professionnels de santé.

Ces résultats nous informent sur l'importance et l'utilité de l'éducation sanitaire parentale vis-à-vis de la fièvre. Nos données étaient proches de ceux observées dans les anciennes études menées au Maroc :

L'étude de Maria Rkain (4) réalisé en 2011 à Rabat avait montré que 72% des parents n'avaient pas reçu d'information sur la fièvre et que seuls 43% des parents avaient reçu des conseils sur la gestion de la fièvre. La première source d'information était le pédiatre (23.5%) suivi par le médecin généraliste (21.2%) et l'expérience des grands parents (16.3%).

L'étude de Bourous (10) menée à Marrakech en 2007 avait montré que 91% des parents n'avaient jamais reçu d'informations concernant la fièvre et sa prise en charge. Ils avaient déclaré que les informations qu'ils avaient leurs étaient transmises par les parents et les grands parents. Seulement une minorité (9%) des parents avaient reçu des conseils. Leur source d'informations était représentée principalement par les professionnels de la santé, particulièrement le médecin généraliste (50%), le pédiatre dans un quart des cas, et le personnel paramédical dans un quart des cas.

L'information et l'éducation parentales dans notre contexte paraissent très insuffisantes, ce qui ne permet pas une prise en charge adéquate de la fièvre infantile. Plusieurs études ont révélé que l'éducation et l'information parentales ont un effet bénéfique sur la perception et les attitudes des parents face à la fièvre.

Dans l'étude de Nathalie CHAPELLE (3), 76.9% des parents se sentaient suffisamment informés sur la conduite à tenir face à un enfant fébrile. Cependant, 88% des parents pensaient qu'il serait utile de mieux informer les parents sur les comportements à adopter en cas de fièvre chez l'enfant.

ENARSON (37) avait rapporté qu'un peu plus de 84% des parents avaient déclaré qu'ils aimaient recevoir plus d'informations sur la fièvre lors des consultations médicales.

L'étude ANN WALSH (38) avait montré que l'Influence des connaissances limitées des parents sur l'utilité de la fièvre était évidente dans leurs croyances et leurs pratiques. La connaissance des bénéfices de la fièvre, bien que limitée, était apprise auprès des médecins. La recherche des informations à partir de sources variées était à l'origine de problèmes supplémentaires car les informations reçues par la famille, les amis, à partir des livres et des professionnels de santé étaient souvent contradictoires. Cette contradiction avait augmenté les préoccupations et le sentiment d'insécurité des parents.

Une autre étude d'Ann Walsh (40) avait rapporté que les parents avaient appris à gérer la fièvre à partir de plusieurs sources, en majorité les médecins (60,9%), mais aussi à travers de l'expérience personnelle (39.1%). Cette expérience étant acquise à partir de livres et magazines de santé d'enfants, des

mères et des amis. Autres sources citées en dehors des médecins étaient l'implication des infirmiers, de pharmaciens et les thérapeutes de médecine alternative.

La peur exagérée de la fièvre, se retrouve chez les parents de toutes les classes socio-économiques. Les pédiatres peuvent contribuer par inattention à la fièvre phobie si leur pratique et leur message éducatif sont contradictoires. Une étude contribuant dans ce contexte réalisée par Ariane May (29) avait montré que 65% des pédiatres croyaient que la fièvre en elle-même pouvait être dangereuse pour l'enfant, et qu'une température élevée pouvait entraîner des complications telles que les convulsions (30%), des lésions cérébrales (21%), une déshydratation (17%), une obnubilation (5%), ou la mort (26). 80% des pédiatres avaient essayé d'éduquer les familles sur la fièvre au cours des visites ; mais seulement 38% avaient abordé les dangers de la fièvre. L'éducation était faite principalement au cours des visites des enfants malades, cela était associé à l'anxiété parentale sur la fièvre chez leur enfant ce qui pouvait interférer et engendrer et des fausses croyances.

En Jordanie l'étude Clay T. Jones (28) a montré que l'éducation lors des visites d'enfant en bon état peut être plus efficace.

L'Internet peut aussi être une bonne source d'informations sur les problèmes de santé courants, mais les conseils obtenus par le World Wide Web ne devraient pas être un substitut à des soins de routine par un médecin de famille. Mais il peut être difficile pour les parents de mettre en pratique les messages éducatifs lorsque les informations qu'ils reçoivent de l'internet,

comme l'avait révélé l'étude de Piero Impicciatore (30), étaient souvent incomplètes et en partie trompeuses.

Dans l'étude de DE BONT (7), la plupart des parents avaient indiqué qu'ils avaient déjà reçu des informations sur la fièvre de l'enfant, souvent à travers l'internet, le médecin généraliste, et le centre de maternité. La plupart des parents préféraient recevoir des informations par le médecin quand leur enfant était malade. Beaucoup de parents (92,3%) partageaient des expériences au sujet de leur enfant malade avec la famille et les amis.

En Tunisie, l'étude réalisée par M.S.SOLTANI (21) avait montré que le niveau d'éducation des parents avait un effet significatif sur les interventions des parents et les connaissances sur la fièvre. Des études de populations différentes avaient confirmé que les parents qui avaient reçu des conseils sur la gestion de la fièvre de l'enfant, de leur médecin, avait su mieux gérer leurs enfants fébriles. L'éducation sanitaire ainsi que la profession de la mère étaient déterminantes pour les connaissances des mères au sujet des complications de la fièvre. (21)

Il persiste malgré tout une angoisse parentale à propos de la fièvre de l'enfant, s'expliquant par une mauvaise connaissance des conséquences possibles de la fièvre ; il en résulte une prise en charge non optimale, notamment en ce qui concerne le recours aux soins.

Il est donc important d'entreprendre et de poursuivre l'éducation des parents afin de majorer leur autonomie et de diminuer leur angoisse, ce qui aboutira à une amélioration de la prise en charge de l'enfant fébrile.

Nous proposons une fiche conseils élaborée au service des urgences à l'attention des parents pour les sensibiliser au problème de la fièvre.

CONCLUSION



La fièvre est un symptôme très fréquent chez le nourrisson et l'enfant, sa présence exige une double démarche : diagnostique, en cas de fièvre prolongée ou aiguë, et thérapeutique. Sa prise en charge initiale est souvent l'apanage des parents. Les connaissances, les attitudes et les pratiques des parents en matière de fièvre restent encore très insuffisantes, en particulier au sein des populations dont les niveaux socio-économiques et intellectuels sont défavorisés.

La fréquence de la fièvre rend nécessaire l'autonomisation des parents quant à sa prise en charge. La mauvaise maîtrise des traitements médicamenteux entrave sa bonne prise en charge et génère des dépenses de santé qui pourraient être évitées. Il est donc important de poursuivre l'éducation des parents afin de majorer leur autonomie et de diminuer leur angoisse, ce qui aboutira à une amélioration de la prise en charge de l'enfant fébrile.

L'étude présente avait montré des insuffisances dans les connaissances des parents : notamment sur l'utilisation du thermomètre pour une mesure objective de la fièvre, l'utilisation de substances dangereuses pour faire baisser la fièvre et une mal adaptation du dosage des antipyrétiques exposant à un risque de surdosage et d'intoxication.

En outre, tous les parents avaient considéré que la fièvre en elle-même peut être dangereuse et responsable de complication.

