



Royaume du Maroc المملكة المغربية

كلية الطب والصيدلة  
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 2018

Thèse N° 013/18

# LA CONSULTATION PÉDIATRIQUE EN MÉDECINE GÉNÉRALE :

Etude cap sur les médecins généralistes de la ville de Fès

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 16/01/2018

PAR

M. JALAL EL HARCHALI  
Né le 30/09/1992 à Taounate

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Consultation pédiatrie – Médecin généraliste – centre de santé

JURY

M. HIDA MOUSTAPHA .....	PRESIDENT
Professeur de Pédiatrie	
M. ATMANI SAMIR .....	RAPPORTEUR
Professeur de Pédiatrie	
Mme. ABOURAZZAK SANA .....	JUGES
Professeur agrégé de Pédiatrie	
M. BERRAHO MOHAMED.....	
Professeur agrégé d'Epidémiologie clinique	
Mme. HMAMI FOUZIA .....	
Professeur agrégé de Pédiatrie	

## LISTE DES ABREVIATIONS

<b>AFSSAPS</b>	: Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.
<b>ASLO</b>	: Antistreptolysine O.
<b>ATB</b>	: Antibiothérapie.
<b>CAP</b>	: Connaissances, Attitudes et Pratiques.
<b>CHU</b>	: Centre hospitalier universitaire.
<b>CIA</b>	: Communication interauriculaire.
<b>CIV</b>	: Communication interventriculaire.
<b>COA</b>	: Coarctation de l'aorte.
<b>CRP</b>	: C-reactive protein.
<b>DAC</b>	: Décompensation acido-cétosique.
<b>DHA</b>	: Déshydratation aigue.
<b>ECBU</b>	: Examen cyto bactériologique des urines.
<b>ECHO ABDO</b>	: Echographie abdominale.
<b>FMP</b>	: Faculté de médecine et de pharmacie.
<b>GPIP</b>	: Groupe de Pathologie Infectieuse Pédiatrique.
<b>HAS</b>	: Haute Autorité de santé.
<b>HTIC</b>	: Hypertension intra-crânienne.
<b>IONO</b>	: Ionogramme.
<b>IPS</b>	: Infection potentiellement sévère.
<b>IV</b>	: Intraveineuse.
<b>NFS</b>	: Numération Formule Sanguine.
<b>OMS</b>	: Organisation mondiale de la santé.
<b>ONG</b>	: Organismes non gouvernementaux.
<b>ORL</b>	: Oto-Rhino-Laryngologie.

<b>PCIE</b>	: Prise en charge intégrée de l'enfant.
<b>Ph</b>	: Potentiel hydrogène.
<b>RAA</b>	: Rhumatisme articulaire aigu.
<b>REESSP</b>	: Réseau d'Etablissements de Soins de Santé Primaires.
<b>RGO</b>	: Reflux gastro-œsophagien.
<b>ROR</b>	: Rougeole-Oreillons-Rubéole.
<b>RR</b>	: Antirougeoleux-antirubéoleux.
<b>RX THORAX</b>	: Radio de thorax.
<b>SGA</b>	: Streptocoque du groupe A.
<b>TDR</b>	: Test de dépistage rapide.
<b>TGV</b>	: Transposition des gros vaisseaux.
<b>TOGD</b>	: Transit Oeso-gastro-duodéal.
<b>VS</b>	: Vitesse de sédimentation.

## **LISTE DES TABLEAUX :**

**Tableau 1** : Répartition des médecins selon la tranche d'âge.

**Tableau 2** : Répartition des médecins selon le sexe.

**Tableau 3** : Lieu des études médicales.

**Tableau 4** : Répartition des médecins selon l'ancienneté dans la fonction publique.

**Tableau 5** : Répartition des médecins selon l'ancienneté dans le poste actuel.

**Tableau 6** : Fréquences de la pratique de la consultation pédiatrique.

**Tableau 7** : Part des catégories d'âge des patients lors de la consultation pédiatrique.

**Tableau 8** : La prise des constantes par les médecins.

**Tableau 9** : Les obstacles rencontrés lors de la pratique de la consultation pédiatrique.

## LISTES DES FIGURES :

**Figure 1:** Répartition des médecins selon la durée d'installation à Fes.

**Figure 2 :** Répartition des médecins selon la formation spécifique en pédiatrie.

**Figure 3 :** Prise de connaissance de la PCEI.

**Figure 4 :** Connaissance du contenu de la PCEI.

**Figure 5 :** Une déshydratation supérieure à 10% du poids du corps est-elle le signe d'une déshydratation modérée ?.

**Figure 6 :** Une déshydratation supérieure à 10% du poids du corps est-elle le signe d'une déshydratation modérée ?.

**Figure 7 :** La majorité des rhinopharyngites chez l'enfant est-elle d'origine bactérienne et nécessite-t-elle une antibiothérapie ?.

**Figure 8:** La majorité des rhinopharyngites chez l'enfant est t-elle d'origine bactérienne et nécessite t-elle une antibiothérapie ?.

**Figure 9:** Le vaccin contre ROR est-il contenu dans le programme national d'immunisation ?.

**Figure 10 :** Le vaccin contre ROR est-il contenu dans le programme national d'immunisation ?.

**Figure 11:** Une hyperthermie au-delà de 38.5 °C est l'étiologie la plus fréquente des convulsions chez le nourrisson ?.

**Figure 12:** Une hyperthermie au-delà de 38.5 °C est l'étiologie la plus fréquente des convulsions chez le nourrisson ?.

**Figure 13 :** La polyarthralgie aigue fébrile est la forme la plus commune du RAA ?.

**Figure 14 :** La polyarthralgie aigue fébrile est la forme la plus commune du RAA ?.

**Figure 15** : Pensez-vous à une cardiopathie congénitale devant une cyanose réfractaire chez un nouveau-né de 2 jours ?.

**Figure 16** : Pensez-vous à une cardiopathie congénitale devant une cyanose réfractaire chez un nouveau-né de 2 jours ?.

**Figure 17** : les cardiopathies responsables d'une cyanose réfractaire chez un nouveau née de 2 jours.

**Figure 18** : Description des médecins en fonction du score de connaissances en pediatrie .

**Figure 19** : Nombre de médecins pratiquant la consultation pédiatrique.

**Figure 20** : La fréquence de la consultation pédiatrique.

**Figure 21** : Part des catégories d'âge lors de la consultation pédiatrique.

**Figure 22** : Le motif le plus fréquent de la consultation pédiatrique .

**Figure 23** : Les pathologies les plus courantes en consultation pédiatrique.

**Figure 24** : Les urgences les plus courantes en consultation pédiatrique.

**Figure 25** : Les antibiotiques les plus souvent prescrits en consultation pédiatrique.

**Figure 26** : La proposition d'hospitalisation devant une fièvre aigue du nourrisson de moins de 3 mois.

**Figure 27** : La demande d'examen complémentaire devant une fièvre aigue du nourrisson de moins de 3 mois.

**Figure 28** : La fréquence des examens complémentaires demandés devant une fièvre aigue de nourrisson de moins de 3 mois.

**Figure 29** : Elimination des urgences devant une fièvre aigue du grand enfant.

**Figure 30** : les urgences éliminées devant une fièvre aigue de l'enfant.

**Figure 31** : La prescription de l'amoxicilline protégée en absence de foyer évident.

**Figure 32** : La prescription de l'amoxicilline protégée en présence d'un écoulement

nasal avec toux sèche .

**Figure 33** : Une fièvre persistante de l'enfant est définie comme une fièvre au-delà de 7 jours ?.

**Figure 34** : Pensez et recherchez-vous exclusivement une cause infectieuse ?.

**Figure 35** : Les étiologies recherchées devant une fièvre persistante de l'enfant .

**Figure 36** : La demande d'examen complémentaire devant une fièvre persistante de l'enfant.

**Figure 37** : Les examens complémentaires demandés devant une fièvre persistante de l'enfant .

**Figure 38** : L'absence d'un syndrome inflammatoire vous conforte-t-elle ?.

**Figure 39** : La prescription systématique d'une antibiothérapie devant une fièvre persistante de l'enfant.

**Figure 40** : Elimination des urgences devant des vomissements aigus de l'enfant.

**Figure 41** : Les urgences éliminées devant des vomissements aigus de l'enfant.

**Figure 42** : La recherche et le traitement d'un foyer infectieux.

**Figure 43** : Evaluations du retentissement des vomissements aigus.

**Figure 44** : Traitement symptomatiquement par des antiémétiques.

**Figure 45** : Elimination des urgences devant des vomissements chroniques de l'enfant.

**Figure 46**: Les urgences éliminées devant des vomissements chroniques de l'enfant.

**Figure 47** : Evaluation du retentissement des vomissements chroniques de l'enfant.

**Figure 48** : Evaluation du retentissement des vomissements chroniques de l'enfant.

**Figure 49** : La demande des examens complémentaires devant des vomissements chroniques de l'enfant.

**Figure 50** : Les examens complémentaires demandés devant des vomissements

chronique chez l'enfant.

**Figure 51** : Traitement symptomatiquement par des antiémétiques.

**Figure 52** : L'attitude des médecins généralistes devant un purpura fébrile.

**Figure 53** : L'attitude des médecins généralistes devant des angines rouges.

## LISTE DES ANNEXES

**Annexe 1** : FICHE D'EXPLOITATION.

**Annexe 2** : LES CENTRES DE SANTE VISITEES DANS NOTRE L'ETUDE.

# PLAN

---

<b>I. INTRODUCTION.....</b>	<b>12</b>
<b>II. METHODOLOGIE : .....</b>	<b>14</b>
1. Formulation des objectifs de l'étude : .....	14
2. Choix d'un plan d'échantillonnage : .....	14
3. Conception du questionnaire : .....	14
4. Collecte et saisie des données : .....	15
5. Méthode de calcul du score de connaissances en pédiatrie : .....	16
<b>III. LES RESULTATS.....</b>	<b>17</b>
1. Description de la population selon les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles. ....	17
a. Âge et sexe. ....	17
b. Etablissement universitaire d'origine. ....	18
c. Durée d'exercice de la profession. ....	18
d. Formation spécifique en pédiatrie. ....	20
2. Description de la population selon les connaissances en pédiatrie.....	21
a. Connaissance sur la PCIE. ....	21
b. Connaissance sur les stades de sévérité de la déshydratation chez l'enfant. ....	23
c. Connaissance sur l'étiologie et le traitement des majorités des rhinopharyngites. ....	24
d. Connaissance sur la vaccination contre la rougeole-oreillons-rubéole.....	26
e. Connaissance sur l'étiologie la plus fréquente des convulsions chez le nourrisson. .	27
f. Connaissance sur la forme la plus commune de RAA de l'enfant. ....	28
g. Connaissance sur la cyanose réfractaire chez un nouveau-né de 2 jours de vie. ....	29
h. Description des médecins en fonction du score de connaissances en pédiatrie.....	32
3. Description des médecins selon leurs pratiques en consultation pédiatrique. ....	33
a. La consultation pédiatrique. ....	33
b. Récurrence des motifs de la consultation pédiatrique.....	36
c. Les pathologies les plus courantes en consultation pédiatrique. ....	37

---

d. Les urgences les plus courantes en consultation pédiatrique.....	38
e. La prise des constantes par les médecins. ....	39
f. Les antibiotiques les plus souvent prescrits en consultation pédiatrique. ....	40
g. Les obstacles rencontrés .....	41
4. Description de la population selon leurs attitudes face à différentes situations pédiatriques. ....	42
a. L'attitude des médecins généralistes devant une fièvre aigue du nourrisson de moins de 3 mois.....	42
b. L'attitude des médecins généralistes devant une fièvre aigue du grand enfant. ....	45
c. L'attitude des médecins généralistes devant une fièvre persistante de l'enfant. ....	48
d.L'attitude des médecins généralistes devant des vomissements aigus de l'enfant.....	53
e. L'attitude des médecins généralistes devant des vomissements chroniques de l'enfant. ....	57
f. L'attitude des médecins généralistes devant un purpura fébrile. ....	62
g. L'attitude des médecins généralistes devant des angines rouges.....	63
5. Avis des médecins sur les facteurs permettant d'améliorer les connaissances et les compétences des généralistes en pédiatrie. ....	64
<b>IV. DISCUSSION .....</b>	<b>65</b>
1. Discussion des résultats .....	65
a. Discussion sur la population statistique de l'étude. ....	65
b. Discussion des caractéristiques de la population par rapport à la population des médecins du secteur public.....	66
c. Discussion des résultats en fonction de la formation pédiatrique.....	67
d. Discussion des connaissances pédiatriques.....	68
e.Discussion des médecins généralistes selon la pratique.....	69
f. Discussion de la population statistique selon l'attitude prise à l'égard de certaines pathologies.....	71

2. Pratiquer un TDR chez tous les enfants à partir de 3 ans : .....	77
3. ANGINE chez enfant < 3 ans : .....	78
4. Avantages et limites de l'étude : .....	79
5. Recommandations .....	80
6. Perspectives de recherche .....	82
<b>V. Conclusion .....</b>	<b>83</b>
<b>RESUMES .....</b>	<b>84</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>91</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>94</b>

## **I. INTRODUCTION**

Au Maroc, la pédiatrie occupe une grande place dans le système de santé. En effet, les médecins pédiatres représentent plus de 8 % de l'ensemble des effectifs des médecins spécialistes, tous secteurs confondus. Dans le secteur hospitalier public, les lits des Services de pédiatrie constituent plus de 9% de la totalité de la capacité litière. Dans chaque CHU, se trouve un hôpital dédié à l'enfant assurant des prestations de plus en plus spécialisées : ophtalmologie pédiatrique, cardiologie pédiatrique.

En 2004/2005, le ministère de la Santé a programmé la mise en place d'un Centre d'oncologie pédiatrique à Rabat. En outre, dans le plan d'action du ministère de la santé, les programmes de la santé maternelle et infantile, tels que le programme d'immunisation, la lutte contre les maladies diarrhéiques, la lutte contre les infections respiratoires aiguës, la lutte contre les carences en micronutriments, demeurent privilégiés.

La pédiatrie et les autres disciplines médicales et paramédicales et surtout la médecine générale ont un grand défi à relever : réduire la morbidité et la mortalité infantiles.

Le médecin généraliste a souvent le premier contact avec l'enfant avant même une consultation spécialisée. Ce rôle demeurera pour longtemps primordial, tant que l'affectation des pédiatres auprès des centres de santé est loin d'être généralisée et tant que le cout d'une consultation privée demeure prohibitif pour des larges tranches de la population marocaine à revenu limité.

Ces considérations exigent que le médecin généraliste doit posséder une solide connaissance ainsi qu'une excellente prise en charge. La bonne pratique de cette activité joue un rôle capital pour améliorer le pronostic, éviter les

complications et le système de santé ne se trouvera que plus allégé à long terme.

L'objectif principal de notre travail est d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques concernant la consultation pédiatrique des médecins au niveau du RESSP ainsi que les obstacles rencontrés face à ce genre de consultation

Les objectifs spécifiques sont :

- Evaluer les connaissances, attitudes et pratiques des médecins généralistes du réseau de soin de santé primaire vis-à-vis de la pédiatrie.
- Déterminer les facteurs clés dans la pratique de la consultation pédiatrique.

## **II. METHODOLOGIE :**

Le présent travail se veut une étude statistique descriptive en matière de pratique de la médecine pédiatrique par les médecins généralistes exerçants dans les structures sanitaires publiques de la ville de Fès.

### **1. Formulation des objectifs de l'étude :**

Cette étude se propose de combler un manque d'informations constaté en la matière.

Il s'agit de cerner les conditions d'exercice quotidien de cette activité par les médecins généralistes, d'évaluer leur compétences et leur degré d'accompagnement des nouveautés dans le domaine,

Notre immense souhait est d'émettre les conclusions et recommandations nécessaires, à dessein de relever les handicaps et partant de garantir des conditions meilleures pour l'épanouissement de cette discipline au profit de l'enfance, espoir de la nation marocaine.

### **2. Choix d'un plan d'échantillonnage :**

Sur le potentiel de 100 médecins généralistes contactés, seuls un nombre 60 médecins, ventilé entre 39 médecins femmes et 21 médecins hommes, ont daigné répondre au questionnaire en préférant, pour ce faire, de garder l'anonymat.

### **3. Conception du questionnaire :**

La base d'une telle étude est un questionnaire préétabli sur un support papier et ventilé entre 5 thèmes et 31 questions adressées à l'intention des dits médecins.

La première partie (Identification) s'intéresse à la collecte des données, sociodémographiques et professionnelles des pratiquants, telles, le sexe et l'âge.

La deuxième partie (Connaissance en pédiatrie) a pour objectif d'évaluer à

l'aide de quelques questions le degré de formation continue et d'accompagnement des médecins généralistes des nouveautés en matière de médecine pédiatrique.

La troisième partie (aspects la consultation pédiatrique) s'intéresse à la description de la pratique quotidienne des enquêtés, visant d'avoir, dans la mesure du possible, une idée sur le déroulement d'une consultation pédiatrique habituelle au niveau des centres de santé.

La quatrième partie du questionnaire s'attache à déceler l'attitude des médecins vis-à-vis des principaux symptômes en pédiatrie et les conduites tenues à leur égard.

La dernière partie permettra de dégager la nature des propositions et ébauches de solution à mettre en œuvre à dessein d'améliorer, à l'avis des répondants, leur connaissances et de conforter leur compétences en matière de la pratique effective de la médecine pédiatrique.

#### **4. Collecte et saisie des données :**

La distribution du questionnaire a débuté le 15 juin 2017, leur instruction par les intéressés s'est poursuivie jusqu'au 30 juillet 2017 et s'est faite selon la technique dite du dénombrement : les enquêtés ont procédé à la consignation des réponses sur le support papier leur remis, sans l'aide d'un intervieweur.

Une fois les questionnaires récupérés, il a été procédé, sur place, à leur vérification minutieuse, pour repérer, manuellement, les données manquantes, non valables ou incohérentes.

Un retour chez les répondants, pour éventuellement combler les lacunes, était exclu, du fait du caractère anonyme gardé par ces derniers.

L'ensemble des données, ainsi recueillies dans le cadre de cette enquête transversale ont été codées et saisies sur un tableur Excel, et traitées pour en extraire les données significatives explicitées sous formes de totaux, fréquences, ratios, paramètres statistiques de position et dispersion, et ils seront illustrées dans des tableaux et figures.

### **5. Méthode de calcul du score de connaissances en pédiatrie :**

Dans cette partie nous avons posé 8 questions concernant les connaissances des médecins en domaine.

Chaque bonne réponse était codé 1 et 0 pour une mauvaise réponse ou une réponse par « je ne sais pas ». Puis on a calculé un score de connaissance pour cette composante. Le score va de 0 (mauvaises réponses pour les huit questions) à 8 (bonnes réponses pour les huit questions). Un score entre 6 et 8 était codé comme bonne connaissance ; un score entre 4 et 5 était codé comme moyenne connaissance et un score  $< 3$  correspondait à une faible connaissance.

### III. LES RESULTATS

#### 1. Description de la population selon les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles.

Ces renseignements portent les données générales d'ordre personnel et socioprofessionnel des médecins ayant répondu à l'enquête. Elles sont illustrées dans les différents tableaux et figures ci-dessous.

##### a. Âge et sexe.

Concernant l'âge, 3 classes ont été retenues, les médecins concernés se sont trouvés répartis selon les modalités suivantes (cf. Tableau 1) :

**Tableau 1 : Répartition des médecins selon la tranche d'âge.**

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
< 40 ans	17	28 %
40 - 50 ans	31	52 %
> 50 ans	12	20 %
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100 %</b>

S'agissant du sexe, leur ventilation a été la suivante : 35% sont des médecins hommes et 65% des médecins femmes. (cf. Tableau 2).

**Tableau 2 : Répartition des médecins selon le sexe.**

Sexe	Effectif	Pourcentage
♂	21	35 %
♀	39	65 %
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100 %</b>

**b. Etablissement universitaire d'origine.**

Les médecins concernés ont poursuivis leur cursus académique dans différents établissements universitaires, dont la désignation en est consignée dans le tableau suivant :

**Tableau 3 : Lieu des études médicales.**

Faculté d'origine	Effectif	Pourcentage
FMP – Rabat	44	73 %
FMP–Fès	9	15 %
FMP–Casablanca	6	10 %
Facultés étrangères	1	2 %

73% sont lauréats de la Faculté de médecine et pharmacie de Rabat, 15% de la Faculté de médecine et de pharmacie de Fès, 10% de la Faculté de Médecine et de pharmacie de Casablanca, et un seul médecin provient d'une faculté étrangère. (cf. Tableau 3).

**c. Durée d'exercice de la profession.**

Les médecins en question relèvent tous, pour leur statut, de la fonction publique :

- 54% ont une ancienneté étalée entre 10 à 20 ans,
- 23% exercent depuis plus de 20 ans,
- 23% autres ont à leur actif une expérience de moins de 10 ans.

(cf. Tableau 4).