La majorité des parents n'avaient pas reçu des conseils appropriés sur la gestion de la fièvre.

L'information et l'éducation parentales dans notre contexte revêtent une grande importance. Ainsi, tous les intervenants, en particulier les professionnels de la santé, doivent fournir plus d'efforts à ce niveau afin de leur permettre de gérer de façon adéquate la fièvre de leurs enfants à domicile.

Cette information doit comporter les mesures symptomatiques à mettre en place (notamment les mesures physiques et les posologies adaptées), et permettre aux parents d'apprendre à reconnaître les signes d'alerte qui justifient une consultation médicale et d'autre part maîtriser les règles d'administration des antipyrétiques. Des fiches conseils pourraient être élaborées à partir des recommandations de l'AFSSAPS, ou des conseils figurants dans le carnet de santé.

Le médecin reste le pilier central de l'éducation parentale en rappelant à chaque consultation la prise en charge de la fièvre et en les rassurant en cas de « fièvre phobie ».

RESUME



RESUME:

Titre: Enquête sur la perception et la prise en charge de la fièvre d'enfants par les parents.

Auteur: Mme EL BEKKAOUI Meryem

Mots clés: fièvre, enfant, parents, connaissances, perception

Introduction:

La fièvre est un symptôme fréquent en pédiatrie. Les parents sont souvent les premiers à s'y confronter avant de consulter.

Le but de notre étude était d'évaluer les connaissances, les pratiques et la perception de la fièvre d'enfant par les parents.

Méthodes:

Nous avons réalisé une enquête auprès de 940 parents venant consulter avec leur enfant fébrile aux urgences médicales pédiatriques de l'hôpital d'enfants de Rabat. L'étude s'est déroulée de janvier 2014 à mars 2014. Les parents étaient questionnés à leurs arrivés; et après leurs consentements; à l'aide d'un questionnaire préétabli.

Résultats:

L'âge moyen des parents était de 30 ans. L'âge moyen des enfants était de 3 ans. Le sex-ratio était de 1.08M/F. Seuls 7% des parents avaient un niveau d'étude supérieur.

40% des parents utilisaient le thermomètre, la voie axillaire était utilisée dans 52 % des cas et la voie rectale dans 48% des cas. Le délai de consultation était de deux jours en moyenne. Tous les parents considéraient la fièvre comme dangereuse. Le recours aux urgences était motivé par la fièvre isolé (25%) ou associé à des symptômes mineurs (69%) ou graves (6%).

Sur le plan thérapeutique, 30% des parents utilisaient les moyens physiques, 38% utilisaient les traitements traditionnels. Le paracétamol était le traitement de référence (70%). L'alternance d'antipyrétiques était retrouvée dans 19% des cas. 43% des enfants étaient sous-dosés et 18% étaient surdosés. Seulement 11% des parents avaient déjà reçu des conseils sur la gestion de la fièvre.

Conclusion:

L'information et l'éducation parentales revêtent une importance particulière afin de permettre aux parents de gérer de façon adéquate la fièvre de leurs enfants à domicile.

ABSTRACT:

Title: A survey on the perception and management of child fever by parents.

Author: EL BEKKAOUI Meryem

Keywords: fever, child, parents, knowledge, perception

Introduction:

Fever is a frequent symptom in pediatrics. Parents are often the first to confront it before consulting the healthcare professional, each parent adopting an attitude or another based on their knowledge and experience.

The purpose of our study was to assess the knowledge, practices and perception of parents towards child fever.

Methods:

We established a survey among 940 parents coming to consult with their feverish child to pediatric emergency department in Rabat. The study was conducted from January 2014 to March 2014. The parents were questioned as they come after their consents using a predetermined questionnaire.

Results:

The middle age of the parents was 30 years old. The middle age of children was 3 years old. The sex ratio was 1.08 M/F. Only 7% of parents had a high level of education, 27% were analphabets and 66% had completed primary or secondary study.

Forty percent of parents used the thermometer; the axillary site was used in 52% and the rectal site in 48%. The consultation period was two days in average. All parents considered fever dangerous. The use of emergency was motivated by isolated fever (25%) or associated with minor symptoms (69%) or severe (6%).

Therapeutically, 30% of parents used physical methods, 38% used traditional treatments. Paracetamol was the reference treatment (70%). The alternating antipyretics was found in 19% of cases. Forty three percent of children were under dosed and 18% were overdosed. Only 11% of parents had received advice on managing fever.

Conclusion:

Parental knowledge about fever is insufficient. Information and parental education in our context have a great importance to enable parents to manage adequately the fever of their children at home.

ملخص

العنوان: تحقيق حول إدراك وإدارة حمى الأطفال من قبل الآباء

من طرف: السيدة البكاوي مريم

الكلمات الأساسية: الحمى، الأطفال، الآباء، معارف، مدركات

المقدمة:

تعتبر الحمى من الاعراض الشائعة في طب الأطفال . وغالبا ما يكون الآباء أول من يواجهها قبل الاستشارة الطبية بناء على معارفهم وخبراتهم. الهدف من دراستنا هو تقييم معارف، ممارسات ومدركات الوالدين تجاه حمى الاطفال.

الأساليب:

أجرينا مقابلات مع 940 من آباء الأطفال الذين أصيبوا بالحمى وذلك في قسم الطوارئ الطبية بمستشفى الاطفال بالرباط. أجريت الدراسة خلال الفترة من يناير 2014 إلى مارس 2014. وتم استجواب الأهل عند قدومهم بعد موافقتهم باستخدام استبيان محدد بشكل مسبق.

النتائج:

كان متوسط عمر الآباء الذين شملتهم الدراسة 30 عاما وكان متوسط عمر الأطفال 3 سنوات. وبلغت نسبة الجنس 1.08. ذكر/انثى . فقط 7% من الآباء كان لديهم مستوى عالي من التعليم، وكان 27% منهم أميين و66% انهوا الدراسة الابتدائية أو الثانوية. وبينت الدراسة ان 40% من الآباء استخدموا مقياس الحرارة، تم استخدام موضع الإبط في 52% وموضع الشرج في 48%. بلغت فترة قبل الاستشارة يومين في المتوسط . واعتبر جميع الآباء ان الحمى خطيرة. وكان الدافع وراء اللجوء الى الطوارئ ظهور الحمى (25%) أو ظهور اعراض مرافقة لها طفيفة (69%) أو شديدة (6%). من الناحية العلاجية، 30% من الآباء قاموا باستخدام الوسائل الفيزيائية، واستخدمت العلاجات التقليدية من قبل 38%. كان الباراسيتامول العلاج المرجعي للآباء (70%). تم استعمال مخفضات الحمى بالتناوب في 19% من الحالات. وحصل 43% من الأطفال على جرعة ناقصة من خافض الحرارة و18% على جرعة زائدة. فقط 11% من الآباء تلقوا نصائح طبية بشأن إدارة الحمى.

الخلاصة:

معرفة الآباء حول الحمى غير كافية. يعتبر التوعية والتعليم ذات أهمية كبيرة لتمكين الوالدين من إدارة حمى أطفالهم في المنزل.