**Tableau 4 : Répartition des médecins selon l'ancienneté dans la fonction publique.**

Durée de fonction publique	Effectif	Pourcentage
moins de 10 ans	14	23 %
entre 10 et 20 ans	32	54 %
plus de 20 ans	14	23 %
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100 %</b>

Quant à la durée de leur affectation dans la ville de Fès, l'on relève que :

- 50% y exercent depuis une durée comprise entre 10 et 20 ans,
- 38% y sont affectés depuis moins de 10 ans,
- 12% sont là depuis plus de 20 ans. (cf. Tableau 5 et Figure 1)

**Tableau 5 : Répartition des médecins selon l'ancienneté dans le poste actuel.**

Durée d'installation à Fès	Effectif	Pourcentage
moins de 10 ans	23	38 %
entre 10 et 20 ans	30	50 %
plus de 20 ans	7	12 %
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100 %</b>

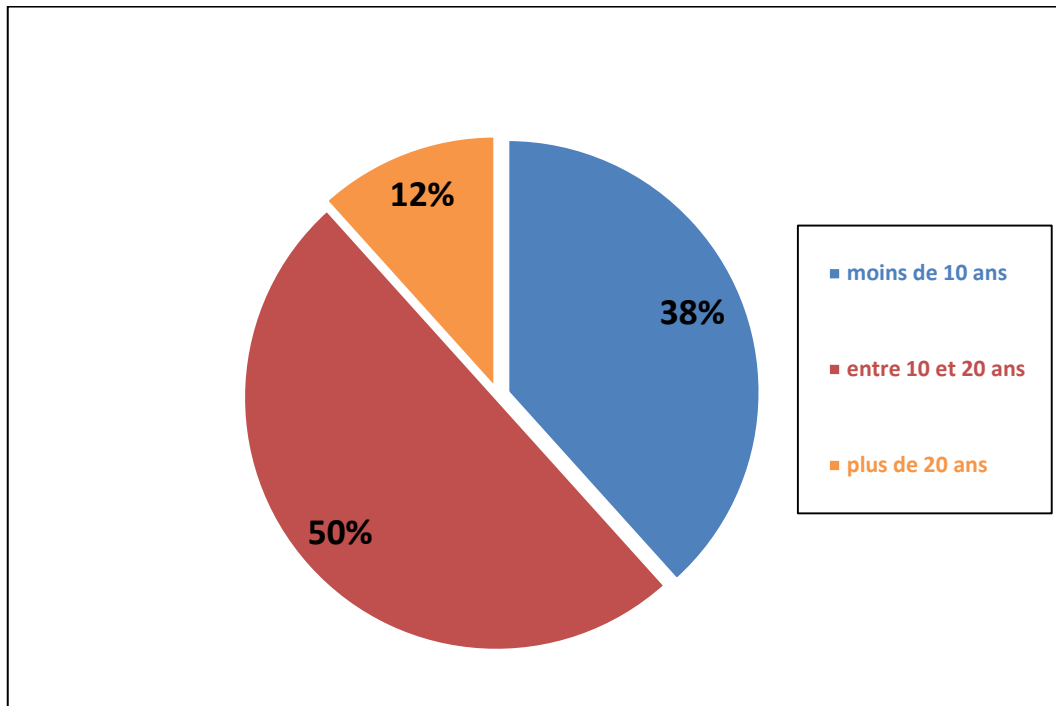


Figure 1: Répartition des médecins selon la durée d'installation à Fes.

**d. Formation spécifique en pédiatrie.**

S'agissant à présent du critère de la formation spécifique en pédiatrie dispensée à ces médecins, il ressort que :

- 45% ont déjà bénéficié d'une telle formation,
- Les 55% restants n'ont été jamais concernés par une action de formation formelle ou informelle. (cf. Figure 2)

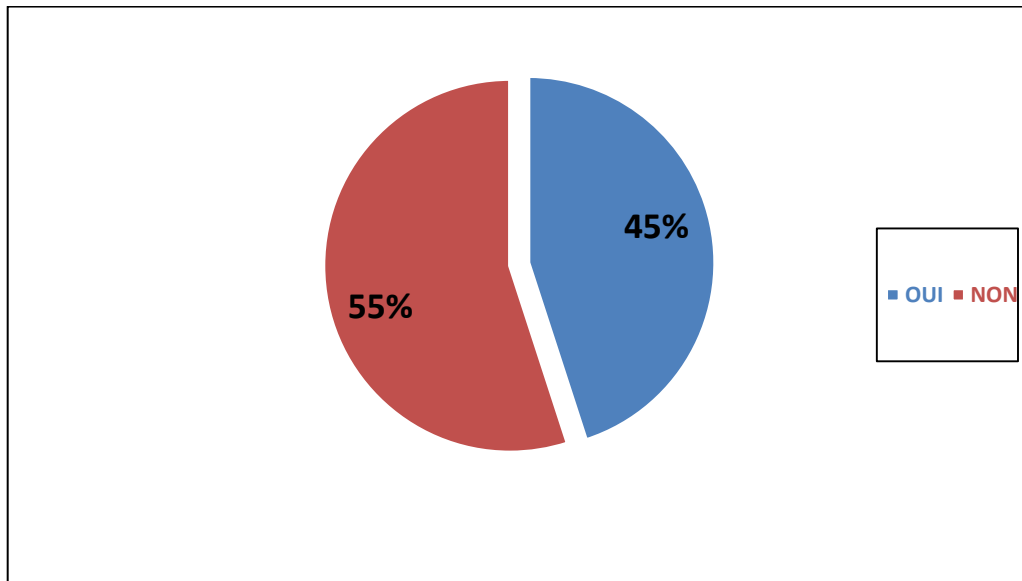


Figure 2 : Répartition des médecins selon la formation spécifique en pédiatrie.

## 2. Description de la population selon les connaissances en pédiatrie.

L'évaluation des connaissances scientifiques des médecins généralistes et en général de tout prestataire de soins sanitaires s'avère indispensable. Les dites connaissances conditionnent en effet la capacité de ces derniers à pouvoir faire de bons diagnostics et à prescrire les traitements adéquats, et partant garantissent une meilleure prise en charge des différentes pathologies affectant les populations enfantines.

L'évaluation projetée portera sur plusieurs aspects ci-dessous développés.

### a. Connaissance sur la PCIE.

Avoir entendu parler de la PCIE est affirmé par 39 médecins, par contre les 21 médecins restants ont répondu par la négative, enregistrant ainsi des pourcentages complémentaires respectifs de 65 et 35%. (cf. Figure 3).

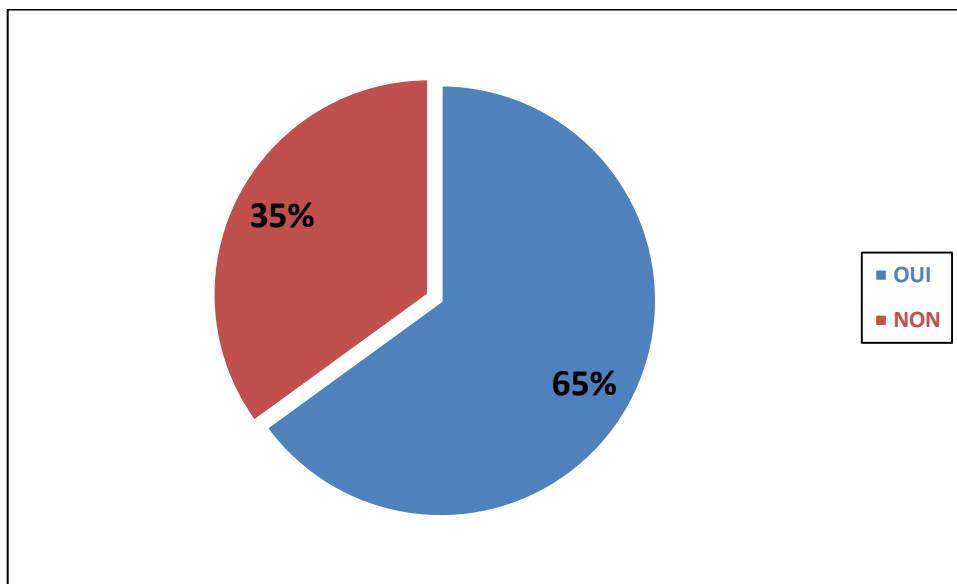


Figure 3 : Prise de connaissance de la PCEI

Par ailleurs, la quasi majorité des médecins ayant déjà eu connaissance de cette notion (35 médecins soit 90%) affirment également en connaître le contenu.

(cf. Figure 4).

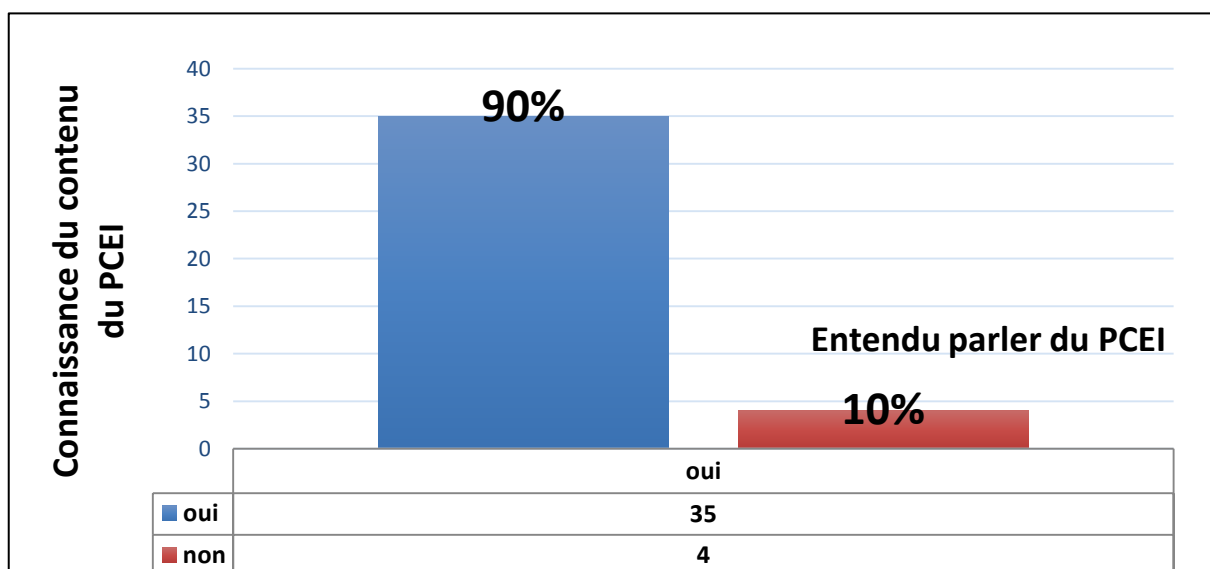
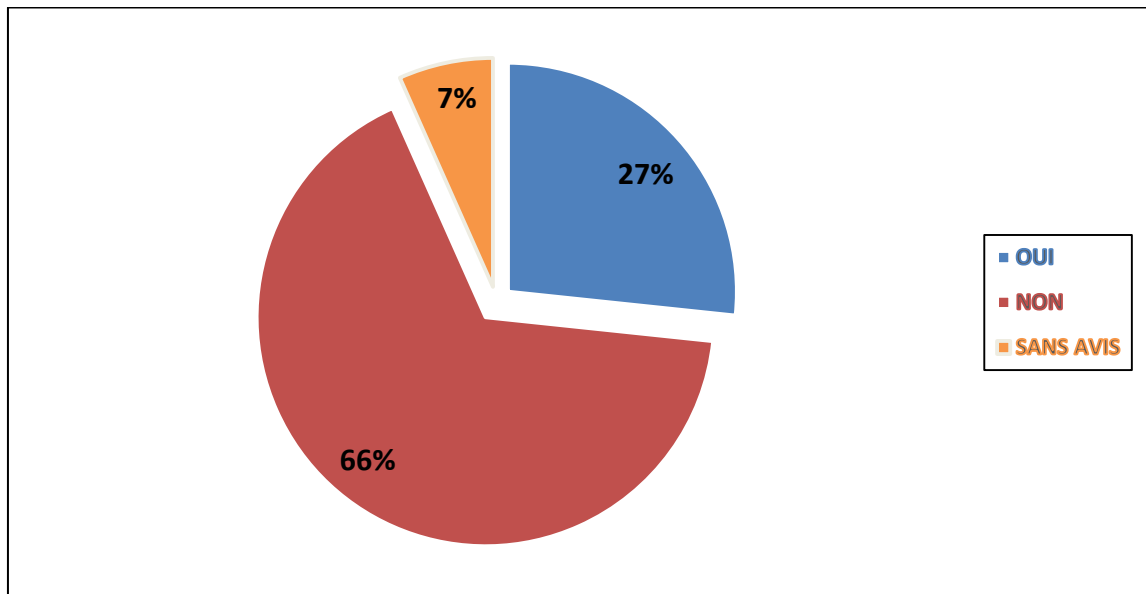


Figure 4 : Connaissance du contenu de la PCEI

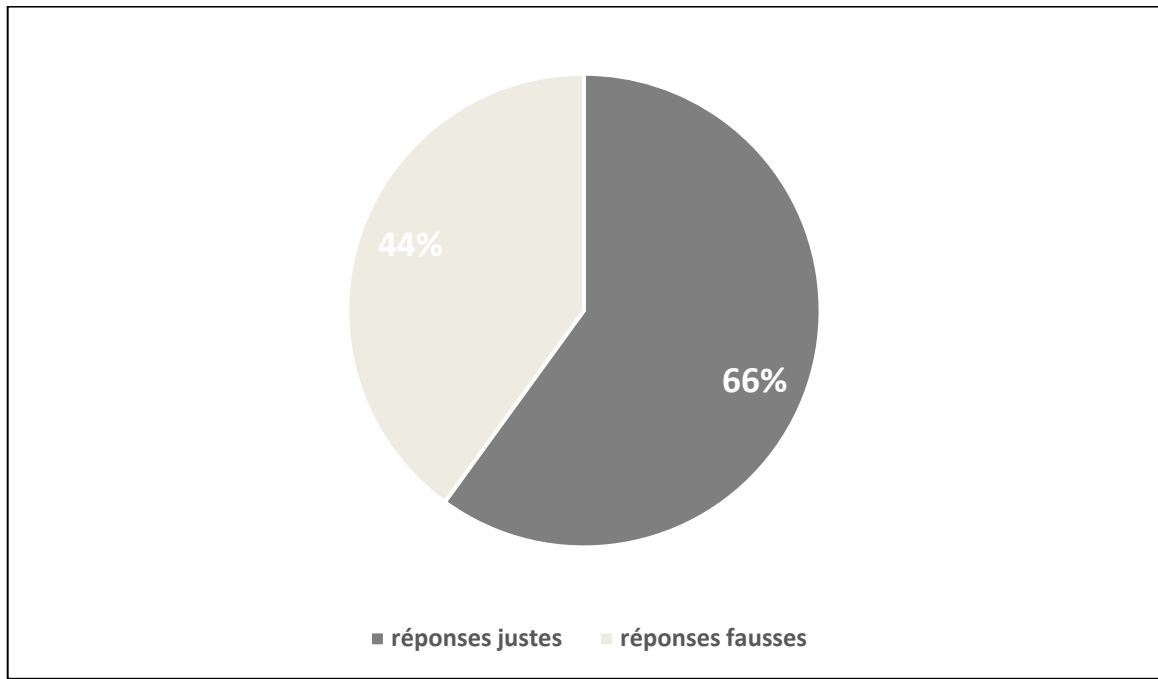
**b. Connaissance sur les stades de sévérité de la déshydratation chez l'enfant.**

À la question « Une déshydratation supérieure à 10% du poids du corps de l'enfant est-elle le signe d'une déshydratation modérée », 40 médecins ont répondu par faux (soit 66%), 16 médecins par vrai (soit 27 %), les 4 médecins restants (soit 7%) étaient sans avis. (cf. Figure 5).



**Figure 5 : Une déshydratation supérieure à 10% du poids du corps est-elle le signe d'une déshydratation modérée ?**

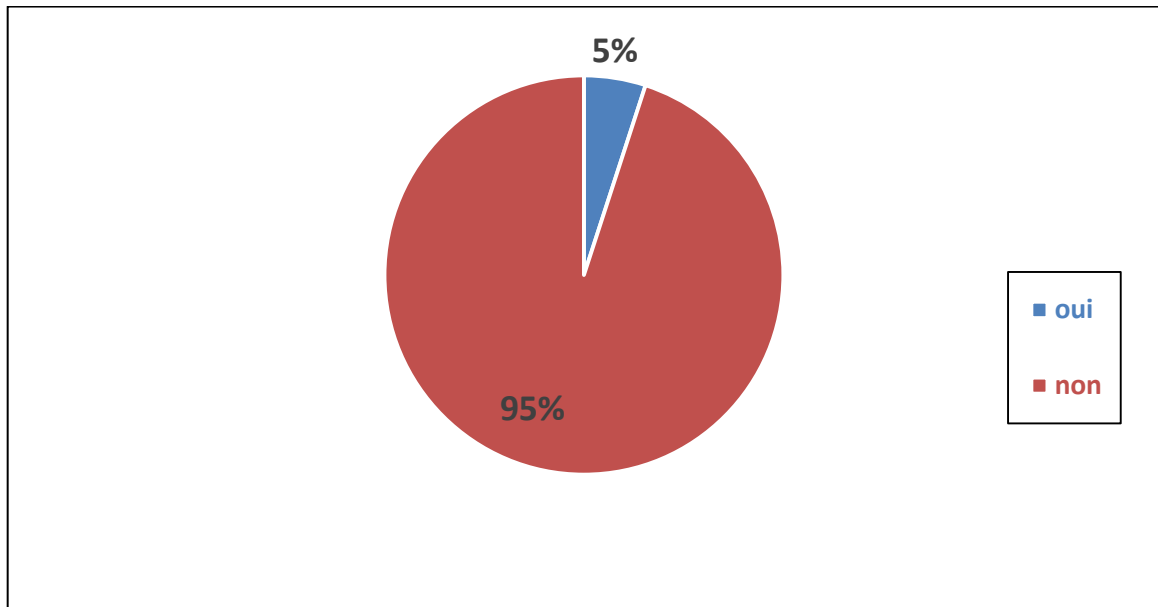
66% des Médecins ont répondu à cette question par une réponse juste. (cf. Figure 6)



**Figure 6 : Une déshydratation supérieure à 10% du poids du corps est-elle le signe d'une déshydratation modérée ?**

**c. Connaissance sur l'étiologie et le traitement des majorités des rhinopharyngites.**

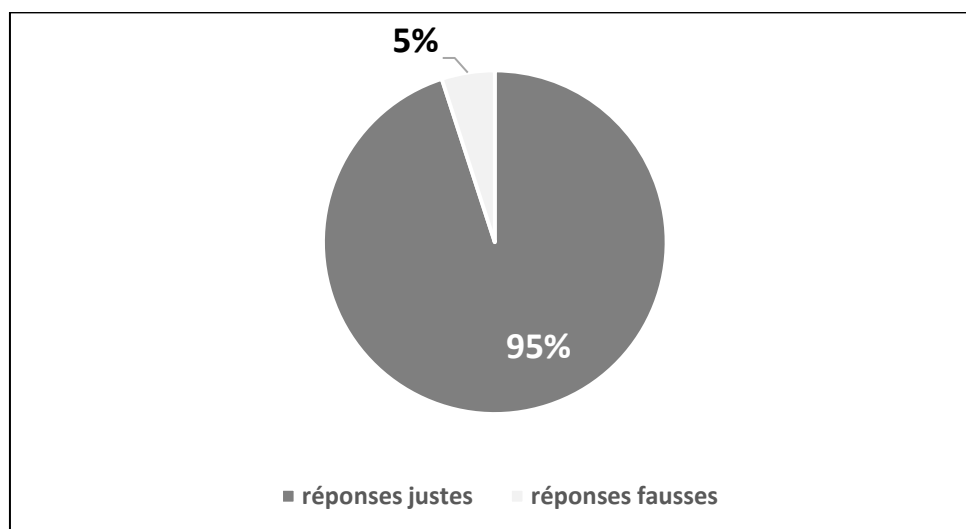
La quasi-totalité des médecins (57/60 médecins soit 95 %) attribuent les rhinopharyngites chez l'enfant à une origine non bactérienne, et ne nécessitent pas, à leur avis, une antibiothérapie. (cf. Figure 7).



**Figure 7 : La majorité des rhinopharyngites chez l'enfant est-elle d'origine bactérienne et nécessite-t-elle une antibiothérapie ?**

95% des Médecins ont répondu à cette question par une réponse juste.