ANNEXES



Annexe 1



REPUBLIQUE FRANÇAISE

MISE AU POINT SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA FIEVRE CHEZ L'ENFANT

Introduction

A la suite de l'identification d'effets indésirables rares, mais particulièrement graves, associés à la prise d'antipyrétiques chez l'enfant, certaines stratégies de traitement de la fièvre ont récemment été remises en cause. Par ailleurs, l'objectif de la prise en charge de l'enfant fébrile a considérablement évolué au cours des dernières années ; il est désormais plus centré sur l'amélioration de son confort que sur une recherche systématique de l'apyrexie.

Dans ce contexte, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) a souhaité redéfinir les bénéfices attendus des différents types de traitement et préciser les risques, qui doivent être pris en compte lors de la prescription. A partir des données actualisées de pharmacovigilance, l'Afssaps a élaboré la présente mise au point, avec la participation d'un groupe d'experts et en liaison avec la Société Française de Pédiatrie.

La fièvre : définition et méthodes de mesure

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 ; ce n'est qu'à partir de 38,5°C qu'il est éventuellement utile d'entreprendre un traitement.

Au niveau cérébral, la température corporelle est déterminée par le centre thermorégulateur ; le point d'équilibre thermique est déplacé vers le haut en cas de fièvre. Elle se distingue en cela de l'hyperthermie, où l'augmentation de la température est due à une accumulation de chaleur d'origine exogène (coup de chaleur) ou endogène (effort physique intense, par exemple).

Il n'y a pas de consensus pour différencier les fièvres « modérées » ou « élevées » en fonction du niveau de température. Des fièvres, la plupart du temps très élevées (plus de 41°C), peuvent s'accompagner exceptionnellement de défaillance multi-viscérale, dans le cadre d'un syndrome « fièvre-hyperthermie » chez des enfants trop couverts¹.

La méthode de référence pour mesurer la température corporelle est le thermomètre électronique par voie rectale. En pratique quotidienne, certaines méthodes de dépistage, moins précises, sont intéressantes parce qu'elles évitent le stress, voire les traumatismes, que peut entraîner la prise de température rectale ; on peut ainsi utiliser les bandeaux à cristaux liquides à apposer sur le front, le thermomètre électronique par voie buccale ou axillaire (qui nécessite des temps de prise plus longs et a l'inconvénient d'une sous-estimation fréquente) et le thermomètre à infrarouge, généralement utilisé par voie auriculaire, qui présente l'avantage d'un temps de prise très rapide (une seconde)².

Rôle physiopathologique de la fièvre

La fièvre est un des moyens de réponse de l'organisme aux infections³. Elle est également présente dans les maladies inflammatoires, rares chez l'enfant.

La fièvre peut avoir un effet bénéfique lors d'infections invasives sévères (purpura infectieux, septicémie) et il a été observé que des infections graves non fébriles étaient associées à une augmentation de la mortalité^{4,5,6,7,8,9}. Par ailleurs, quelques publications indiquent que l'utilisation d'antipyrétiques pourrait retarder la guérison de certaines infections virales^{10,11,12}.

Au total, il n'existe cependant pas de données ayant un niveau de preuve suffisant pour soutenir l'hypothèse que la fièvre doit être respectée¹³.

Les objectifs du traitement

En dehors de pathologies neurologiques (méningites, encéphalites...), pouvant se compliquer de convulsions et nécessitant un traitement étiologique urgent, des convulsions peuvent être observées lors d'accès de fièvre, chez 2 à 5% des enfants, jusqu'à l'âge de 5 ans, avec une incidence maximale entre 18 et 24 mois ; ces enfants présentent généralement une prédisposition familiale¹⁴. Il n'existe pas de donnée en faveur d'un effet préventif du traitement antipyrétique, sur la survenue de ces convulsions en climat fébrile.

Chez des enfants ayant des antécédents de fièvre accompagnée de convulsions, le risque de récurrence est élevé au cours des deux années qui suivent le premier épisode, surtout si la première crise a eu lieu avant l'âge de 2 ans¹⁵ ; aucun des médicaments, qui ont pu être étudiés versus placebo (notamment l'ibuprofène, le paracétamol, le diazépam, seuls ou en association), n'a démontré une efficacité préventive lors d'administration au moment des poussées fébriles^{16,17,18}. Il en est de même pour les méthodes physiques¹⁹.

Au total, il faut souligner :

- que la fièvre n'est qu'un symptôme,
- qu'elle n'entraîne que très rarement des complications et qu'il n'existe pas de traitement préventif des convulsions.

Il n'y a donc pas lieu de la craindre spécifiquement. La recherche de l'apyrexie ne constitue pas un objectif en soi et ne doit pas conduire à des traitements systématiques (notamment pour maintenir l'enfant en collectivité). En revanche, la fièvre peut s'accompagner d'un inconfort (diminution de l'activité, de la vigilance, de l'appétit, des rapports sociaux, présence de céphalées, changement de l'humeur...) qui peut être important et dont le soulagement est justifié.

Par ailleurs, toute fièvre nécessite une recherche de sa cause, ce qui pourra conduire à un traitement spécifique ; de plus, cette recherche peut apporter des éléments importants pour le choix du traitement symptomatique en identifiant, par exemple, une contre-indication éventuelle à tel ou tel antipyrétique.

Modalités de traitement

A - Méthodes physiques

Elles reproduisent les échanges que l'organisme met naturellement en jeu avec le milieu extérieur pour assurer sa régulation thermique ;

- par radiation (déshabillage),
- par conduction (prise de boissons fraîches, bain frais, poches de glace...)
- par évaporation (brumisation, mouillage)
- par convection (utilisation d'un ventilateur, qui potentialise par exemple l'effet du mouillage ou du déshabillage).

Les facteurs limitants de ces différentes méthodes physiques sont :

- l'absence d'étude de méthodologie correcte les évaluant,
- une efficacité modeste, seules quelques études sur le mouillage apportant la preuve d'un effet antipyrétique¹³,
- un effet qui cesse très rapidement à l'arrêt de la méthode de refroidissement,
- et surtout, un inconfort, parfois important et toujours présent, car tout ce qui tend à réduire la température déterminée par l'organisme au niveau central est perçu comme désagréable²⁰.

Au total, trois mesures simples, en association au traitement médicamenteux, sont à privilégier :

- proposer à boire fréquemment, en préférant une boisson bien acceptée par l'enfant à une boisson très fraîche, qui n'entraînera au mieux qu'une baisse limitée de la température,
- ne pas trop couvrir l'enfant,
- aérer la pièce.

L'utilité des autres mesures, en particulier le bain frais, est remise en cause au regard de leurs inconvénients.

B - Médicaments

A la différence des méthodes physiques, ils agissent principalement sur les mécanismes de régulation centrale de la température corporelle. En France, quatre médicaments peuvent être utilisés, en première intention :

- le paracétamol ;
- l'ibuprofène et le kétoprofène, dérivés arylcarboxyliques, seuls anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ayant une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour le traitement de la fièvre chez l'enfant ; à noter que trois autres AINS peuvent être utilisés en pédiatrie (l'acide méfénamique, l'acide niflumique et l'acide tiaprofénique), mais pas pour leurs propriétés antipyrétiques ;
- l'aspirine (acide acétylsalicylique), qui est également un AINS, puisqu'elle en partage le mode d'action (inhibition de la synthèse des prostaglandines par blocage des cyclo-oxygénases), mais qui se distingue des autres médicaments de cette classe par un effet indésirable particulier, le syndrome de Reye (cf. ci-dessous).

De ces quatre médicaments, seul le kétoprofène à usage pédiatrique, encore peu utilisé, est inscrit sur la liste II ; la grande majorité des spécialités, utilisées pour le traitement de la fièvre chez l'enfant, est donc aujourd'hui disponible sans ordonnance. Alors que le traitement antipyrétique est souvent instauré de manière spontanée par les familles, la prescription médicale conserve pourtant une influence déterminante, les médicaments ci-dessus ayant donné lieu, en France, à plus de 20 millions de prescriptions au cours de l'année 2003.

Au vu de deux méta-analyses récentes, il semble que l'ibuprofène aurait, après administration d'une dose unique, une efficacité légèrement supérieure au paracétamol, notamment en terme de rapidité d'action, avantage qui ne peut cependant pas être affirmé compte tenu de la diversité des méthodologies mises en œuvre²¹⁻²². Plus que la lutte contre la fièvre, c'est l'amélioration du confort de l'enfant qui est désormais l'objectif principal du traitement ; à ce titre, le paracétamol semble efficace sur l'activité et la vigilance²³. Au total, on peut considérer que le paracétamol, l'ibuprofène et l'aspirine, utilisés aux posologies recommandées par l'AMM, ont une efficacité identique. En revanche, le profil d'effets indésirables des trois molécules diffère sensiblement, ce qui en fait un critère de choix déterminant.

Le paracétamol

Il a des effets antipyrétiques et antalgiques, mais son mode d'action n'est pas complètement connu. Il ne partage pas les effets indésirables communs aux AINS (notamment aux niveaux digestif et rénal) et présente un faible risque d'interactions médicamenteuses, ce qui n'est pas le cas des AINS. Les principaux effets indésirables du paracétamol sont :

- *Toxicité hépatique* : une cytolysé hépatique peut survenir dans deux circonstances :
 - lors de l'administration de doses quotidiennes supra-thérapeutiques en prises répétées. La multiplication des prises, les erreurs d'administration ou encore l'administration concomitante de plusieurs médicaments contenant du paracétamol sont les principales causes de surdosage. Les familles doivent être mises en garde contre ce risque de surdosage. En effet, environ 140 spécialités, à usage pédiatrique et contenant du paracétamol, sont commercialisées en France et, lors de la prescription, il convient de vérifier l'absence de paracétamol dans la composition des autres médicaments pris simultanément.
 - en cas de prise massive en une seule fois, la dose hépatotoxique étant de plus de 150 mg/kg chez l'enfant.
- *Allergie* : elle est exceptionnelle.
- *Thrombopénie* : des cas très exceptionnels ont été signalés.

En 2003, l'utilisation du paracétamol, en France, restait largement prédominante chez l'enfant, avec près des deux tiers des prescriptions.

Les AINS

Ils présentent des effets antipyrétiques, antalgiques et anti-inflammatoires, liés à l'inhibition de la synthèse des prostaglandines. L'effet anti-inflammatoire reste cependant minime aux posologies antipyrétiques et antalgiques de ces produits et n'apporte pas un gain démontré pour le traitement de la fièvre chez l'enfant. L'ibuprofène est indiqué chez l'enfant de plus de 3 mois et le kétoprofène chez l'enfant de plus de 6 mois. Suite à la commercialisation d'un nombre important de spécialités contenant de l'ibuprofène, on se trouve confronté au même risque de prises concomitantes que celui décrit ci-dessus pour le paracétamol. Les principaux effets indésirables de ces AINS sont :

- *Infections des tissus mous* : en 2003, la Commission nationale de pharmacovigilance a examiné 22 cas d'abcès cutané, de cellulite, de fasciite, de fasciite nécrosante, d'infection cutanée, de nécrose cutanée, de pyodermite et de pyodermite gangréneuse, survenus chez des enfants de moins de 15

ans ; ceux-ci étaient atteints de varicelle dans 18 cas. La varicelle peut, exceptionnellement, être à l'origine de graves complications infectieuses de la peau et des tissus mous et quelques publications internationales ne permettent pas d'écarter le rôle favorisant des AINS dans l'aggravation de ces infections^{24,25}. Dans ces conditions, la prise d'AINS doit être évitée en contexte de varicelle.

- *Effets indésirables digestifs* : en 2003, une enquête nationale de pharmacovigilance a recensé des cas exceptionnels d'hémorragies digestives et d'ulcérations œsophagiennes ou gastriques, chez l'enfant de moins de 15 ans, confirmant le risque décrit dans la littérature internationale²⁶.
- *Effets indésirables rénaux* : en 2004, une enquête nationale de pharmacovigilance portant sur les AINS aryl-carboxyliques a recensé des cas exceptionnels d'insuffisance rénale aiguë, qui sont également décrits dans la littérature²⁷. La déshydratation (notamment en cas de gastro-entérite) et la présence d'un terrain particulier (insuffisance rénale débutante, rein unique) sont des facteurs favorisants.
- *Effets sur l'hémostase* : l'action réversible des AINS sur les plaquettes sanguines entraîne un risque d'allongement du temps de saignement.
- *Autres* : d'exceptionnelles réactions allergiques cutanées, atteintes cutanées sévères (syndrome de Stevens-Johnson, syndrome de Lyell), atteintes hématologiques (anémie hémolytique, neutropénie...) et atteintes hépatiques (cytolyse, cholestase...) ont également été rapportées.

En France, l'ibuprofène représente environ 25 % du total des prescriptions d'antipyrétiques chez l'enfant et a vu son utilisation considérablement progresser ces dernières années.

L'aspirine

Du fait de son mode d'action commun avec les AINS, elle en partage les effets indésirables, notamment en ce qui concerne les risques allergique, digestif et rénal. En outre, il faut rappeler la survenue éventuelle des effets indésirables suivants :

- *Syndrome de Reye* : l'utilisation de l'aspirine chez l'enfant est significativement associée à la survenue de ce syndrome (atteinte cérébrale non inflammatoire et atteinte hépatique) souvent mortel, dans un contexte d'infection virale. En France, son incidence était, en 1996, de 0,7/100 000 enfants.
- *Effets sur l'hémostase* : du fait d'une inhibition irréversible de la cyclo-oxygénase plaquettaire, l'aspirine allonge, de façon marquée, le temps de saignement.
- *Toxicité aiguë* : elle survient pour une dose unitaire supérieure à 120 mg/kg, qui entraîne des signes respiratoires (hyperpnée), des anomalies métaboliques (acidose, troubles de l'équilibre acido-basique), des troubles neurologiques et digestifs.

Au contraire de l'ibuprofène, l'utilisation de l'aspirine chez l'enfant s'est restreinte au cours des dernières années pour se situer, en France, aux environs de 5 % du total des prescriptions d'antipyrétiques.

En pratique

La fièvre de l'enfant ne représente pas, par elle-même et sauf cas très particuliers, un danger. Après recherche de la cause, la prise en charge éventuelle d'une fièvre persistante, supérieure à 38,5°C, dans un contexte aigu, conduit à un traitement à visée symptomatique qui repose sur les principes suivants :

• **conseiller à l'entourage :**

- d'éviter de couvrir l'enfant,
- d'aérer la pièce,
- de faire boire l'enfant le plus souvent possible.