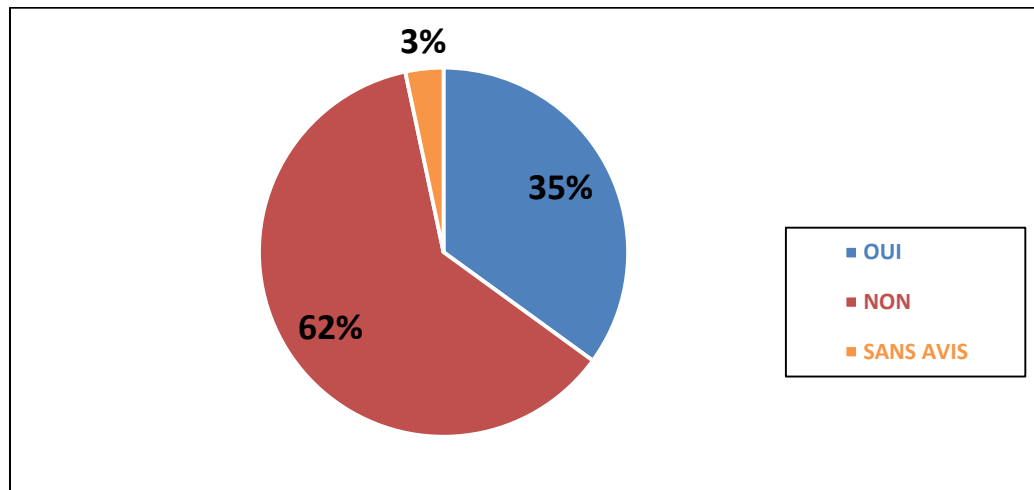
(cf. Figure 8)



**Figure 8: La majorité des rhinopharyngites chez l'enfant est-elle d'origine bactérienne et nécessite-t-elle une antibiothérapie ?**

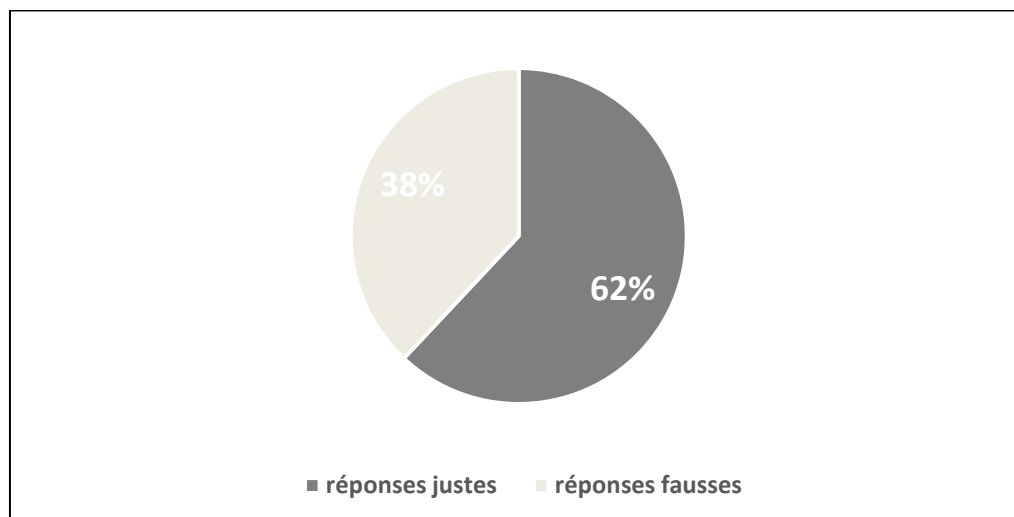
**d. Connaissance sur la vaccination contre la rougeole-oreillons-rubéole.**

Parmi les 60 médecins, 21 (35%) confirment que le vaccin contre la rougeole-oreillons-rubéole fait partie du programme national d'immunisation, 37 (62%) autres avancent le contraire, et les 2 médecins restants (3%) sont sans avis. (cf. Figure 9).



**Figure 9: Le vaccin contre ROR est-il contenu dans le programme national d'immunisation ?**

62% des Médecins ont répondu à cette question par une réponse juste. (cf. Figure 10).



**Figure 10 : Le vaccin contre ROR est-il contenu dans le programme national d'immunisation ?**

e. Connaissance sur l'étiologie la plus fréquente des convulsions chez le nourrisson.

Une hyperthermie au-delà de 38.5°C est considérée par 42/60 médecins comme l'étiologie la plus fréquente des convulsions chez le nourrisson (soit 70 %), 17/60 (soit 28%) avancent le contraire, et le médecin restant (2%) était sans avis. (cf. Figure 11).

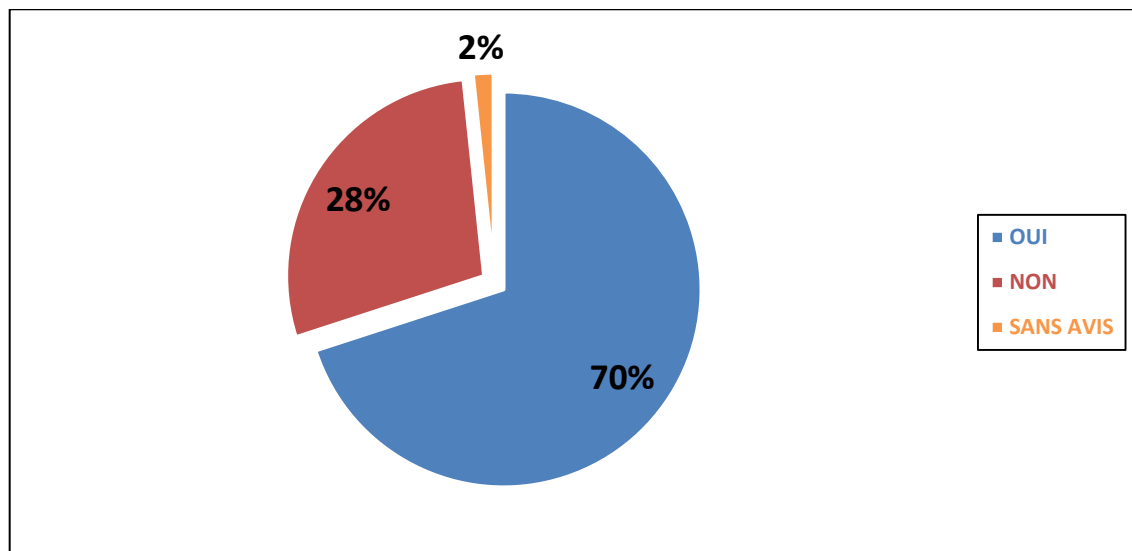


Figure 11: Une hyperthermie au-delà de 38.5 °C est l'étiologie la plus fréquente des convulsions chez le nourrisson ?

70% des Médecins ont répondu à cette question par une réponse juste. (cf. Figure 12).

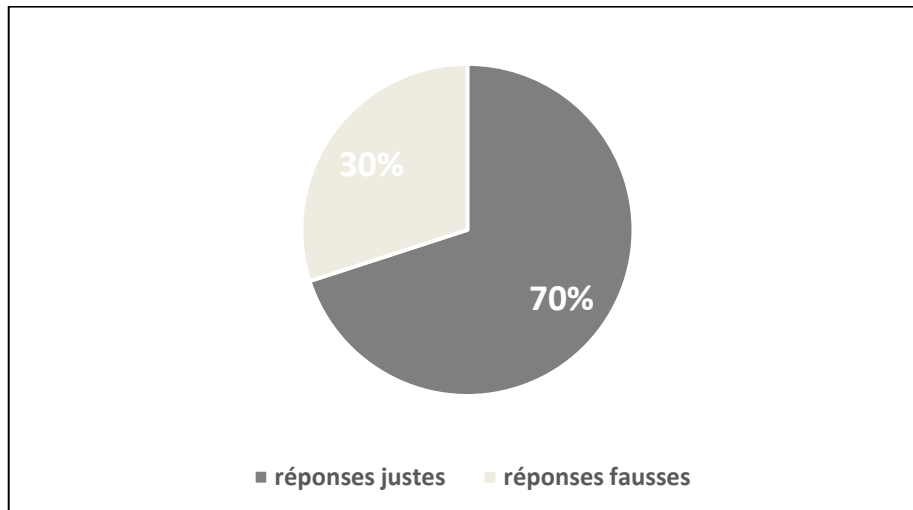


Figure 12: Une hyperthermie au-delà de 38.5 °C est l'étiologie la plus fréquente des convulsions chez le nourrisson ?

f. Connaissance sur la forme la plus commune de RAA de l'enfant.

Parmi les 60 médecins enquêtés :

- 50 (soit 83%) ont été d'avis que la poly-arthralgie aiguë fébrile constitue la forme la plus commune du RAA ;
- 9 autres (soit 15%) ne partagent pas un tel point de vue,
- 1 médecin (soit 2%) n'a aucun parti pris. (cf. Figure 13).

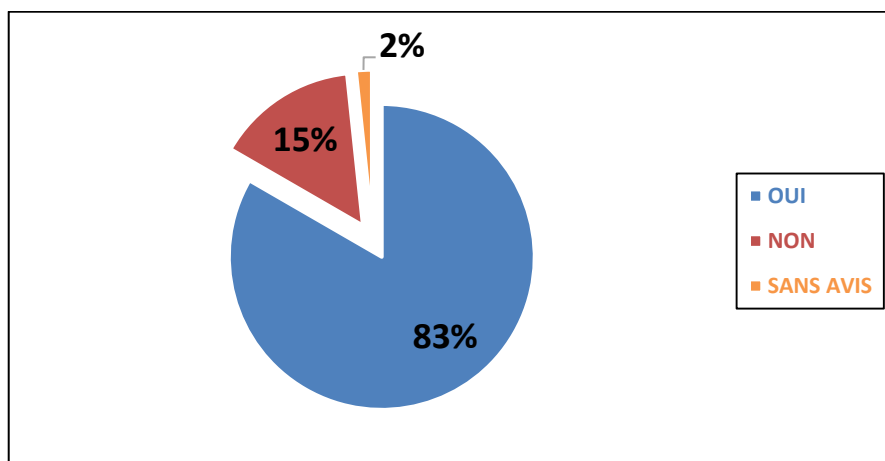


Figure 13 : La polyarthralgie aiguë fébrile est la forme la plus commune du RAA ?

83 % des Médecins ont répondu à cette question par une réponse juste.  
(cf. Figure 14).

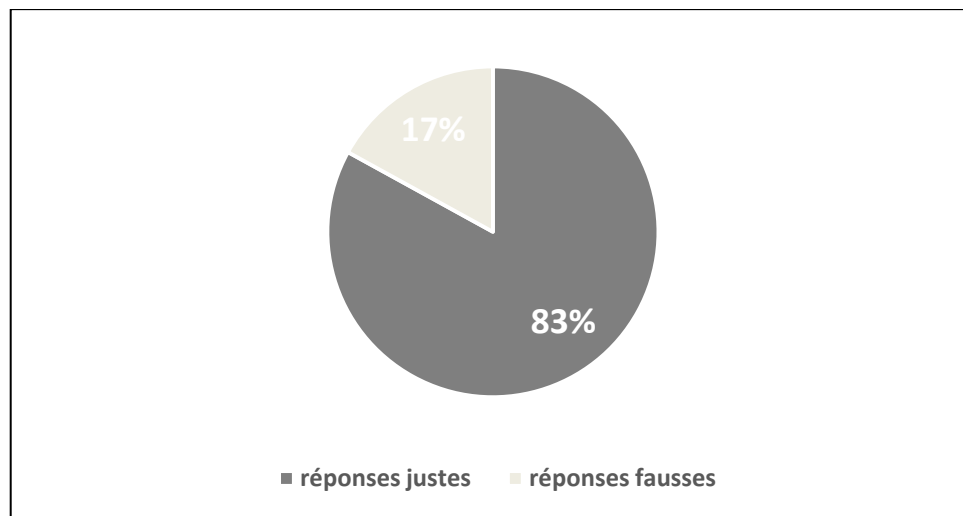
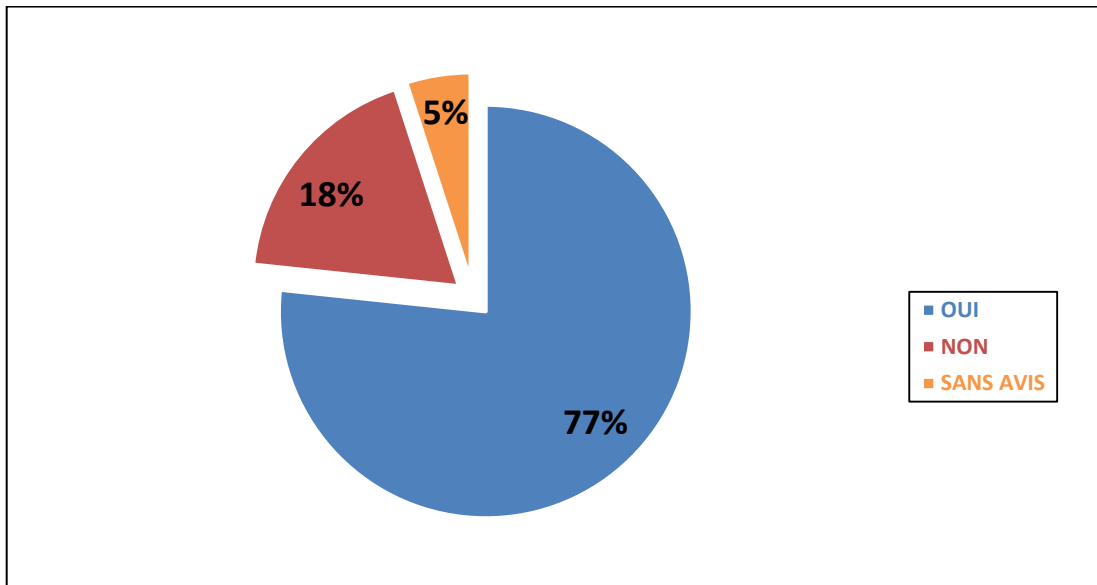


Figure 14 : La polyarthralgie aiguë fébrile est la forme la plus commune du RAA ?

**g. Connaissance sur la cyanose réfractaire chez un nouveau-né de 2 jours de vie.**

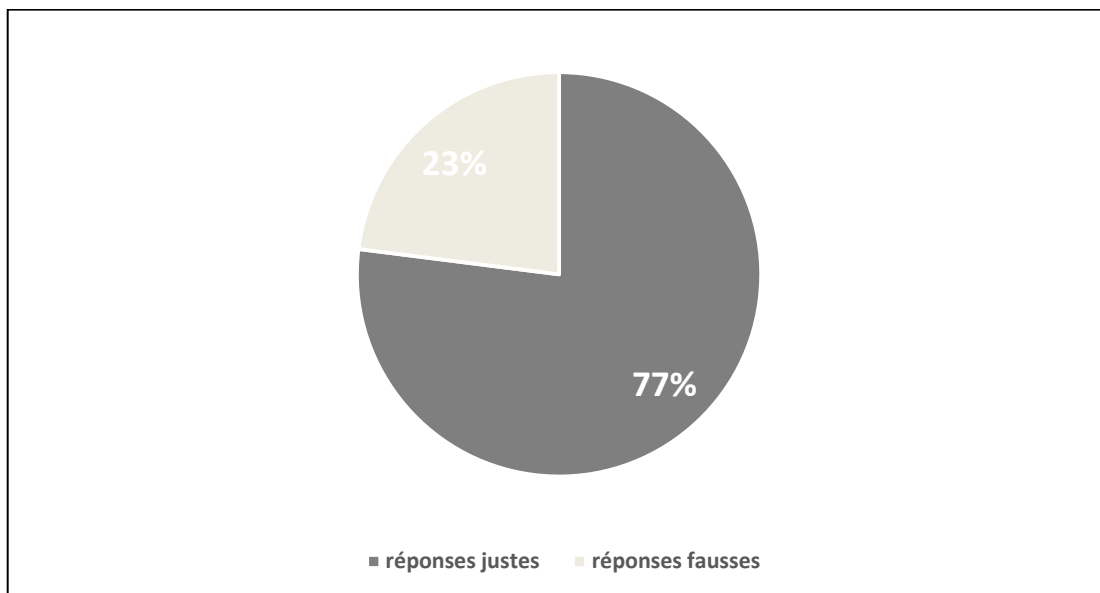
A la question « Pensez-vous à une cardiopathie congénitale devant une cyanose réfractaire chez un nouveau-né de 2 jours », les réponses à ce sujet ont été les suivantes :

- 46/60 médecins (soit 77 %) pensent à une cardiopathie congénitale,
- 11/60 médecins (soit 18%) incriminent une autre étiologie,
- 3/60 médecins restent sans avis (5%). (cf. Figure 15).



**Figure 15 : Pensez-vous à une cardiopathie congénitale devant une cyanose réfractaire chez un nouveau-né de 2 jours ?**

77 % des Médecins ont répondu à cette question par une réponse juste. (cf. Figure 16).



**Figure 16 : Pensez-vous à une cardiopathie congénitale devant une cyanose réfractaire chez un nouveau-né de 2 jours ?**

Parmi les 46 médecins qui pensent à une cardiopathie ,13/46 médecins n'ont pas donné des exemples, les autres médecins ont en cité selon l'inventaire suivant :

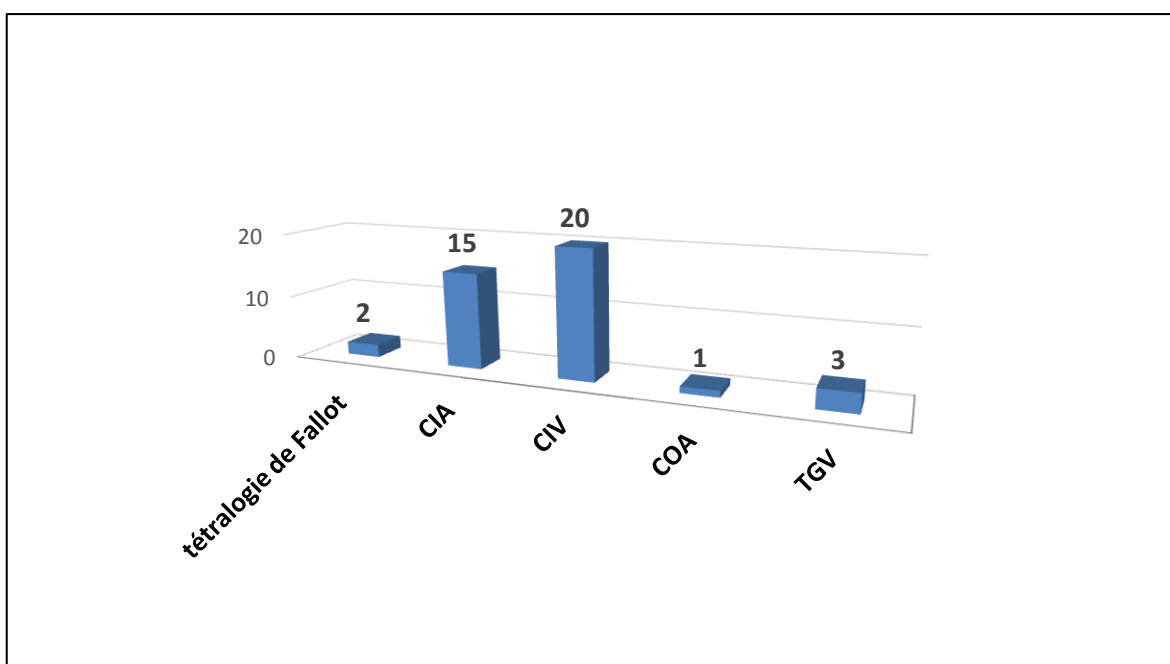
**CIV** : 20 médecins

**CIA** : 15 médecins.

**TGV** : 3 médecins.

**Tétralogie de Fallot** : 2 médecins.

**COA** : 1 médecin. (cf. Figure 17).

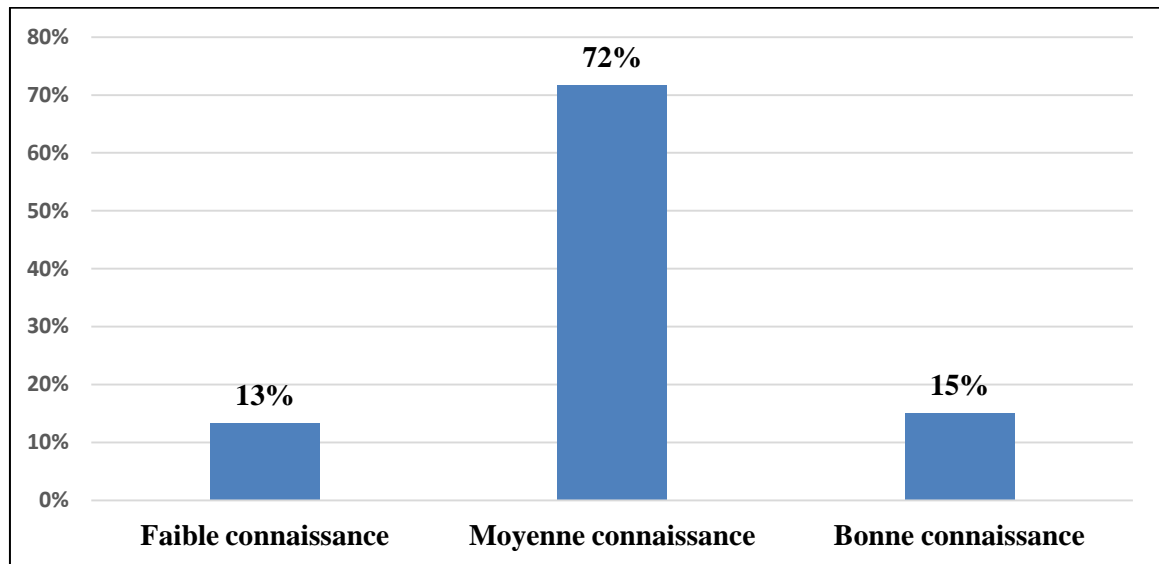


**Figure 17 : les cardiopathies responsables d'une cyanose réfractaire chez un nouveau née de 2 jours**

Seulement 5 médecins ont répondu à cette question par une réponse juste.

#### **h. Description des médecins en fonction du score de connaissances en pédiatrie.**

Plus de la moitié des participants à l'étude ont de moyenne connaissances concernant la pédiatrie. (cf. Figure 18).



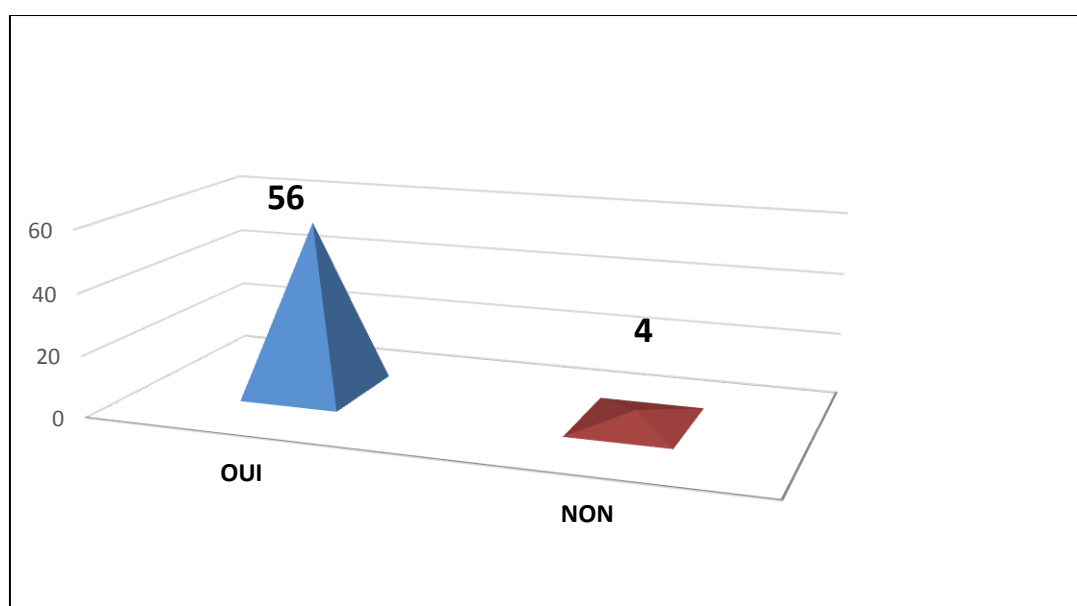
**Figure 18 : Description des médecins en fonction du score de connaissances en pédiatrie.**

### 3. Description des médecins selon leurs pratiques en consultation pédiatrique.

Dans ce chapitre, nous tenterons d'analyser en détail les réponses des médecins concernant la troisième partie du questionnaire portant sur leurs pratiques quotidiennes.

#### a. La consultation pédiatrique.

La consultation pédiatrique est pratiquée par 56/60 médecins, 4 médecins n'y recourent pas, en raison soit de la présence d'un pédiatre au centre de santé, soit de la défaillance ou l'inadaptation des structures sanitaires existantes aux impératifs exigés en la matière (cf. Figure 19).



**Figure 19 : Nombre de médecins pratiquant la consultation Pédiatrique**

La fréquence de la pratique d'une telle consultation varie selon les degrés suivants : (cf. Tableau 6 et Figure 20).

Tableau 6 : fréquences de la pratique de la consultation pédiatrique.

Fréquence	Nombre de médecins	Pourcentage
Très souvent	16	29 %
Souvent	33	59 %
Occasionnellement	7	13 %
Total	56	100 %

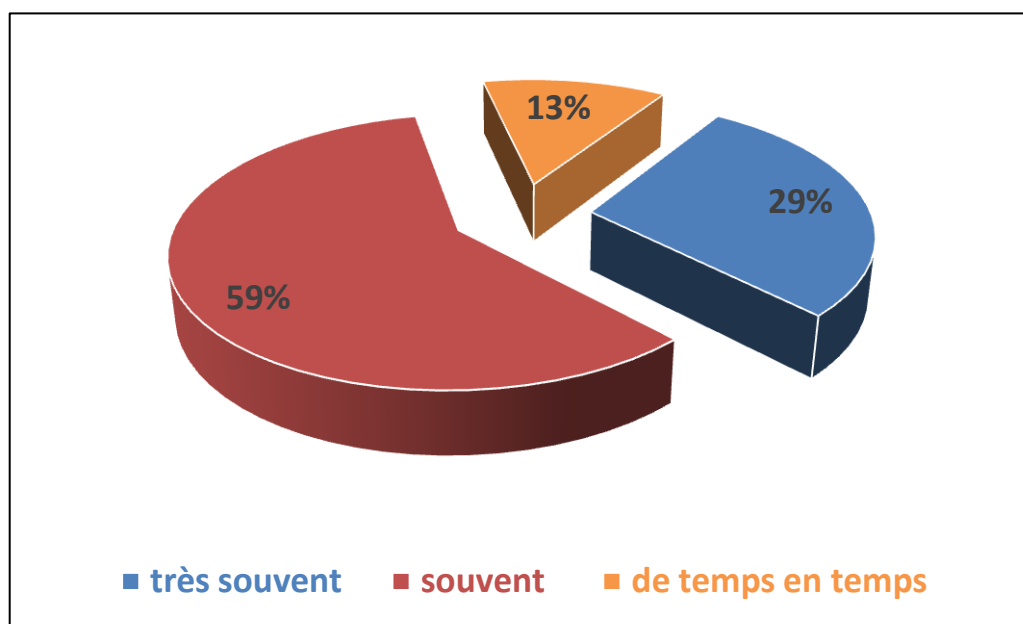
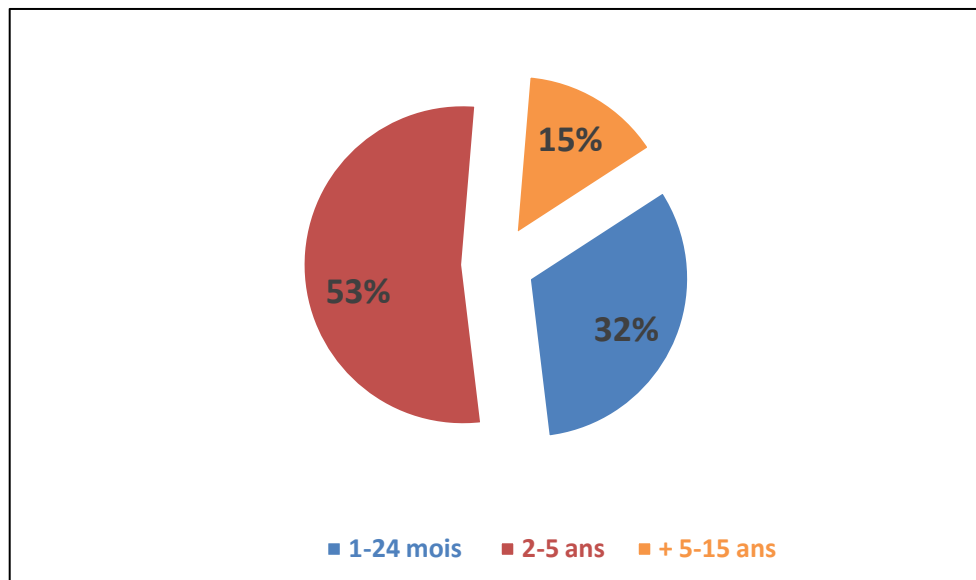


Figure 20 : La fréquence de la consultation pédiatrique.

Les tranches d'âge des enfants sujets à la consultation pédiatrique se répartissent selon les modalités suivantes :(cf. Tableau 7 et Figure 21).

**Tableau 7 : Part des catégories d'âge des patients lors de la consultation pédiatrique.**

Classes d'âge	Part cumulée dans l'effectif total
1 à 24 mois	32 %
2 à 5 ans	53 %
5 à 15 ans	15 %
Total	100 %



**Figure 21 : Part des catégories d'âge lors de la consultation pédiatrique.**

**b. Réurrence des motifs de la consultation pédiatrique.**

Selon la constatation des médecins, la fièvre est le motif le plus fréquent de la consultation pédiatrique (soit 77 %), suivie de la diarrhée (17%) et à la dernière place les vomissements (6%). (cf. Figure 22)

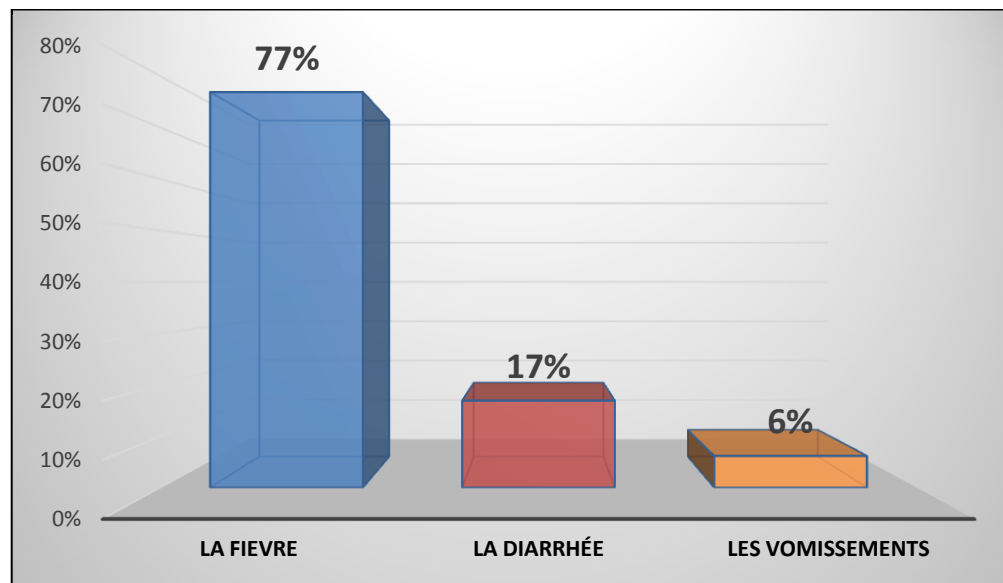


Figure 22 : Le motif le plus fréquent de la consultation pédiatrique.

c. **Les pathologies les plus courantes en consultation pédiatrique.**

De l'avis des médecins interrogés, la prévalence des principales pathologies se présente comme suit en pourcentage :

1. Les infections respiratoires hautes (43%).
2. Les troubles digestifs (28%).
3. Les infections respiratoires basses (22%).
4. Les infections urinaires (6%).
5. Retard de croissance staturo-pondérale (1%).

(cf. Figure 23)

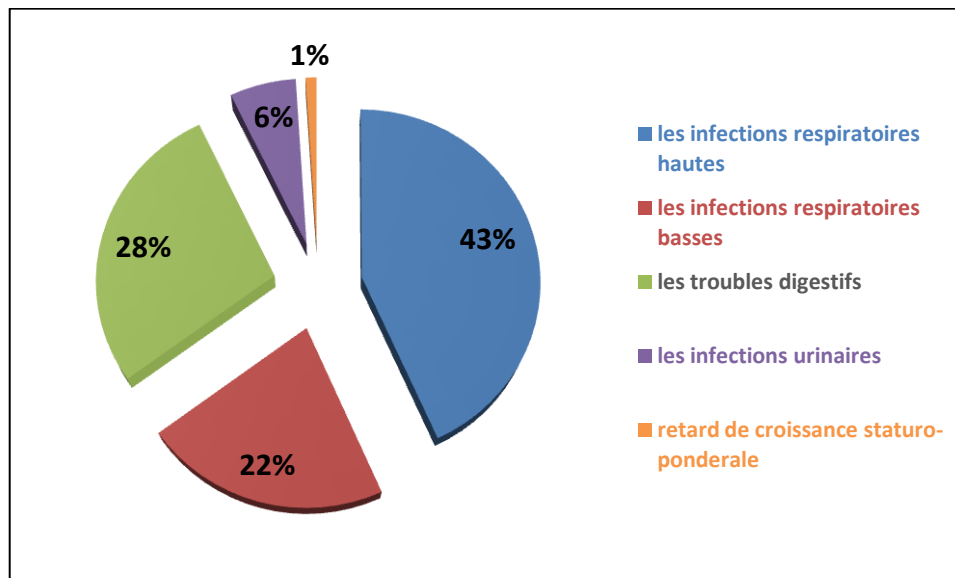


Figure 23 : Les pathologies les plus courantes en consultation pédiatrique.

**d. Les urgences les plus courantes en consultation pédiatrique.**

Presque la moitié des urgences les plus courantes sont dominées par les détresses respiratoires (48%), suivie par les déshydratations aiguës à hauteur de 27%, lesquelles sont talonnées par les convulsions fébriles ( 22% ), et au dernier rang les infections graves avec une part de 3%. (cf. Figure 24).

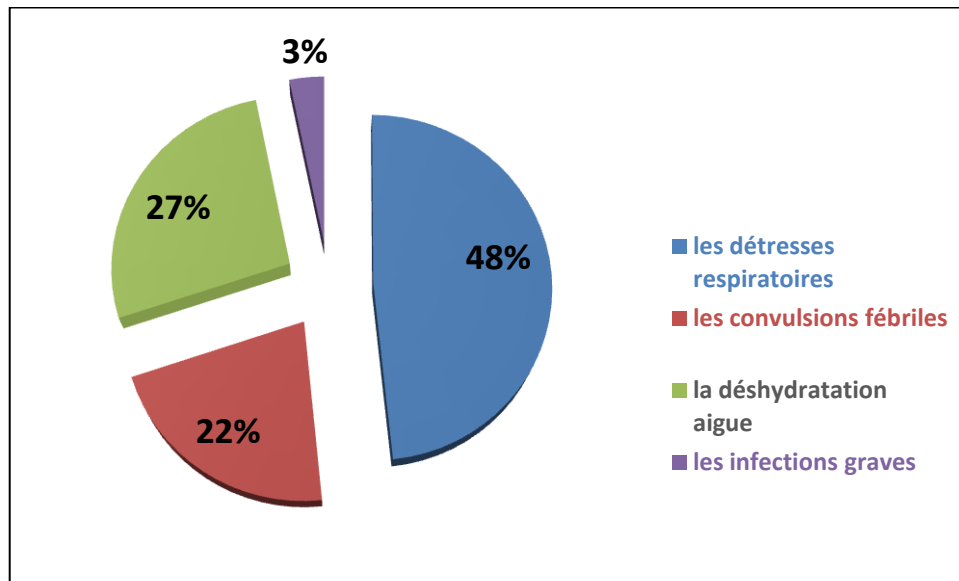


Figure 24 : Les urgences les plus courantes en consultation pédiatrique.

**e. La prise des constantes par les médecins.**

La constante la plus prise par les médecins est le poids (93%), suivi par la température (54%). (cf. Tableau 8)

**Tableau 8 : La prise des constantes par les médecins.**

Les constantes prises	Nombres de médecins	Pourcentages
Le poids	52	93 %
La température	30	54 %
La taille	20	36 %
Périmètre crânien	4	7%
La tension artérielle	1	2%

**f. Les antibiotiques les plus souvent prescrits en consultation pédiatrique.**

Selon les réponses des médecins, parmi les antibiotiques les plus souvent prescrits en pédiatrie, vient en tête l'amoxicilline avec un pourcentage de 58%, suivie de l'amoxicilline protégée (26%), le pourcentage complémentaire restant est partagé respectivement par les macrolides, céphalosporines et sulfamides à hauteur de 9, 5 et 2%. (cf. Figure 25).

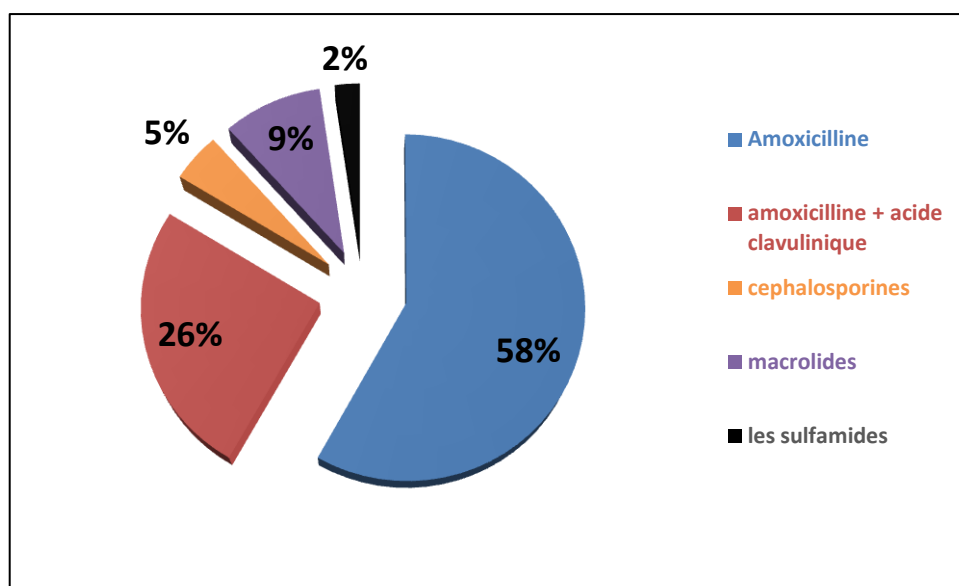


Figure 25 : Les antibiotiques les plus souvent prescrit en consultation pédiatrique

**g. Les obstacles rencontrés**

L'obstacle le plus fréquent est le manque de moyens (91%), suivi par le manque de structures adaptées (62%). (cf. Tableau 9)

**Tableau 9 : Les obstacles rencontrés lors de la pratique de la consultation pédiatrique.**

<b>Les obstacles rencontrés</b>	<b>Nombres de médecins</b>	<b>Pourcentages</b>
<b>Manque de moyens</b>	51	91%
<b>Structures Inadaptées</b>	35	62%
<b>Absence de supports</b>	19	34%
<b>Manque de connaissances</b>	11	20%
<b>Manque de temps</b>	4	7%

#### 4. Description de la population selon leurs attitudes face à différentes situations pédiatriques.

##### a. L'attitude des médecins généralistes devant une fièvre aigue du nourrisson de moins de 3 mois.

Tous les médecins interrogés éliminent en premier les situations d'urgences (méningite, infection urinaire, bactériémie).

Un peu moins que la moitié des médecins (32 médecins) proposent une hospitalisation, les 28 autres (53%) ne la trouvent pas nécessaire . (cf. Figure 26).

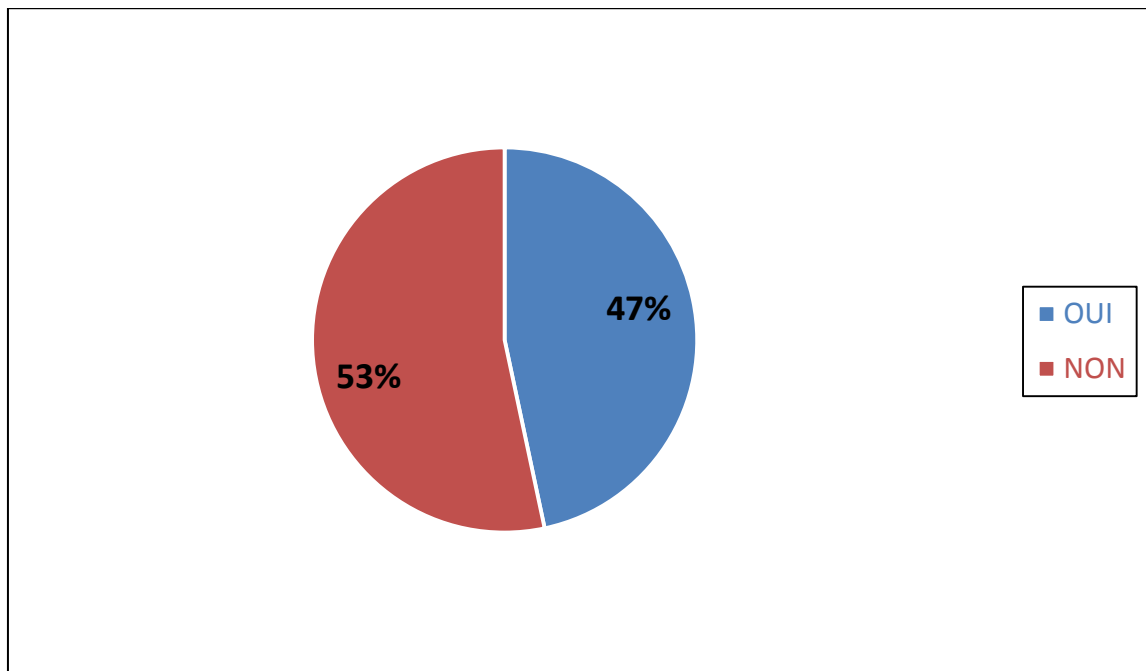


Figure 26 : La proposition d'hospitalisation devant une fièvre aigue du nourrisson de moins de 3 mois.