Ces mesures simples contribuent à limiter l'ascension de la température, à augmenter l'efficacité du traitement médicamenteux et à maintenir une hydratation correcte de l'enfant. Les autres méthodes physiques, comme le bain à 2°C en dessous de la température corporelle, ne sont utiles que si elles ne vont pas à l'encontre de l'objectif principal du traitement, qui est la lutte contre l'inconfort.

• **ne prescrire qu'un seul médicament antipyrétique**, aucune étude n'ayant démontré l'intérêt d'une alternance ou d'une association systématique ; seule, une fièvre mal tolérée, malgré un traitement bien conduit pendant au moins 24 heures, nécessite une réévaluation médicale, qui seule peut juger du bien-fondé de la substitution éventuelle du médicament, voire de l'adjonction d'un second antipyrétique. De plus, il est déconseillé d'associer l'aspirine à un AINS ou d'associer deux AINS.

• **choisir le médicament de première intention en fonction des contre-indications (cf. tableau), mises en garde et précautions d'emploi et en les respectant strictement :**

	Paracétamol	AINS	Aspirine
Contre-indications	Hypersensibilité au paracétamol Insuffisance hépato-cellulaire	Hypersensibilité à l'AINS concerné Antécédent d'éruption cutanée, d'asthme ou de choc anaphylactique, déclenché par la prise d'AINS ou de substance d'activité proche (aspirine) Insuffisance rénale sévère Ulcère gastro-duodénal en évolution Insuffisance hépatique sévère Insuffisance cardiaque sévère non contrôlée Lupus érythémateux disséminé (pour l'ibuprofène)	Hypersensibilité à l'aspirine Antécédent d'éruption cutanée, d'asthme ou de choc anaphylactique déclenché, par la prise d'aspirine ou de substance d'activité proche (AINS) Insuffisance rénale sévère Ulcère gastro-duodénal en évolution Insuffisance hépatique sévère Insuffisance cardiaque sévère non contrôlée Toute maladie ou risque hémorragique constitutionnel ou acquis Méthotrexate
Précautions particulières		<i>A éviter en cas de varicelle</i> <i>Une insuffisance rénale fonctionnelle peut survenir chez les sujets présentant des facteurs de risque tels qu'une situation d'hypovolémie (notamment par diarrhée, vomissements) ou une maladie rénale préexistante</i>	<i>A éviter en cas de viroses, en particulier, varicelle et épisodes d'allure grippale</i> <i>Une insuffisance rénale fonctionnelle peut survenir chez les sujets présentant des facteurs de risque tels qu'une situation d'hypovolémie (notamment par diarrhée, vomissements) ou une maladie rénale préexistante</i>

• **vérifier que l'enfant n'a pas déjà absorbé le même antipyrétique** sous une forme ou sous une autre ;

• **prescrire le médicament antipyrétique à dose efficace**, en respectant les schémas posologiques suivants :

- pour le paracétamol : 60 mg/kg/jour en 4 ou 6 prises, sans dépasser 80 mg/kg/jour,
- pour l'ibuprofène : 20 à 30 mg/kg/jour en 3 ou 4 prises, sans dépasser 30 mg/kg/jour,
- pour l'aspirine : 60 mg/kg/jour en 4 ou 6 prises.

Lors de la prescription, il est indispensable de bien expliquer ces recommandations à l'entourage, y compris aux personnes en charge de la garde de l'enfant.

Bibliographie

- ¹ Beauvils F, Bourrillon A. La fièvre du nourrisson. Arch Fr Pédiatr, 1985 ; 42 : 53 - 61.
- ² Branthomme E. La mesure de la température corporelle lors de la consultation de médecine générale. Rev Prat Méd Gén, 1999 ; 477 : 1841 - 2.
- ³ Kluger MJ. Drugs for childhood fever. Lancet, 1992 ; 339 : 70.
- ⁴ Lodder MC, Schildkamp RL, Bijlmer HA et al. Prognostic indicators of the outcome of meningococcal disease : a study of 562 patients. J Med Microbiol, 1996 ; 45 : 16 - 20.
- ⁵ Wong VK, Hitchcock W, Mason WH. Meningococcal infections in children : a review of 100 cases. Pediatr Infect Dis J, 1989 ; 8 : 224 - 7.
- ⁶ Sprung CL, Peduzzi PN, Clayton HS. Impact of encephalopathy on mortality in the sepsis syndrome. Crit Care Med 1990 ; 18 : 801 - 806.
- ⁷ Leclerc F, Beuscart R, Guillois B et al. Prognostic factors of severe infectious purpura in children. Intensive Care Med, 1985 ; 11 : 140 - 3
- ⁸ Clemmer TP, Fisher CJ Jr, Bone RC et al. Hypothermia in the sepsis syndrome and clinical outcome. Crit Care Med, 1992 ; 20 : 1395 - 401.
- ⁹ Arons MM, Wheeler AP, Bernard GR et al. Effects of ibuprofen on the physiology and survival of hypothermic sepsis. Crit Care Med, 1999 ; 27 : 699 - 707.
- ¹⁰ Stanley ED, Jackson GG, Panusarn C et al. Increased virus shedding with aspirin treatment of rhinovirus infection. JAMA, 1975 ; 231 : 1248 - 51.
- ¹¹ Graham NM, Burrell CJ, Douglas RM et al. Adverse effects of aspirin, acetaminophen and ibuprofen on immune function, viral shedding and clinical status in rhinovirus-infected volunteers. J Infect Dis, 1990 ; 162 : 1277 - 82.
- ¹² Doran TF, De Angelis C, Baumgardner RA, Mellits ED. Acetaminophen: more harm than good for chickenpox? J Pediatr, 1989 ; 114 : 1045 - 8.
- ¹³ Meremikwu M, Oyo-Ita A. Paracetamol for treating fever in children. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 2. Art. No.: CD003676. DOI: 10.1002/14651858.CD003676.
- ¹⁴ Verity CM, Butler NR, Golding J. Febrile convulsions in a national cohort followed up from birth. I. Prevalence and recurrence in the first five years of life. Br Med J, 1985 ; 290 : 1307 - 10.
- ¹⁵ van Stuijvenberg M, Steyerberg EW, Derksen-Lubsen G, Moll HA. Temperature, age, and recurrence of febrile seizure. Arch Pediatr Adolesc Med, 1998 ; 152 : 1170 - 5.
- ¹⁶ van Stuijvenberg M, Derksen-Lubsen G, Steyerberg EW et al. Randomized controlled trial of ibuprofen syrup administered during febrile illness to prevent febrile seizure recurrences. Pediatrics, 1998 ; 102 : 1 - 7.
- ¹⁷ Uhari M, Rantala H, Vainionpaa L, Kurttila R. Effect of acetaminophen and of low intermittent doses of diazepam on prevention of recurrences of febrile seizures. J Pediatr, 1995 ; 126 : 991 - 5.
- ¹⁸ Rantala H, Tarkka R, Uhari M. A meta-analytic review of the preventive treatment of recurrences of febrile seizures. J Pediatr, 1997 ; 131 : 922 - 5.
- ¹⁹ Meremikwu M, Oyo-Ita A. Physical methods for treating fever in children. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 2. Art. No.: CD004264. DOI: 10.1002/14651858.CD004264.
- ²⁰ Corrad F. Confort thermique et fièvre ou la recherche du mieux être. Arch Pédiatr, 1999 ; 6 : 93 - 6.
- ²¹ Goldman RD, Ko K, Linett LJ, Scolnik D. Antipyretic efficacy and safety of ibuprofen and acetaminophen in children. Ann Pharmacother, 2004 ; 38 : 146 - 50.
- ²² Perrott DA, Piira T, Goodenough B, Champion GD. Efficacy and safety of acetaminophen vs ibuprofen for treating children's pain or fever: a meta-analysis. Arch Pediatr Adolesc Med, 2004 ; 158 : 521 - 6.
- ²³ Kramer MS, Naimark LE, Roberts-Brauer R et al. Risks and benefits of paracetamol antipyresis in young children with fever of presumed viral origin. Lancet, 1991 ; 337 : 591 - 4.
- ²⁴ Lesko SM. The safety of ibuprofen suspension in children. Int J Clin Pract Suppl, 2003 ; 135 : 50 - 3.
- ²⁵ Zerr DM, Alexander ER, Duchin JS et al. A case-control study of necrotizing fasciitis during primary varicella. Pediatrics, 1999 ; 103 (4 Pt 1) : 783 - 90.
- ²⁶ Lesko SM. The safety of ibuprofen suspension in children. Int J Clin Pract Suppl, 2003 ; 135 : 50 - 3.
- ²⁷ Ulinski T, Guignon V, Dunan O, Bensman A. Acute renal failure after treatment with non-steroidal anti-inflammatory drugs. Eur J Pediatr, 2004 ; 163 : 148-50.