Les examens complémentaires sont demandés systématiquement par 35 médecins (58 %). (cf. Figure 27).

Ces examens sont demandés selon la fréquence suivante :

- 20 médecins demandent une NFS,
- 18 médecins demandent une CRP,
- 17 médecins demandent l'ECBU,
- 5 médecins demandent une radio du thorax,
- 4 médecins demandent l'ionogramme,
- 3 médecins demandent la VS,
- un seul médecin demande une échographie abdominale. (cf. Figure 28).

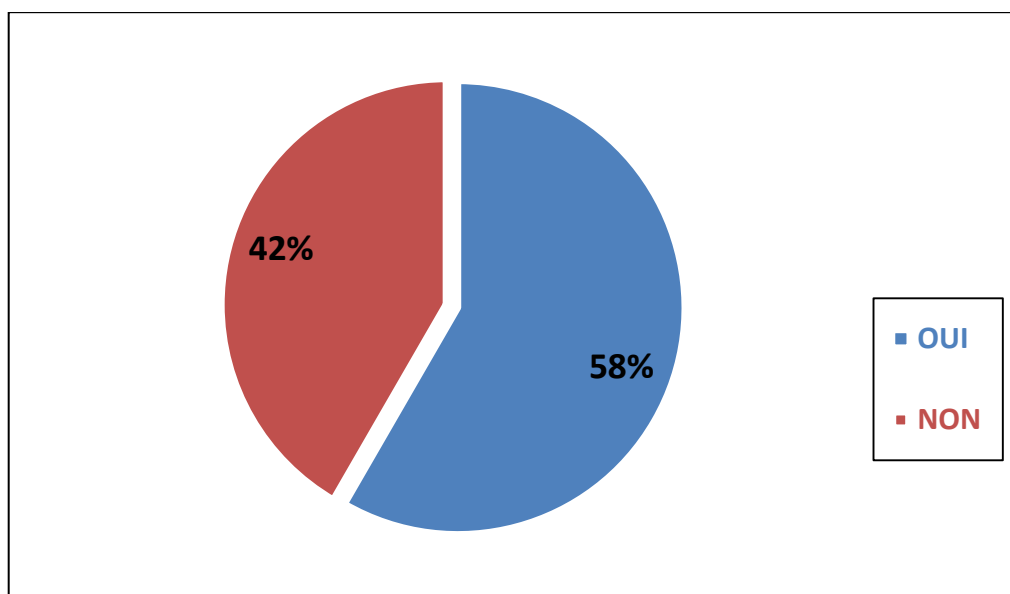
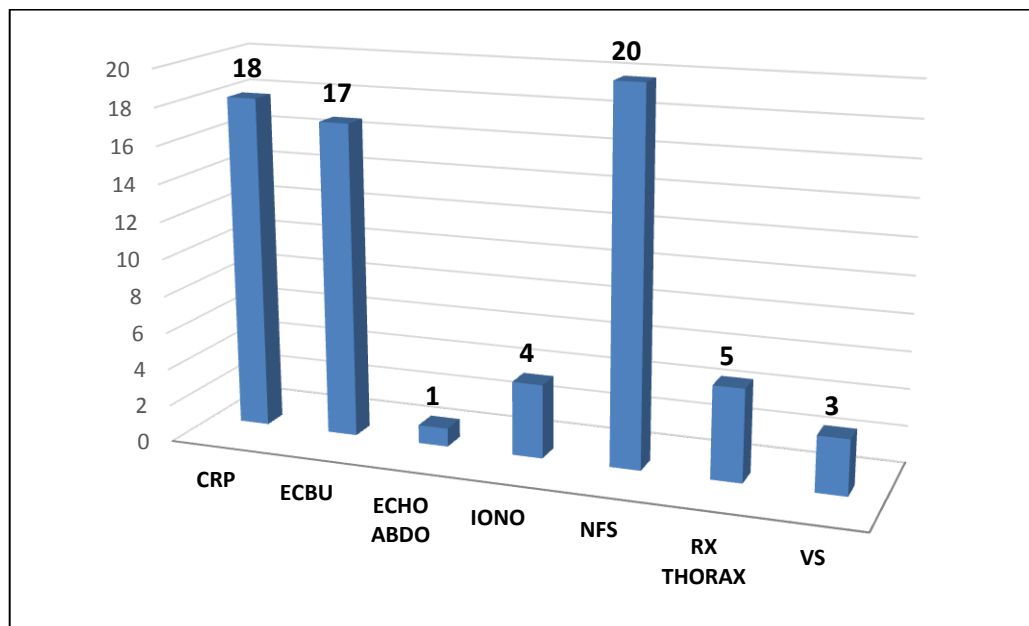


Figure 27 : La demande d'examen complémentaire devant une fièvre aigue du nourrisson de moins de 3 mois.



**Figure 28 : La fréquence des examens complémentaires demandés devant une fièvre aiguë de nourrisson de moins de 3 mois.**

La majorité des médecins interrogés (52 médecins soit 87%) ne prescrivent pas systématiquement une antibiothérapie.

24 médecins (40%) traitent symptomatiquement par des antipyrétiques et réévaluent après l'évolution de la symptomatologie.

b. L'attitude des médecins généralistes devant une fièvre aigue du grand enfant.

Parmi les 60 médecins interrogés, 51 médecins pensent à éliminer en premier une urgence (soit 85%). (cf. Figure 29).

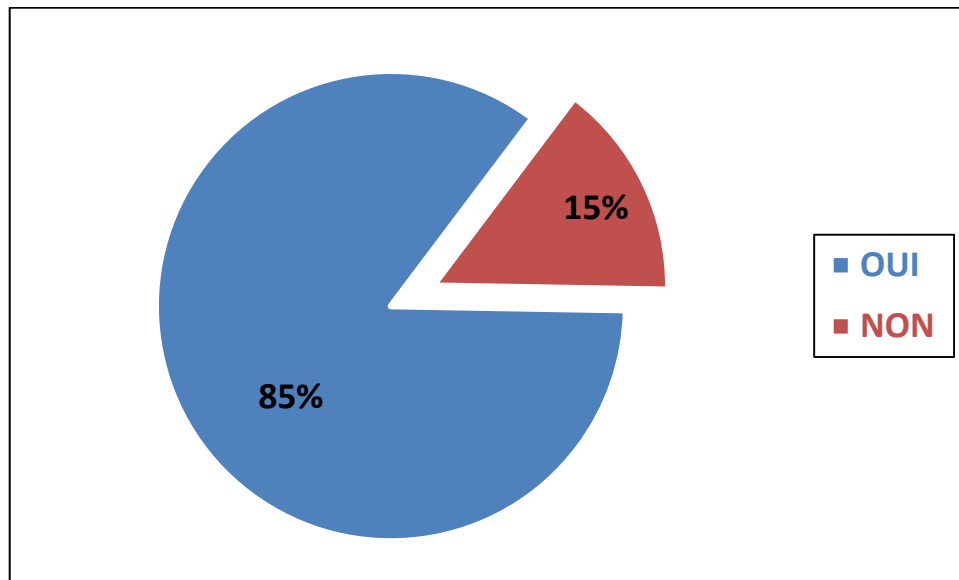


Figure 29 : Elimination des urgences devant une fièvre aigue du grand enfant.

- 5 médecins n'ont pas mentionné le type de ces urgences,
- 41 médecins recherchent à éliminer la méningite,
- 17 médecins éliminent une septicémie,
- 4 médecins recherchent à éliminer un syndrome typhoïdien
- 3 médecins recherchent à éliminer en premier les signes de convulsions.

(cf. Figure 30).

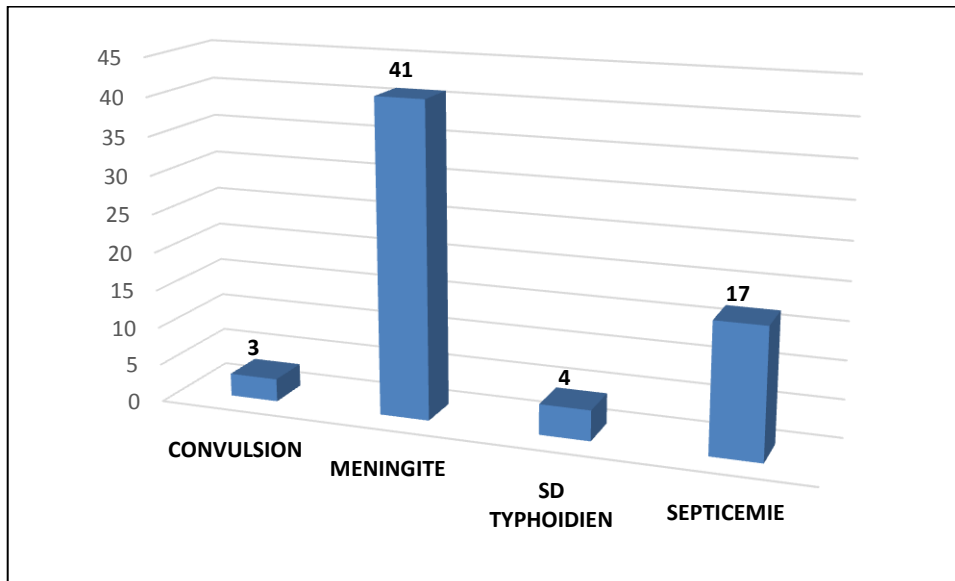


Figure 30 : les urgences éliminées devant une fièvre aigue de l'enfant.

Seulement 12 médecins (20%) demandent systématiquement des examens complémentaires.

En absence de foyer évident, 16 médecins prescrivent une antibiothérapie à base d'amoxicilline protégée (27%). (cf. Figure 31).

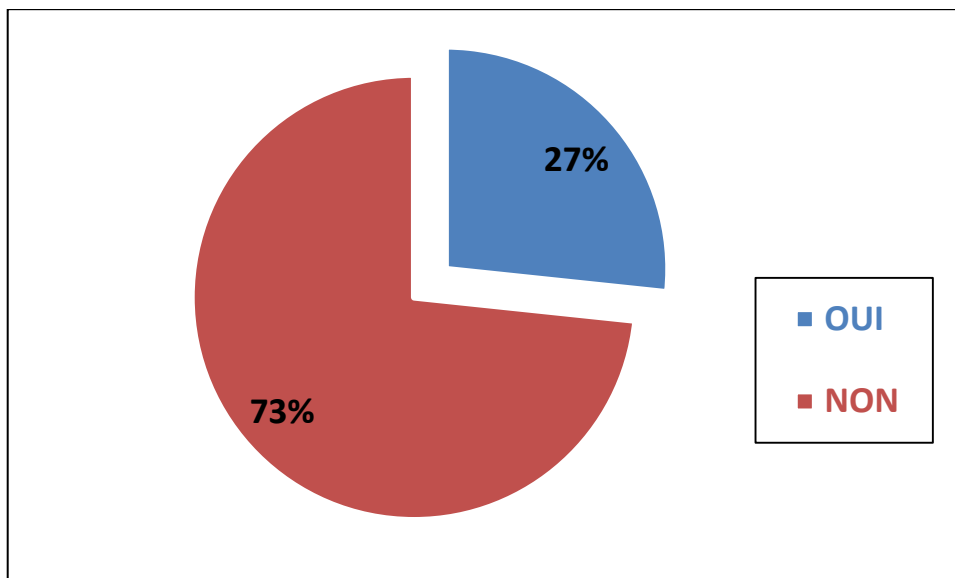


Figure 31 : La prescription de l'amoxicilline protégée en absence de foyer évident.

En présence d'un écoulement nasal avec une toux sèche 8 médecins la prescrivent (13%). (cf. Figure 32).

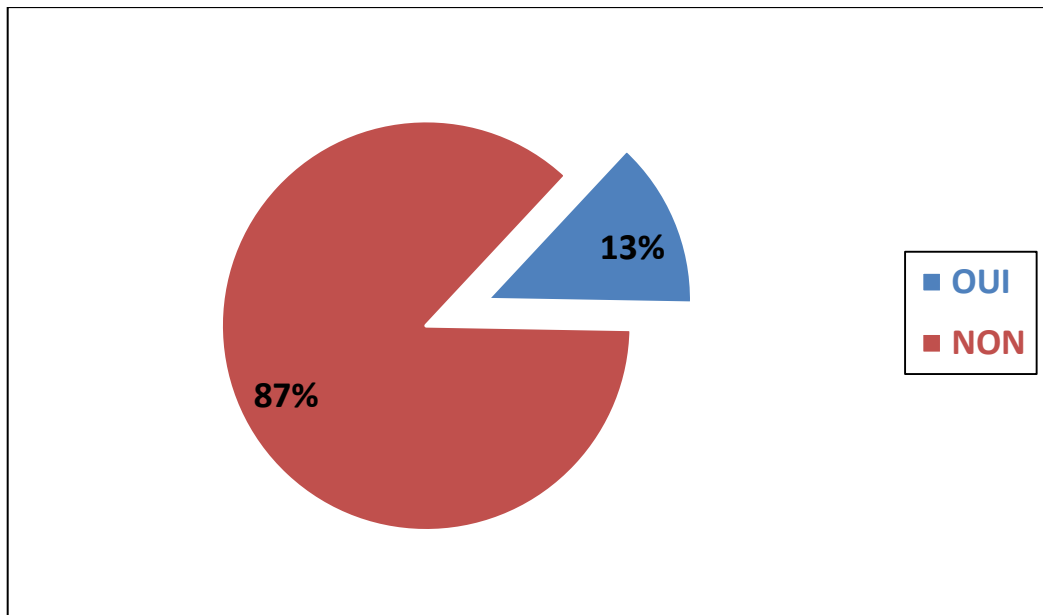


Figure 32 : La prescription de l'amoxicilline protégée en présence d'un écoulement nasal avec toux sèche.

c. L'attitude des médecins généralistes devant une fièvre persistante de l'enfant.

Parmi les 60 médecins interrogés, un médecin réfère d'emblée l'enfant vers un pédiatre.

Une fièvre persistante est défini selon 52 médecins (soit 87%) par une fièvre prolongée de 7 jours. 7 autres (soit 12%) refusent cette définition et 1 médecin reste sans avis. (cf. Figure 33).

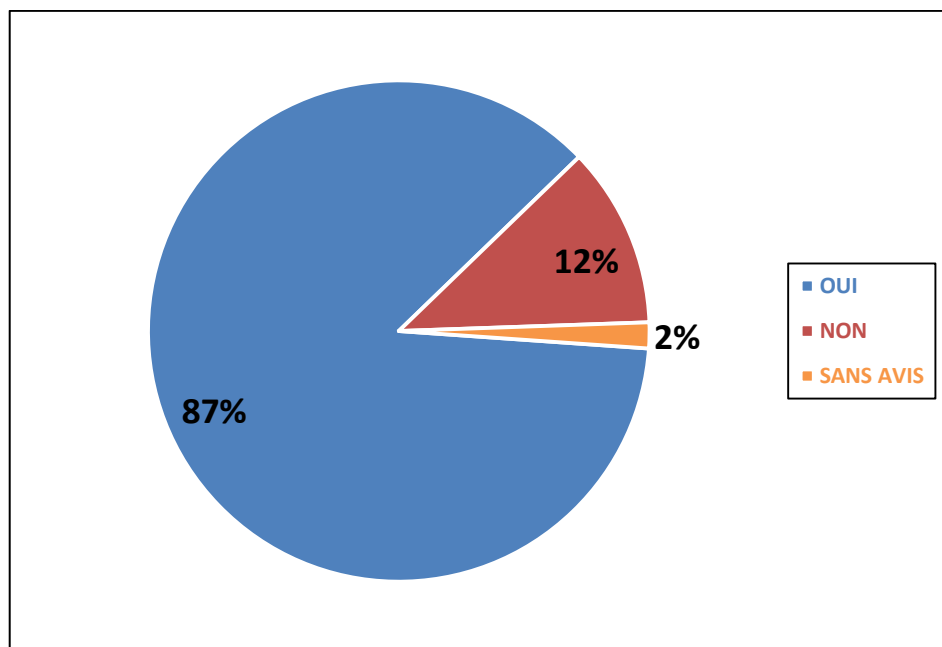


Figure 33 : Une fièvre persistante de l'enfant est définie comme une fièvre au-delà de 7 jours ?

Devant une fièvre persistante pensent et recherchent 18/59 médecins exclusivement une cause infectieuse (soit 31%). Alors que 41/59 médecins recherchent les autres étiologies autres qu'infectieuses (soit 69%). (cf. Figure 34).

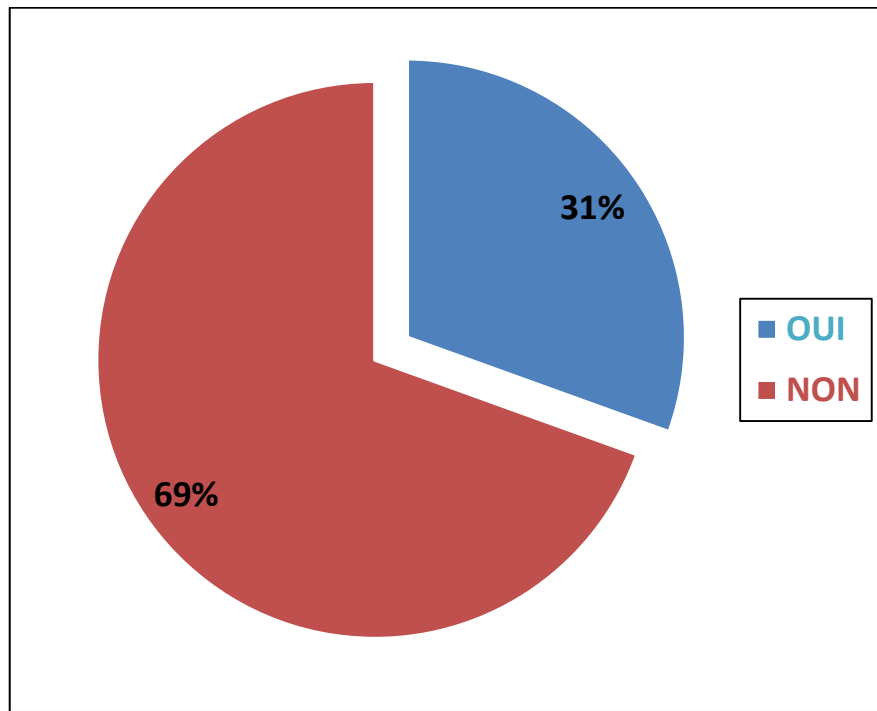


Figure 34 : Pensez et recherchez-vous exclusivement une cause infectieuse ?

Parmi les 41 médecins précités recherchant des étiologies autres qu'infectieuses :

- 6 médecins n'ont pas mentionné ces étiologies recherchées.
- 21 médecins recherchent une cause tumorale,
- 17 médecins une cause inflammatoire,
- 6 médecins une hémopathie,
- 3 médecins recherchent une cause auto-immune,
- 3 médecins une maladie de système,
- un seul médecin recherche une cause métabolique (cf. Figure 35).

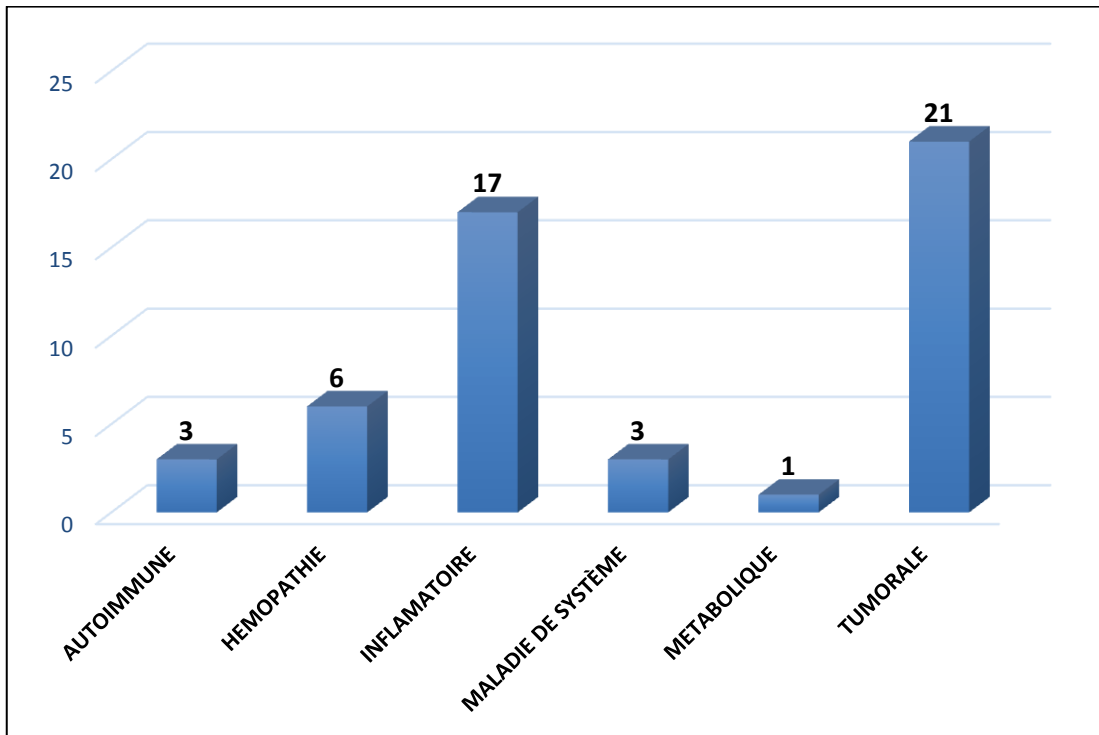


Figure 35 : Les étiologies recherchées devant une fièvre persistante de l'enfant.