Ont participé à la rédaction de cette mise au point les experts suivants :

Didier ARMENGAUD - Centre Hospitalier, Saint-Germain-en-Laye, Elisabeth AUTRET-LECA - Hôpital Bretonneau, Tours, Jacques BELEGAUD - Paris, Michel BLOUR - Hôpital Saint-Antoine, Paris, Antoine BOURRILLON - Hôpital Robert Debré, Paris, Françoise BRION - Hôpital Robert Debré, Paris, Jacques CARON - Centre Hospitalier Régional et Universitaire, Lille, Charles CAULIN - Hôpital Lariboisière, Paris Bertrand CHEVALLIER - Hôpital Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt, Robert COHEN - Saint-Maur, François CORRARD - Combs-la-Ville, Jean-Paul DOMMERGUES - Hôpital de Bicêtre, Le-Kremlin-Bicêtre, Pierre FOUCAUD - Centre Hospitalier André Mignot, Le Chesnay, Christian JACQUOT - Faculté de Pharmacie, Châtenay-Malabry, Geneviève JOLIMOY - Centre Hospitalier Universitaire, Dijon, Jean-Paul LEMAIRE - Beauvais, Gérard PONS - Hôpital Saint-Vincent-de-Paul, Paris, Olivier REVEILLAUD - Bièvres, Jean-Marc TRELUYER - Hôpital Saint-Vincent-de-Paul, Paris, Daniel VITTECOQ - Hôpital Paul Brousse, Villejuif

Participation de l'Afssaps

Claire-Marie BOUTRON, Anne CASTOT, Bernard DELORME, Catherine DEGUINES, Carmen KREFT-JAÏS, Natalie HOOG-LABOURET, Véronique LAVERGNE, Isabelle SIMONET

Annexe 2

Fiche d'exploitation :

Questionnaire : Les initiales de l'enfant :

1- Age des parents : **Père** : **Mère** :

2- Niveau socioéconomique : **Bas**, **moyen**, **élevé**.

3- Niveau d'instruction :

- Père : **Analphabète**, **Primaire**, **Secondaire**, **Etudes supérieures**.
- Mère : **Analphabète**, **Primaire**, **Secondaire**, **Etudes supérieures**.

4- Milieu de vie : **Rural**, **urbain**.

5- Avez-vous un thermomètre à la maison ?

Non, **Oui/électronique**, **Oui/à mercure**.

6- Comment mesurez-vous la température ?

Rectale, **Axillaire**, **Auriculaire**, **Orale**.

7- Définition de la fièvre :

8- La fièvre peut-elle être dangereuse ? **oui**, **non**.

L'épisode actuel :

9- Age de l'enfant : Sexe : – Poids :

10- Durée entre le début de la fièvre et la consultation :

11- Méthode de mesure : **subjectif (toucher)** **thermomètre**

12- Degré de température :

13- Symptômes associés :

14- PEC initial de fièvre à domicile :

- Moyens physiques : **Oui, Non.**
- Médicaments :
 - Molécule :
Paracétamol, AINS, Aspirine, Autre :.....
 - Dose :.....

- Traitements traditionnels :
 - Substance :.....
 - Mode d'administration :.....

15- Avez-vous déjà reçu des conseils concernant la PEC de la fièvre ?

Oui, non

- Si oui par qui :.....

Annexe 3

Conseils aux parents

نصائح للآباء



Votre enfant a de la fièvre

طفلك لديه حمى

Lorsque votre enfant a de la fièvre il faut :

عندما يكون طفلك لديه حمى ينبغي :

S'assurer qu'il a de la fièvre en la mesurant avec un thermomètre électronique

التأكد من الحمى عن طريق المقياس الإلكتروني.
طفلك يعاني من حمى إذا كانت الحرارة أكثر من $37.5^{\circ}C$ خلال النهار وأكثر من 38.5 في المساء .

Vous enfant a de la fièvre si le thermomètre affiche plus que $38^{\circ}C$ la journée et plus que $38^{\circ}5c$ le soir

يجب القيام بالإجراءات التالية:

Il faut alors faire les gestes suivants :

1/ le déshabiller

1 / تعرية طفلك

2/ le faire boire plus de liquides (eau de préférence) pour éviter qu'il se déshydrate

2 شرب السوائل (الماء تفضيلاً) لحمايته من الجفاف

3/ aérer la pièce où il se trouve

3 / تهوية الغرفة

Si ces mesures ne sont pas suffisantes consulter un médecin au niveau du centre de santé le plus proche.

وإذا كانت هذه التدابير ليست كافية يجب استشارة الطبيب في المركز الصحي الأقرب إليك.

Si c'est la nuit et vous n'avez pas la possibilité de consulter achetez à la pharmacie le paracétamol et respectez sa prescription :

إذا كان الأمر ليلاً، واستعصى اللجوء إلى طبيب، إذهب إلى أقرب صيدلية لشراء "الباراسيتامول" وتناوله حسب المقادير الموصوفة.

Consulter le lendemain

الحمى عرض يصاحب كثير من الأمراض في غالبيتها بدون خطورة.

La fièvre est un symptôme banal qui accompagne beaucoup de maladies qui sont le plus souvent bénignes

الحالات الطارئة التي تتركك الالتحاق إلى المستعجلات هي:

Les situations urgentes qui doivent vous amener à consulter immédiatement aux urgences quand votre enfant a de la fièvre sont :

ملاحظة تغيرات في سلوك طفلك أكثر من المعتاد،

• Un changement de comportement de votre enfant : s'endort plus que d'habitude, très fatigué ou agité ou pleurs beaucoup

نعاس غير عادي

• Fait une crise avec des gestes désordonnés

ارتخاء، بكاء وأنين غير عادي.

• Perte de contact avec vous : ne vous regarde pas, ne vous sourit plus

حالة صرع

• Ne mange plus comme d'habitude,

فقدان التواصل معك.