La plus part des médecins (48/59 médecins) demandent systématiquement des examens complémentaires (81%). (cf. Figure 36).

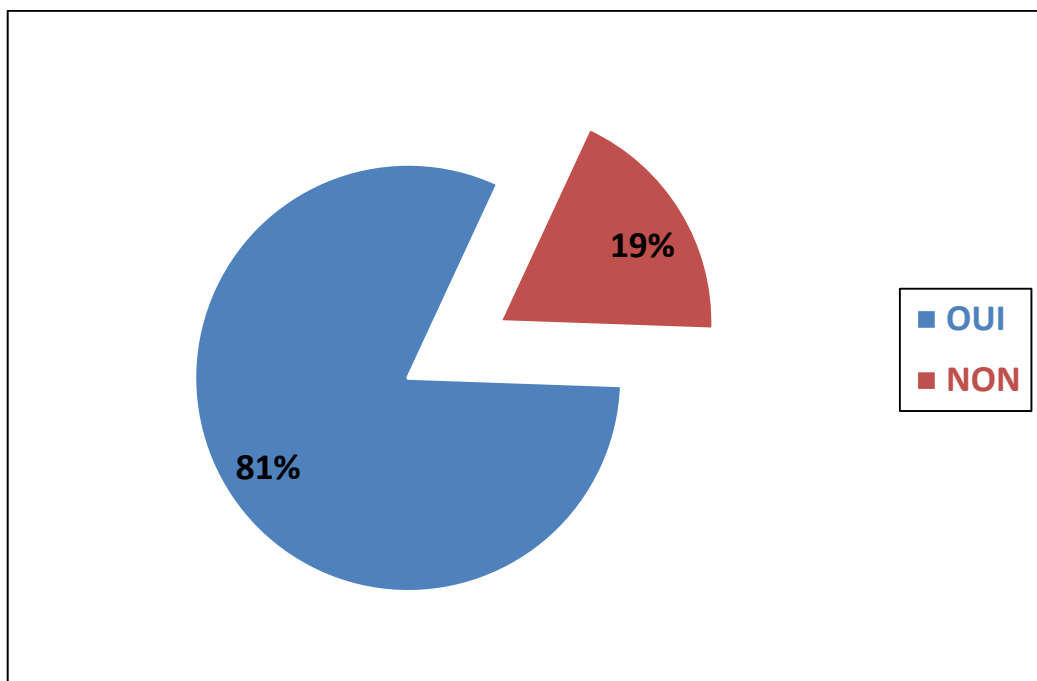
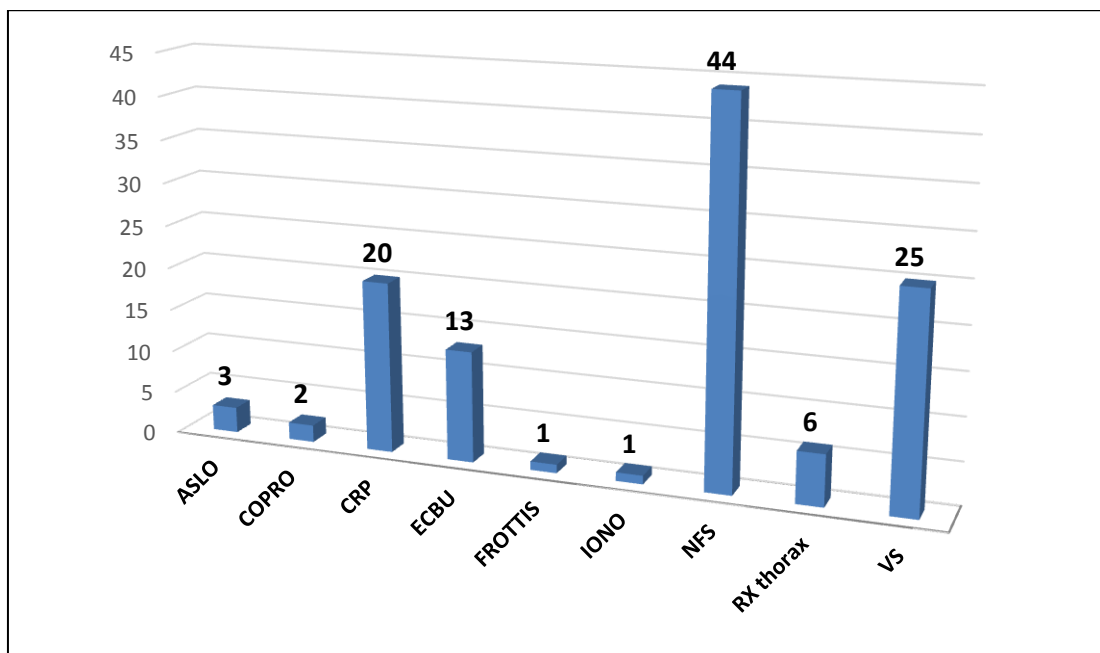


Figure 36 : La demande d'examen complémentaire devant une fièvre persistante de l'enfant.

- 4 médecins n'ont pas mentionné les examens complémentaires qu'ils demandent.
- 44 médecins demandent l' NFS,
- 25 médecins demandent la VS,
- 20 médecins demandent la CRP,
- 13 médecins demandent l'ECBU,
- 6 médecins demandent la radio du thorax,
- 3 médecins demandent les ASLO,
- 2 médecins demandent la coproculture,
- 1 médecin demande l'ionogramme,
- 1 médecin demande le Frottis sanguin. (cf. Figure 37).



**Figure 37 : Les examens complémentaires demandés devant une fièvre persistante de l'enfant.**

L'absence d'un syndrome inflammatoire conforte 19 médecins (soit 32%), 35 médecins ne le sont pas (soit 59%), 5 médecins restent sans avis (8%). (cf. Figure 38).

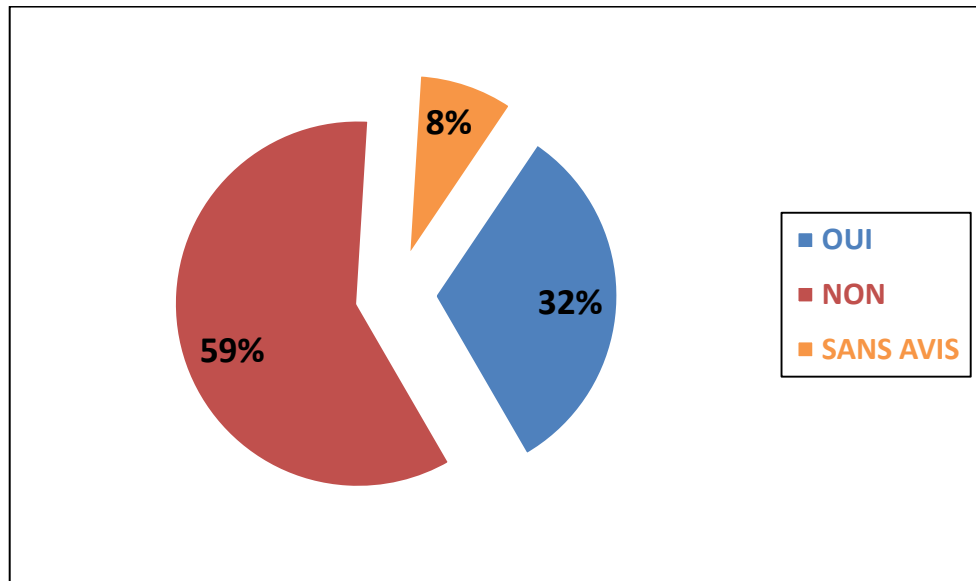


Figure 38 : L'absence d'un syndrome inflammatoire vous conforte-t-elle ?

Seulement 5 médecins prescrivent systématiquement une antibiothérapie (12%). (cf. Figure 39).

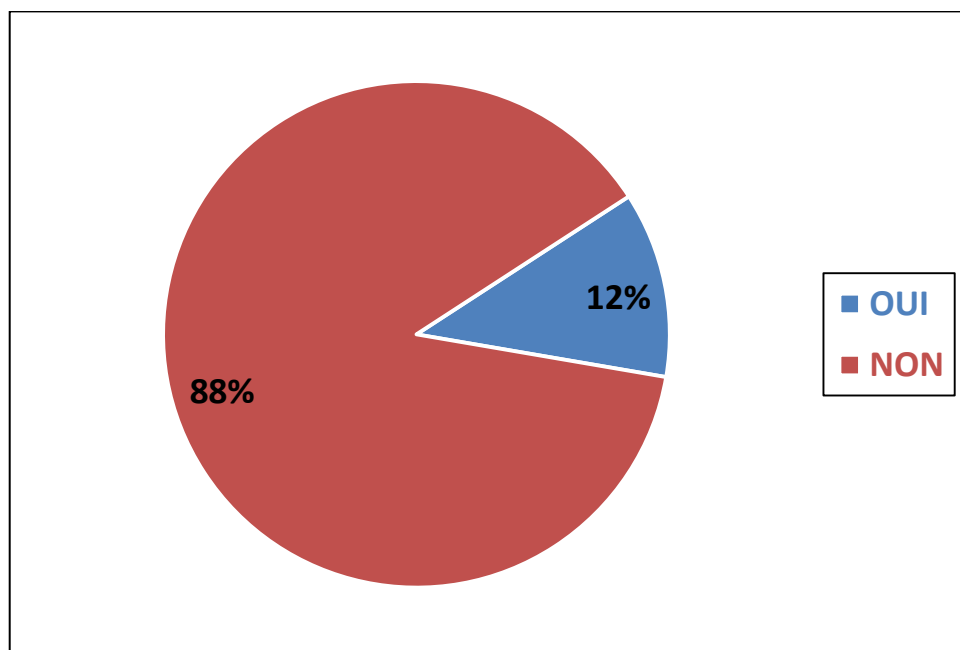


Figure 39 : La prescription systématique d'une antibiothérapie devant une fièvre persistante de l'enfant.

d. L'attitude des médecins généralistes devant des vomissements aigus de l'enfant.

Devant des vomissements aigus de l'enfant, 55 parmi les 60 médecins interrogés éliminent en premier une urgence (soit 92%). (cf. Figure 40).

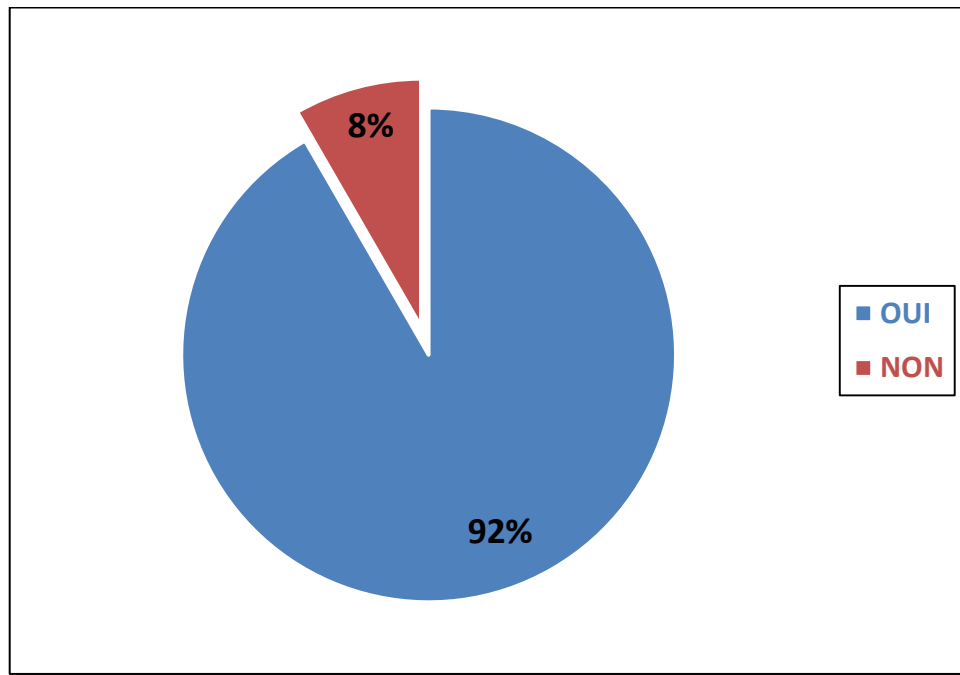


Figure 40 : Elimination des urgences devant des vomissements aigus de l'enfant.

Les urgences éliminées n'ont pas été mentionnés par 9 médecins, Parmi les 44 médecins qui les ont mentionnés :

- 40 éliminent une méningite,
- 15 éliminent une urgence chirurgicale (appendicite, invagination intestinale, occlusion, hypertrophie du pylore),
- 4 pensent à une intoxication,
- 3 éliminent une DAC
- 3 éliminent une HTIC,
- un seul médecin élimine une gastro-entérite sévère. (cf. Figure 41).

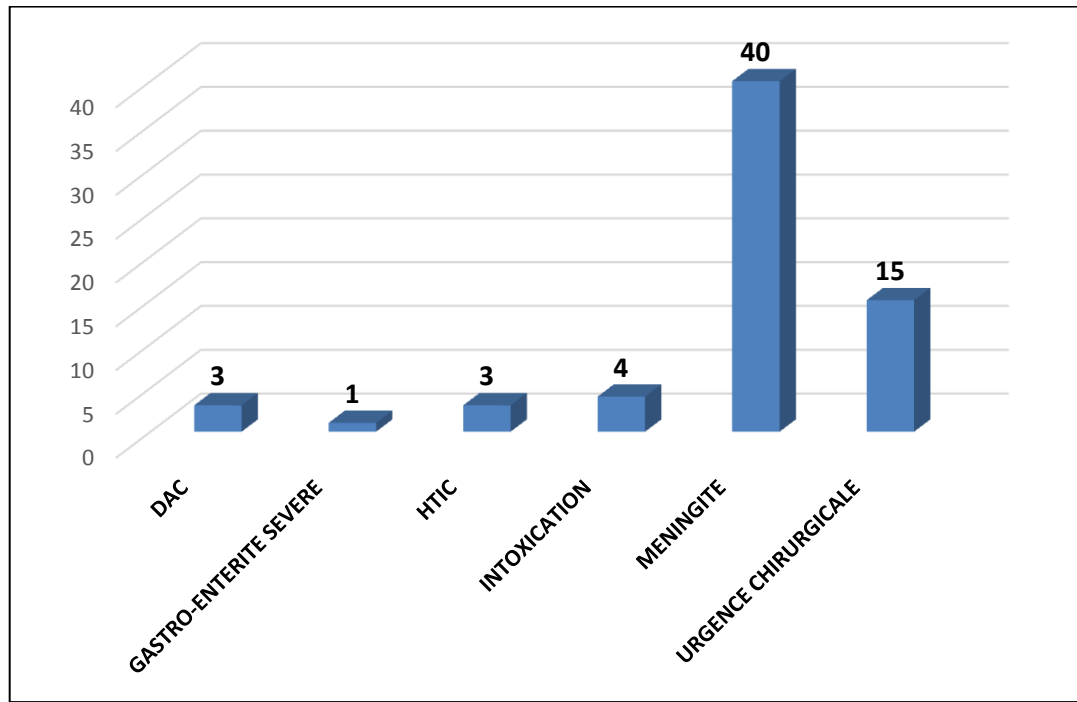


Figure 41 : Les urgences éliminées devant des vomissements aigue de l'enfant.

Tous les médecins sauf un recherchent un foyer infectieux et traitent en fonction de ce critère (soit 98%). (cf. Figure 42).

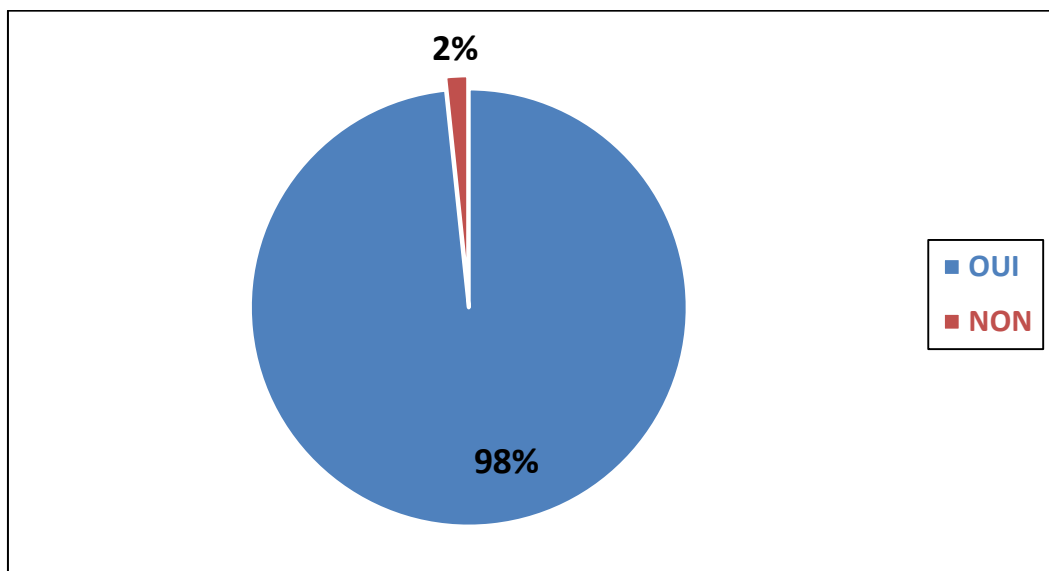


Figure 42 : La recherche et le traitement d'un foyer infectieux.

Tous les médecins interrogés évaluent le retentissement des vomissements seulement 8 d'entre eux n'ont pas mentionné comment ils l'apprécient.

- 52 (84%) médecins recherchent les signes de la déshydratation aigue.
- 8 (13%) recherchent les signes de dénutrition.
- 2 (3%) médecins recherchent les troubles de conscience.
- (cf. Figure 43).

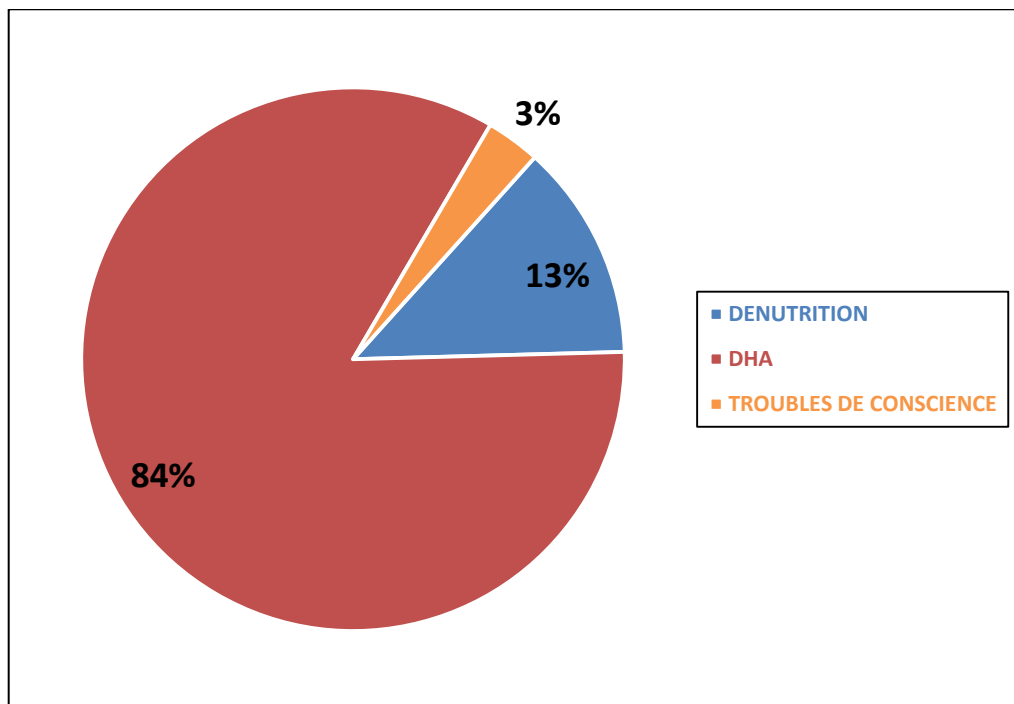
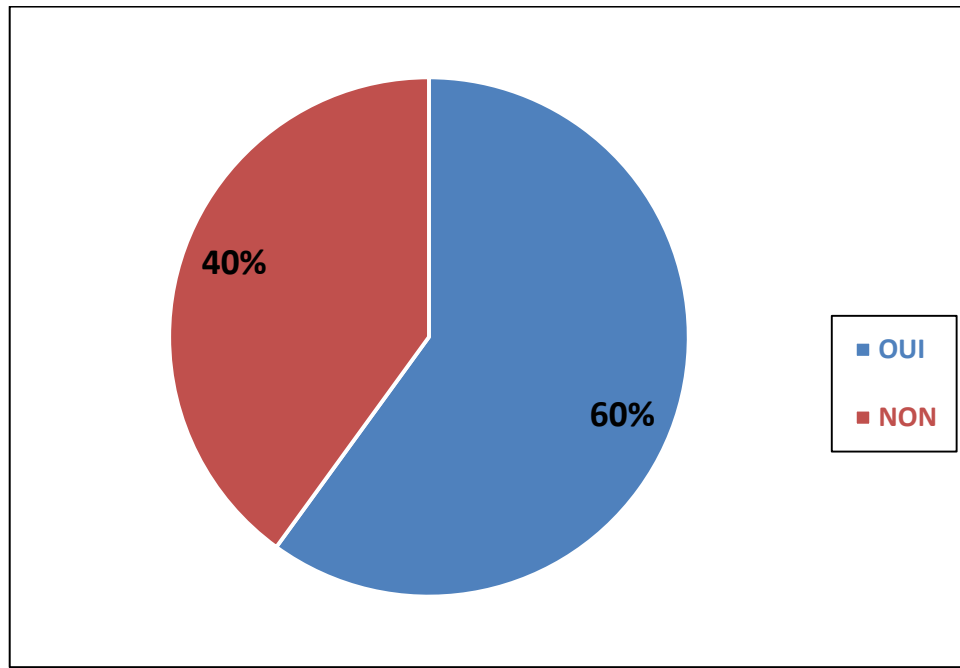


Figure 43 : Evaluations du retentissement des vomissements aigue.

36 médecins (60%) traitent symptomatiquement par des antiémétiques et réévaluent après l'évolution. (cf. Figure 44).



**Figure 44 : Traitement symptomatiquement par des antiémétiques.**

Seulement 3 médecins demandent systématiquement des examens complémentaires devant des vomissements aigus.

e. L'attitude des médecins généralistes devant des vomissements chroniques de l'enfant.

Concernant ce chapitre, 2 médecins n'ont pas répondu aux questions concernant leur conduite à tenir devant des vomissements chroniques de l'enfant (soit 3%).

Devant ce cas d'espèce 37/58 médecins n'éliminent pas les situations d'urgence (soit 64%), 21/58 les recherchent en premier lieu (soit 36%) (cf. Figure 45).

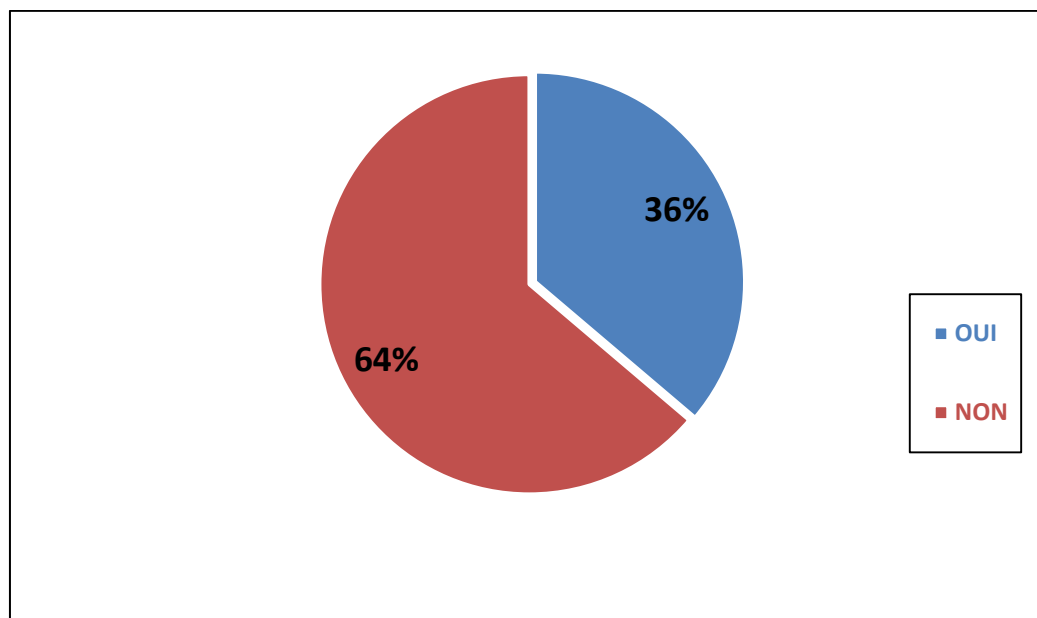
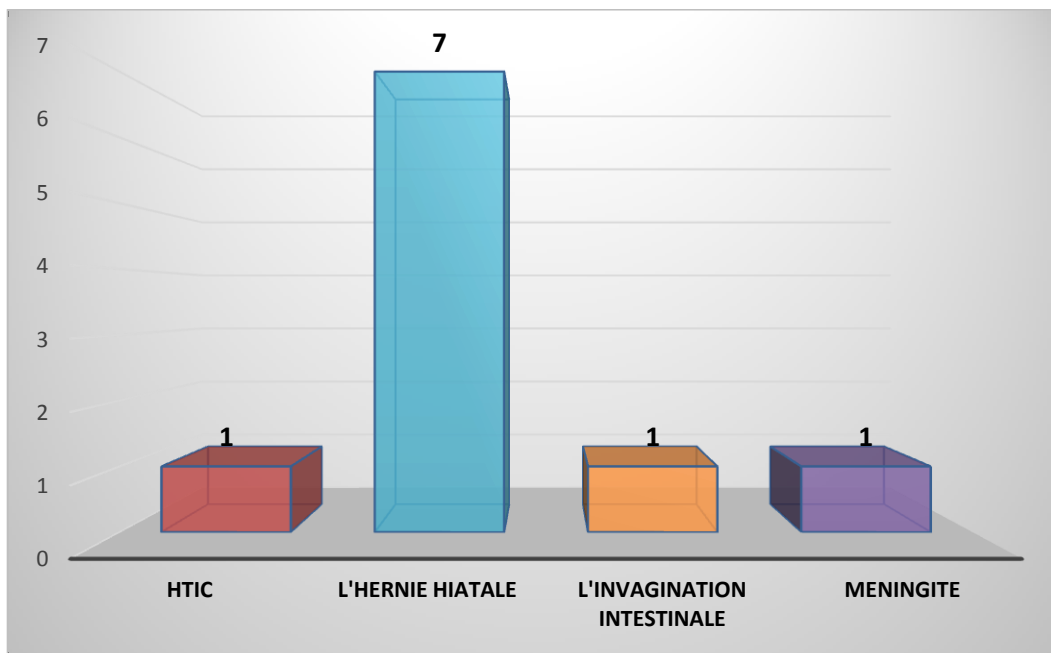


Figure 45 : Elimination des urgences devant des vomissements chroniques de l'enfant.

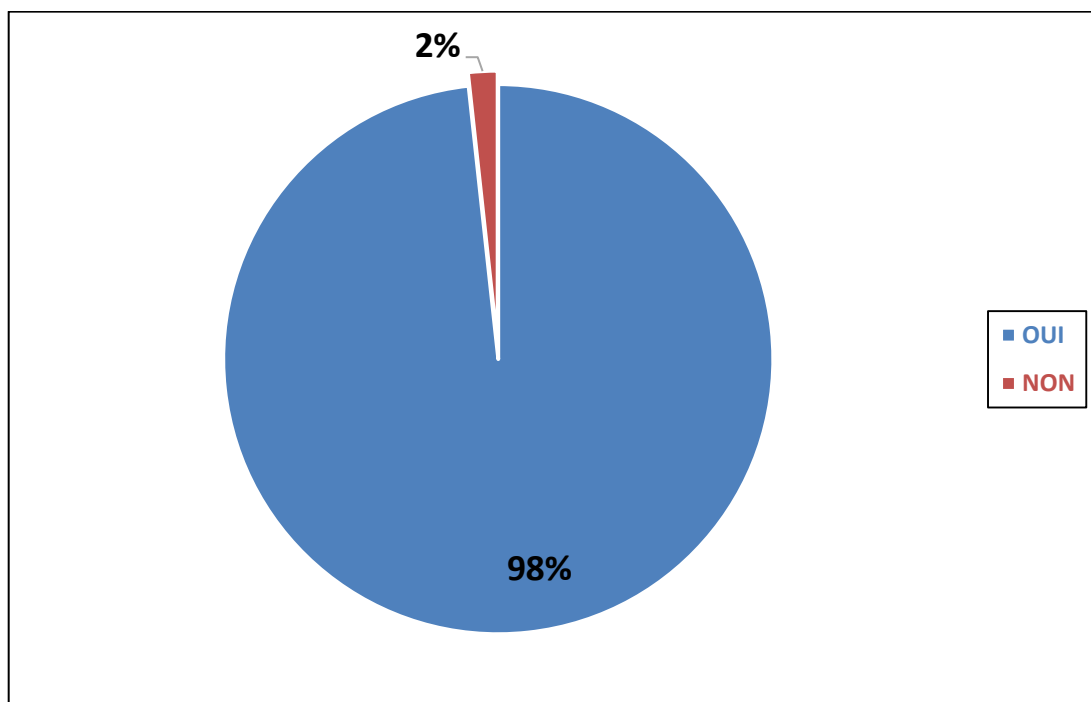
Parmi les 21 médecins qui recherchent les urgences en premier :

- 12 n'ont pas cité quelles sont ces urgences,
- 7 médecins éliminent une hernie hiatale,
- un médecin élimine l'HTIC,
- un l'invagination intestinale,
- un médecin élimine la méningite. (cf. Figure 46).



**Figure 46: Les urgences éliminées devant des vomissements chroniques de l'enfant.**

Parmi 58 médecins qui ont répondu aux questions concernant ce chapitre, tous les médecins sauf un (57 médecins soit 98%) évaluent le retentissement des vomissements. (cf. Figure 47).



**Figure 47 : Evaluation du retentissement des vomissements chroniques de l'enfant.**

- 15 médecins n'ont pas mentionné le type de retentissement,
- 10 médecins recherchent seulement les signes de la dénutrition,
- 11 recherchent seulement les signes de la déshydratation,
- 20 médecins recherchent simultanément les signes de la dénutrition et la déshydratation,
- un seul médecin recherche les signes de la dénutrition et de l'infection pulmonaire (cf. Figure 48).

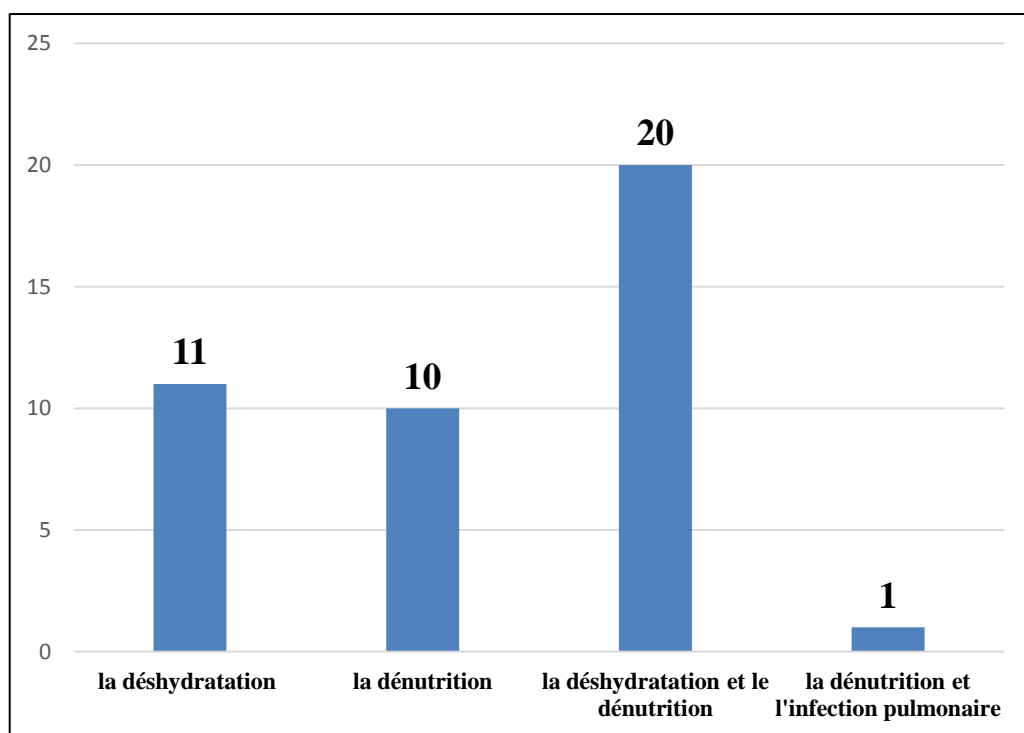
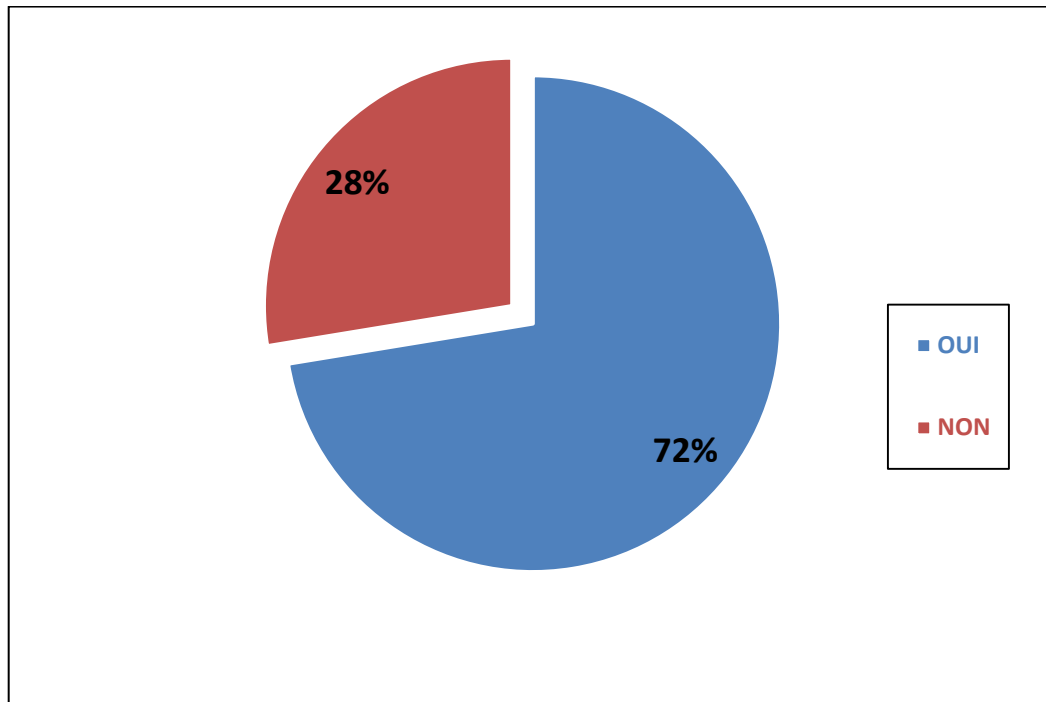


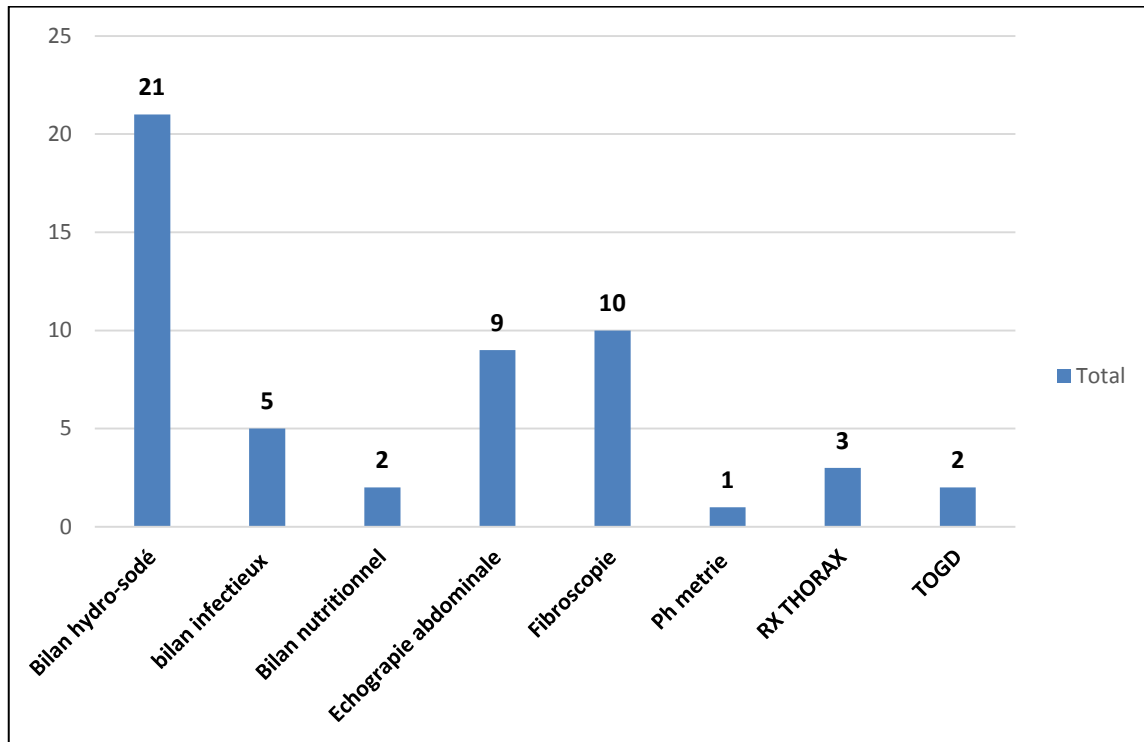
Figure 48 : Evaluation du retentissement des vomissements chroniques de l'enfant.

42 médecins demandent systématiquement des examens complémentaires (72%). (cf. Figure 49).



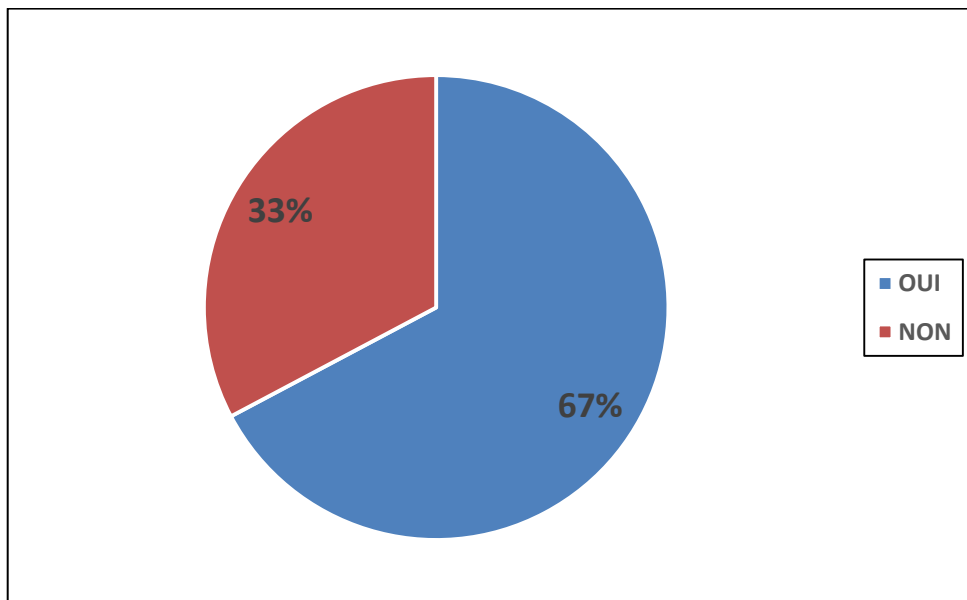
**Figure 49 : La demande des examens complémentaires devant des vomissements chroniques de l'enfant.**

- 5 médecins n'ont pas mentionné les examens qui demandent,
- 21 médecins demandent un bilan hydro-sodé,
- 10 médecins demandent la fibroscopie,
- 9 médecins demandent une échographie abdominale,
- 5 médecins demandent un bilan infectieux,
- 3 médecins demandent une radio du thorax,
- 2 médecins demandent le TOGD.
- 2 médecins demandent un bilan nutritionnel.
- 1 seul médecin demande une Ph métrie. (cf. Figure 50).