• Vomit beaucoup, a une diarrhée

نقص الشهية، القيء والإسهال

وصفة طبية : Ordonnance :

.....
.....
.....
.....
.....

BIBLIOGRAPHIE



- [1] AFSSAPS.
Mise au point sur la prise en charge de la fièvre chez l'enfant.
Communiqué du 4 janvier 2005.
Disponible sur : <http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Communiquees-Points-presse/Le-traitement-de-la-fievre-chez-l-enfant/%28langage%29/fre-FR>.
- [2] DIANE GABAY.
Fièvre de l'enfant : évaluation des connaissances et de la prise en charge des parents.
Thèse d'exercice. Médecine. Médecine générale. Paris 2008
- [3] Nathalie CHAPELLE
FIEVRE AIGUË DE L'ENFANT DE MOINS DE SIX ANS
Evaluation des connaissances et des comportements des parents. A partir d'une étude menée de janvier à juin 2011 chez des parents d'enfants vus par SOS Médecins Meurthe et Moselle.
Thèse d'exercice. Médecine. Médecine générale. Nancy 2012
- [4] M. Rkain,¹ I. Rkain,² M. Safi,¹ M. Kabiri,³ S. Ahid,^{2,4} and B.D.S. Benjelloun
Knowledge and management of fever among Moroccan parents.
EMHJ Volume 20 No.6 2014

- [5] Sa'ed H Zyoud, Samah W Al-Jabi, Waleed M Sweileh, Masa M Nabulsi, Mais F Tubaila, Rahmat Awang and Ansam F Sawalha.
Beliefs and practices regarding childhood fever among parents: a cross-sectional study from Palestine
Pediatrics 2013, 13:66 <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/13/66>
- [6] KARWOWSKA, Anna, NIJSSEN-JORDAN, Cheri, JOHNSON, David, et al.
Parental and health care provider understanding of childhood fever: a Canadian perspective. *Cjem*, 2002, vol. 4, no 6, p. 394-400.
- [7] DE BONT, Eefje GPM, FRANCIS, Nick A., DINANT, Geert-Jan, et al.
Parents' knowledge, attitudes, and practice in childhood fever: an internet-based survey. *British Journal of General Practice*, 2014, vol. 64, no 618, p. e10-e16.
- [8] SELLIER-JOLIOT, C., DI PATRIZIO, P., MINARY, L., et al.
Les recommandations Afssaps de 2005 n'ont pas modifié la prise en charge parentale de la fièvre de l'enfant.
Archives de Pédiatrie, 2015, vol. 22, no 4, p. 352-359.
- [9] RUPE, Abbey, AHLERS-SCHMIDT, Carolyn R., et WITTLER, Robert.
A comparison of perceptions of fever and fever phobia by ethnicity.
Clinical pediatrics, 2010, vol. 49, no 2, p. 172-176.

- [10] BOURROUS, M., TARWATE, A., AMINE, M., et al.
ENQUETE SUR LA FIEVRE AUPRES DES PARENTS.
Revue Tunisienne d'Infectiologie, Juillet 2009, Vol 3, N°3, 19 – 25
- [11] Martin G. Betz and Anton F. Grunfeld
Fever phobia' in the emergency department: a survey of children's caregivers
European Journal of Emergency Medicine 2006, 13:129–133
- [12] A Aboussad, B Slaoui, A Mahmal, F Dehbi
Prise en charge de la fièvre chez l'enfant enquête auprès des mères.
JOURNAL DE PEDIATRIE ET DE PUERICULTURE n°3_1997
- [13] MICHEL Cécile
Faut-il prescrire les anti-inflammatoires non stéroïdiens à visée antipyrétique chez l'enfant ?
Thèse d'exercice. Médecine. Médecine générale. Paris 2011
- [14] Rodo von Vigier, Cleveland
Traitement de la fièvre de l'enfant
Paediatrica , Vol. 14, No. 1, 2003
- [15] MARZUILLO, Pierluigi, GUARINO, Stefano, et BARBI, Egidio.
Paracetamol: a focus for the general pediatrician.
European journal of pediatrics, 2014, vol. 173, no 4, p. 415-425.

- [16] BOUSFIHA, A. A., et al.
Évaluation de la réponse antipyrétique à 30 minutes de l'ibuprofène suspension aux urgences pédiatriques.
Journal de pédiatrie et de puériculture, 2003, 16.8 : 407-410.
- [17] SCHMITT, Barton D.
Fever phobia: misconceptions of parents about fevers.
American journal of diseases of children, 1980, vol. 134, no 2, p. 176-181.
- [18] STEFAN SILBERNAGL, FLORIAN LANG.
Atlas de poche de physiopathologie
Chapitre température énergie.
Edition 2000 p: 20
- [19] LES RECOMMANDATIONS DU GROUPE DE PEDIATRIE GENERALE affilié à la Société Française de Pédiatrie
octobre 2004
- See more at :
<http://www.sfpediatrie.com/recommandation/fi%C3%A8vre-du-jeune-enfant#sthash.XAJFn0ED.dpuf>
- [20] ESCOURROU, Brigitte, et al.
Automédication des enfants par les parents : un vrai risque.
Supplément La Revue du Praticien, 2010, 60 : 1.5.

- [21] M. S. SOLTANI, I. SALLEM, S. ELMHAMDI, M. A. BOUSLAH, A. SRIHA (1), K. BEN SALEM CONNAISSANCES ET PRATIQUES DES MERES DE LA REGION DE MONASTIR (TUNISIE) DEVANT LA FIEVRE DE L'ENFANT
Revue Tunisienne d'Infectiologie, Avril 2009, Vol 3, N°3, 19 – 28
- [22] ATHAMNEH, Liqa, et al.
Parents' Knowledge, Attitudes and Beliefs of Childhood Fever Management in Jordan: a Cross-Sectional Study.
Journal of Applied Research on Children: Informing Policy for Children at Risk, 2014, 5.1: 8.
- [23] Elena chiappini, alessandra parretti, paolo becherucci, monica pieratteli, Francesca bonsignori, luisa galli and mautizio de martino
parental medical knowledge and management of fever in italian pre-school children
Pediatrics 2012, 12:97 <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/12/97>
- [24] WALSH, Anne et EDWARDS, Helen.
Management of childhood fever by parents: literature review.
Journal of advanced nursing, 2006, vol. 54, no 2, p. 217-227.

- [25] WONG, T., STANG, A. S., GANSHORN, H., et al.
Antipyrétiques en alternance et en association pour le traitement de la fièvre chez les enfants. 2013.
Disponible sur : <http://www.cochrane.org/sci-hub.org/fr/CD009572/antipyretiques-en-alternance-et-en-association-pour-le-traitement-de-la-fievre-chez-les-enfants>
- [26] Laura GASTELLIER
Prise en charge de la fièvre de l'enfant par les parents : Des représentations aux pratiques, comment le recours à l'ibuprofène s'inscrit-il ?
Thèse d'exercice. Médecine. Médecine générale. Paris 2014
- [27] SERMET-GAUDELUS, I., CHADELAT, I., et LENOIR, G.
La mesure de la température en pratique pédiatrique quotidienne.
Archives de pédiatrie, 2005, vol. 12, no 8, p. 1292-1300.
- [28] JONES, Clay T.
A Commentary on " Parents' Knowledge, Attitudes, and Beliefs of Childhood Fever Management in Jordan": The Role of Healthcare Professionals in Caregiver Fever Phobia.
Journal of Applied Research on Children: Informing Policy for Children at Risk, 2014, vol. 5, no 1, p. 14.
- [29] MAY, Ariane et BAUCHNER, Howard.
Fever phobia: the pediatrician's contribution.
Pediatrics, 1992, vol. 90, no 6, p. 851-854.

- [30] IMPICCIATORE, Piero, PANDOLFINI, Chiara, CASELLA, Nicola, et al.
Reliability of health information for the public on the World Wide Web: systematic survey of advice on managing fever in children at home.
Bmj, 1997, vol. 314, no 7098, p. 1875.
- [31] CINAR, Nursan D., ALTUN, İnsaf, ALTINKAYNAK, Sevin, et al.
Turkish parents' management of childhood fever: a cross-sectional survey using the PFMS-TR.
Australasian Emergency Nursing Journal, 2014, vol. 17, no 1, p. 3-10.
- [32] DEMIR, Figen et SEKRETER, Ozgur.
Knowledge, attitudes and misconceptions of primary care physicians regarding fever in children: a cross sectional study.
Ital J Pediatr, 2012, vol. 38, no 1, p. 40.
- [33] PEREIRA, Gracian Li, TAVARES, Noemia UL, MENGUE, Sotero S., et al.
Therapeutic procedures and use of alternating antipyretic drugs for fever management in children.
Jornal de pediatria, 2013, vol. 89, no 1, p. 25-32.
- [34] HAY, Alastair D., COSTELLOE, Céire, REDMOND, Niamh M., et al.
Paracetamol plus ibuprofen for the treatment of fever in children (PITCH): randomised controlled trial.
Bmj, 2008, vol. 337, p. a1302.

- [35] SARRELL, E. Michael, WIELUNSKY, Eliahu, et COHEN, Herman Avner.
Antipyretic treatment in young children with fever: acetaminophen, ibuprofen, or both alternating in a randomized, double-blind study.
Archives of pediatrics & adolescent medicine, 2006, vol. 160, no 2, p. 197-202.
- [36] SCHMITT, Barton D.
Concerns over alternating acetaminophen and ibuprofen for fever.
Archives of pediatrics & adolescent medicine, 2006, 160.7: 757-757.
- [37] ENARSON, Mark C., ALI, Samina, VANDERMEER, Ben, et al.
Beliefs and expectations of Canadian parents who bring febrile children for medical care.
Pediatrics, 2012, vol. 130, no 4, p. e905-e912.
- [38] WALSH, Anne, EDWARDS, Helen, et FRASER, Jenny.
Influences on parents' fever management: beliefs, experiences and information sources.
Journal of clinical nursing, 2007, vol. 16, no 12, p. 2331-2340.
- [39] BOIVIN, J.-M., WEBER, F., FAY, R., et al.
Prise en charge de la fièvre de l'enfant : les connaissances et pratiques des parents sont-elles satisfaisantes?.
Archives de pédiatrie, 2007, vol. 14, no 4, p. 322-329.

- [40] WALSH, Anne, EDWARDS, Helen, et FRASER, Jenny.
Parents' childhood fever management: community survey and instrument development.
Journal of advanced nursing, 2008, vol. 63, no 4, p. 376-388.
- [41] CHARKALUK, M. L., KALACH, N., EL KOHEN, R., et al.
Utilisation familiale de l'ibuprofène chez l'enfant fébrile : une étude prospective aux urgences d'un hôpital lillois.
Archives de pédiatrie, 2005, vol. 12, no 8, p. 1209-1214.
- [42] CHIAPPINI, Elena, PRINCIPI, Nicola, LONGHI, Riccardo, et al.
Management of fever in children: summary of the Italian Pediatric Society guidelines.
Clinical therapeutics, 2009, vol. 31, no 8, p. 1826-1843.
- [43] CROCETTI, Michael, SABATH, Bruce, CRANMER, Lisa, et al.
Knowledge and management of fever among Latino parents.
Clinical pediatrics, 2009, vol. 48, no 2, p. 183-189.
- [44] PURSSELL, Edward.
Parental fever phobia and its evolutionary correlates.
Journal of clinical nursing, 2009, vol. 18, no 2, p. 210-218.
- [45] SULLIVAN, Janice E., FARRAR, Henry C., et al.
Fever and antipyretic use in children.
Pediatrics, 2011, vol. 127, no 3, p. 580-587.

- [46] WAMMANDA, R. D. et ONAZI, S. O.
Ability of mothers to assess the presence of fever in their children:
Implication for the treatment of fever under the IMCI guidelines.
Annals of African medicine, 2009, vol. 8, no 3.
- [47] TENG, C. L., NG, C. J., NIK-SHERINA, H., et al.
The accuracy of mother's touch to detect fever in children: a systematic
review.
Journal of tropical pediatrics, 2008, vol. 54, no 1, p. 70-73.
- [48] National Institute for Health and Clinical Excellence (may 2013)

Feverish illness in children: Assessment and initial management in
children younger than 5 years

Available : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg160>
- [49] STAGNARA, J., VERMONT, J., DÜRR, F., et al.
L'attitude des parents face à la fièvre de leurs enfants : Une enquête
transversale des résidents de l'agglomération lyonnaise (202 cas).
La Presse Médicale, 2005, vol. 34, no 16, p. 1129-1136.
- [50] JOHN MCINTYRE
Management of fever in children
Arch Dis Child (2011). doi:10.1136/archdischild-2011-301094

- [51] CROCETTI, Michael, MOGHBELI, Nooshi, et SERWINT, Janet.
Fever phobia revisited: have parental misconceptions about fever changed in 20 years?
Pediatrics, 2001, vol. 107, no 6, p. 1241-1246.
- [52] MENDEZ-GONZALEZ
Différences de perception et de prise en charge de la fièvre chez l'enfant, par les parents et les professionnels de la santé
Thèse d'exercice. Médecine. Médecine générale. Genève 2004
- [53] MOURDI, N., CHARRIÈRE, E. Fournier, PONS, G., et al
Fièvre du nourrisson et de l'enfant: enquête transversale nationale sur les connaissances et les pratiques.
Journées Parisiennes de Pédiatrie, 2009, p. 255-261.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- < بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية .
- < وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه .
- < وأن أمارس مهنتي بوانع من ضميري وشرفي في جاعلا صحة مريض هدي في الأول .
- < وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي .
- < وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب .
- < وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي .
- < وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي .
- < وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها .
- < وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد .
- < بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بالله .

والله على ما أقول شهيد .

جامعة محمد الخامس - الرباط
كلية الطب والصيدلة بالرباط

أطروحة رقم: 231

سنة : 2015

تحقيق حول إدراك وإدارة حمى الأطفال من قبل الآباء

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرف

السيدة: مريم البكاوي

المردادة في 21 ماي 1989 بالرباط

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: الحمى - الأطفال - الآباء - معارف - مدركات.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

السيدة : لمياء كربوبي

أستاذة في طب الأطفال

مشرف

السيدة : الضخامة بدر السعود بنجلون

أستاذة في طب الأطفال

أعضاء

السيدة : نعيمة الحافظي

أستاذة في طب الأطفال

السيد: رشيد أبي القاسم

أستاذ في طب الأطفال