**Figure 50 : Les examens complémentaires demandés devant des vomissements chroniques chez l'enfant.**

39 médecins traitent symptomatiquement ces vomissements par des antiémétiques (67%). (cf. Figure 51).



**Figure 51 : Traitement symptomatiquement par des antiémétiques.**

**f. L'attitude des médecins généralistes devant un purpura fébrile.**

Devant un purpura fébrile,

- 32 médecins réfèrent l'enfant en urgence vers le CHU de Fès,
- 27 médecins administrent une antibiothérapie par voie générale avant de le référer,
- un seul médecin prescrit une antibiothérapie par voie orale à domicile et réévalue après 48 h. (cf. Figure 51).

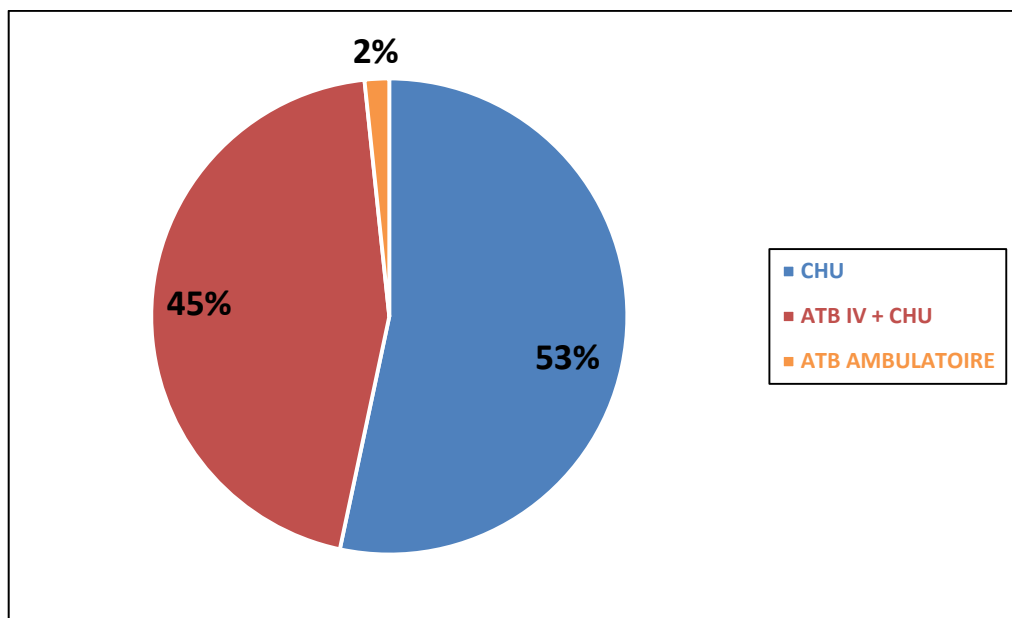


Figure 53 : L'attitude des médecins généralistes devant un purpura fébrile.

**g. L'attitude des médecins généralistes devant des angines rouges.**

Devant des angines érythémateuses :

- 30 médecins traitent symptomatiquement (soit 50%),
  - 21 médecins (soit 35%) traitent d'emblée par une amoxicilline protégée,
  - un seul médecin (2%) traite par une amoxicilline simple,
  - 7 médecins (11%) réalisent un streptotest et traitent en fonction des résultats,
  - un seul médecin (2%) dose les ASLO et traite en fonction des résultats.
- (cf. Figure 53).

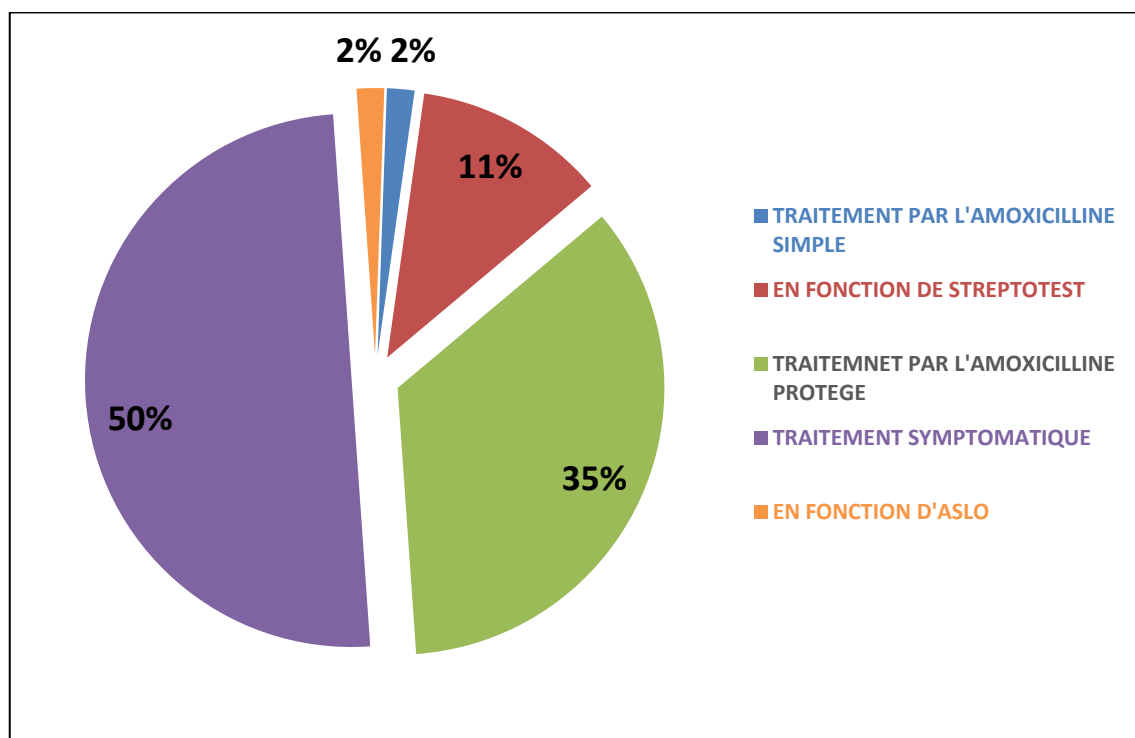


Figure 53: L'attitude des médecins généralistes devant des angines rouges.

## 5. Avis des médecins sur les facteurs permettant d'améliorer les connaissances et les compétences des généralistes en pédiatrie.

Pour améliorer leurs connaissances et leurs compétences en pédiatrie, les médecins généralistes pensent :

- Parmi les généralistes qui ont participé à notre étude, 77% sont tout à fait d'accord avec la mise en place de formations régulières en pédiatrie pour les professionnels de santé impliqués.
- Parmi les généralistes qui ont participé à notre étude, 50% sont tout à fait d'accord avec l'organisation des conférences pour les professionnels de santé impliqués.
- Parmi les généralistes qui ont participé à notre étude, 60% sont tout à fait d'accord avec l'organisation des tables rondes pour les professionnels de santé impliqués.

## **IV. DISCUSSION**

Nous avons mené une enquête transversale auprès des médecins généralistes du secteur public exerçant aux différents centres de santé de la ville de Fès, en vue de tester leurs connaissances, attitudes et pratiques en rapport avec la Pédiatrie.

L'objectif principal est d'entourer les conditions d'exercice quotidien de cette activité par les médecins généralistes, d'évaluer leur compétences et leur degré d'accompagnement des nouveautés dans le domaine, afin d'émettre, à la lumière des constats dégagés, les conclusions et recommandations nécessaires.

### **1. Discussion des résultats**

#### **a. Discussion sur la population statistique de l'étude.**

Dans le cadre de ce travail, 100 médecins généralistes exerçant dans des centres de santé de la ville de Fès ont été contactés pour y participer, Nous avons reçu 60 réponses ; ainsi le taux de participation était de 60 %. Ce taux reflète la bonne collaboration de la majorité des médecins, obtenue grâce à une motivation basée sur une bonne présentation des objectifs de notre travail, de l'importance de leurs contributions pour atteindre les objectifs escomptés, du souci manifesté pour le respect de l'éthique de recueil et de traitement de l'information, ainsi que la multiplicité des passages pour distribuer et récupérer le questionnaire.

Notre étude s'est déroulée auprès des médecins généralistes de la ville de Fès. Cette composante de notre système a souvent le premier contact avec l'enfant et représente le cadre de l'exécution principal des différents programmes nationaux.

**b. Discussion des caractéristiques de la population par rapport à la population des médecins du secteur public.**

**- Sexe**

Dans notre population, 63% des participants étaient de sexe féminin et 37% de sexe masculin. Selon la démographie médicale publiée par le ministère en décembre 2009, il y avait autant de médecins de sexe féminin que de sexe masculin dans le secteur public, mais cette publication n'avait pas spécifié la spécialité et le réseau de soin.

Ceci dit, le secteur de la santé connaît par ailleurs une féminisation de la profession de plus en plus importante. En effet, le taux de féminisation est passé de 20 % d'inscription à la faculté de médecine dans les années 70, à plus de 60 % (moyenne des années allant de 1995 à 2008) avec des proportions respectives de 60 % et 66 % à Rabat et à Casablanca. Cela pourrait être à la base du taux élevé de sexe féminin dans les résultats obtenus. [1]

**- Age**

L'analyse de la structure par âge des médecins dans tous les secteurs du ministère de la santé montre que l'âge moyen est de l'ordre de 40,7 ans. [1]. La moyenne d'âge des généralistes de notre population est de 43.15 ans et la tranche d'âge prédominante se situe entre (40 et 50 ans).

**- Lieu d'études médicales**

Dans notre population, les lauréats de Rabat étaient de loin les majoritaires. Cela est expliqué par le fait que la première faculté de médecine au Maroc est celle créée en 1962 à Rabat. Cette faculté a joué un rôle très important dans la formation médicale des cadres nationaux, ce qui a permis de répondre aux besoins du pays. Par la suite, d'autres facultés de médecine ont été inaugurées à Fès et Marrakech en

1999 et à Oujda en 2008.

Cette prédominance de la faculté de Rabat trouverait de surcroît une seconde explication dans la moyenne d'âge de notre population signalée précédemment et s'élevant 43.15 ans. [1]

- **Selon l'ancienneté dans la fonction publique et dans le poste actuel.**

Les généralistes enquêtés avaient une ancienneté dans la fonction publique entre 10 à 20 ans dans 54% des cas, et une ancienneté dans le poste actuel entre 10 à 20 ans dans 50% des cas

L'ancienneté dans l'exercice de la médecine permet d'acquérir un bon savoir-faire. Cependant, il est important qu'elle soit accompagnée par des formations continues, pour mettre à jour des connaissances et application des recommandations, ce qui permettrait d'améliorer significativement la compétence des personnels de santé. Par contre l'ancienneté, à elle seule, conduit à des pratiques non actualisées, qui ne respectent pas les nouvelles recommandations et évolutions issues du progrès technique et développement scientifique.

c. **Discussion des résultats en fonction de la formation pédiatrique.**

Dans notre échantillon, 55% des médecins avaient déclaré n'avoir jamais bénéficié d'une formation spécifique en pédiatrie. Sachant que la consultation pédiatrique exige du praticien un raisonnement particulier, une prise en charge différente de la consultation adulte, la formation est logiquement une nécessité incontournable pour une meilleure prise en charge des pathologies et urgences rencontrées dans le contexte de nos structures sanitaires.

Deux rapports [2 – 3] ont ainsi défini la compétence de manière identique comme l'ensemble des "caractéristiques individuelles (connaissances, aptitudes, et attitudes) qui permettent à une personne d'exercer son activité de manière

autonome, de perfectionner sans cesse sa pratique et de s'adapter à un environnement en mutation rapide(...)"

En effet, la formation à la pédiatrie est réalisée lors du stage hospitalier obligatoire en pédiatrie durant les études médicales, cependant de nombreux médecins généralistes ressentent le besoin d'une formation complémentaire pour assurer la prise en charge des enfants qui leur sont confiés. Ce besoin est exprimé à la fois par des jeunes praticiens qui souhaitent compléter et optimiser leur formation initiale, mais aussi par des confrères plus âgés qui souhaitent une remise à jour de leurs connaissances.

#### **d. Discussion des connaissances pédiatriques.**

Dans cette partie, nous avons recueillie les connaissances des médecins concernant certains chapitres en pédiatrie, cette connaissance était moyenne chez plus que la moitié des participants.

##### **- la prise charge intégrée de l'enfant.**

Dans cette partie, nous avons recueilli les connaissances des médecins Concernant la PCIE, selon l'OMS, c'est une approche intégrée de la santé qui est axée sur le bien-être de l'enfant dans sa globalité. Elle vise à réduire la mortalité, la morbidité et les incapacités et à améliorer la croissance et le développement des enfants de moins de cinq ans. Elle comporte à la fois des éléments préventifs et curatifs à mettre en œuvre autant par les familles et les communautés que par les établissements de santé.

Cette stratégie comporte trois composantes principales :

- amélioration des compétences du personnel soignant pour la prise en charge des cas ;
- amélioration globale des systèmes de santé ;

- amélioration des pratiques familiales et communautaires en matière de santé. [4].

Le Maroc a été le deuxième pays de la région Méditerranée orientale à adopter en 1997 cette stratégie, A ce jour, la PCIE est implantée dans plus de 50% des provinces à l'échelle nationale et elle a bénéficié d'une mise à jour des protocoles thérapeutiques en 2015 [5].

Avoir entendu parler de la PCIE est affirmé par 65 % médecins de notre population statistique, dont 90 % d'entre eux affirment en connaître également le contenu.

#### - le programme national d'immunisation

Notre questionnaire comporte une question sur est-ce que le Vaccin contre ROR est contenu dans le programme national d'immunisation, cette question a pour but d'évaluer la connaissance et le suivi d'évolution de ce programme.

Dans le dernier programme de 2016, le vaccin anti ROR a été remplacé par le vaccin anti RR [6]. La réponse à cette question a montré que 62 % des médecins de cette population ont une idée sur l'évolution de ce programme.

#### e. Discussion des médecins généralistes selon la pratique.

Dans notre population, le médecin généraliste pratique normalement la consultation pédiatrique, et cela est confirmé par les résultats qui montrent que presque la totalité des généralistes questionnés (93%) avaient confirmé leur recours à la consultation pédiatrique. La majorité la faisait souvent.

La tranche d'âge la plus fréquente des patients est celle entre 2 et 5 ans (53%). Contrairement à une étude faite au sein des urgences du CHU de Fès la tranche la plus fréquente est représentée par celle entre 5 et 15 ans (50.2%) suivie de celle entre 1 et 24 mois (25.8%) et celle entre 2 et 5 ans (22.9 %), 80,6 % des passagers

consultent directement aux urgences sans être vus au préalable ou adressés par un autre médecin [7]. Cela peut expliquer la tranche d'âge la plus fréquente dans les résultats obtenus.

La fièvre est le motif le plus fréquent de la consultation pédiatrique (77%), les infections respiratoires hautes est le diagnostic le plus fréquent des médecins de notre échantillon. Selon le GPIP : Les infections ORL sont les plus fréquentes des infections de l'enfant et les premières causes des prescriptions d'antibiotiques [8].

Dans notre population, l'amoxicilline est l'antibiotique le plus prescrit en consultation pédiatrique, selon l'Afssaps, l'amoxicilline est recommandée en première intention dans les infections respiratoires hautes [9]. Cela peut expliquer nos résultats.

La prise des constantes chez l'enfant et les obstacles rencontrés par les médecins sont en corrélation étroite, 91 % des médecins trouvent le manque des moyens le plus important obstacle, cela explique les faibles pourcentages de la prise de la tension artérielle par les médecins, de nombreux centres de santé ne sont pas approvisionnés d'un tensiomètre adapté à l'enfant.

f. Discussion de la population statistique selon l'attitude prise à l'égard de certaines pathologies.

f. 1. L'attitude des médecins généralistes devant une fièvre aigue du nourrisson de moins de 3 mois.

Dans notre population, Tous les médecins interrogés éliminent en premier les situations d'urgences (méningite, infection urinaire, bactériémie). Sachant que la fièvre dans cette tranche d'âge ne doit jamais être considérée comme un symptôme banal ; le risque d'infection bactérienne invasive est plus important que chez l'enfant plus âgé [10].

L'âge de moins de 3 mois est parmi les signes de gravité qui doivent être recherchés et conduit généralement à un transfert vers des urgences hospitalières [11]. 47% de nos enquêtés proposent une hospitalisation.

La conduite à tenir devant une fièvre chez un nourrisson de moins de 3 mois est la suivante [10] :

- chez Les nourrissons fébriles de moins de 3 mois en présentant l'un des signes d'IPS doivent être considérés comme à haut risque ou chez les nourrissons moins de 1 mois et hospitalisés sans délai.
- Chez les nourrissons ne présentant aucun de ces signes, l'évaluation clinique ne permet pas à elle seule dans cette tranche d'âge d'exclure une infection bactérienne sévère, et des examens complémentaires sont indispensables. Ce sont une NFS, une hémoculture, un dosage de la CRP et/ou du fibrinogène, un ECBU (examen direct et mise en culture). En fonction du contexte : radiographie du thorax, coproculture, ponction lombaire.

- Les nourrissons à bas risque d'infection bactérienne sont définis comme ceux qui ne présentent aucun signe clinique définissant le haut risque et aucun signe biologique en faveur d'une infection bactérienne : globules blancs compris entre 5 000 et 15 000 par mm<sup>3</sup>, pas de syndrome inflammatoire : CRP < 20 mg/l et/ou fibrinogène < 4 g/l, examen des urines normal.

Dans notre population 58% des médecins demandent systématiquement les examens complémentaires, les 3 examens les plus prescrits, on trouve la NFS, la CRP et l'ECBU.

En ce qui concerne le traitement, la majorité des médecins (87%) ne prescrivent pas une antibiothérapie systématiquement, alors que 40 % traitent symptomatiquement par des antipyrétiques en réévaluent après l'évolution de la symptomatologie.

#### **f. 2. L'attitude des médecins généralistes devant une fièvre aigue du grand enfant.**

Une grande majorité (85%) des médecins élimine en premier une urgence, les 2 urgences les plus éliminées sont la méningite et la septicémie, une minorité représentée par 20% médecins demandent systématiquement des examens complémentaires.

En absence de foyer évident, seuls 27 % des médecins prescrivent une amoxicilline protégée et 13 % la prescrivent en présence d'un écoulement nasal avec une toux sèche, selon l'HAS, toute fièvre n'est pas d'origine infectieuse. La plupart des infections sont virales [12]. Il n'y a pas lieu de prescrire un antibiotique dans une fièvre isolée, ainsi Il n'y a pas lieu de prescrire un antibiotique en cas de rhinopharyngite aiguë et l'aspect purulent ou muco-purulent des sécrétions nasales

n'a pas valeur d'infection bactérienne [9].

**f. 3. L'attitude des médecins généralistes devant une fièvre prolongée de l'enfant.**

Il existe plusieurs définitions pour la fièvre prolongée :

La fièvre est un signe d'appel fréquent en pathologie infantile, elle représente 0.3% à 4 % des hospitalisations pédiatriques. Elle est dite prolongée lorsqu'elle dure au moins 7j chez l'enfant et 5j chez le nourrisson. Une fièvre prolongée est d'origine inconnue lorsqu'elle demeure sans cause connue après une semaine d'investigations à l'hôpital [13]

La fièvre est l'élévation de la température corporelle centrale au-delà de 38°C due à une modification du point d'équilibre thermique. On parle de fièvre aiguë quand le symptôme dure depuis moins de 5 jours ; au-delà de 21 jours on parle de fièvre prolongée ou de fièvre au long cours. [14]

87% des médecins définissent une fièvre persistance par une fièvre prolongée de l'enfant de 7 jours.

31% des médecins pensent exclusivement à une cause infectieuse, 69% recherchent les autres étiologies autres qu'infectieuses, en l'occurrence une cause tumorale (21 médecins) ou inflammatoire (17 médecins).

81% des médecins demandent systématiquement des examens complémentaires. Les 3 examens les plus prescrits sont NFS, CRP et VS.

32% des médecins sont confortés par l'absence d'un syndrome inflammatoire et Seulement 20% prescrivent systématiquement une antibiothérapie.

Parmi les médecins de notre population, un médecin réfère d'emblée l'enfant vers un pédiatre.

#### **f. 4. L'attitude des médecins généralistes devant des vomissements aigus de l'enfant.**

Devant des vomissements aigus de l'enfant, Il faut toujours penser à : la méningite, l'occlusion, la hernie étranglée [15]. 55 parmi 60 médecins interrogés éliminent en premier une urgence (soit 92%). La majorité élimine la méningite et les causes chirurgicales (occlusion, hernie étranglée, invagination intestinale, appendicite).

Le traitement du vomissement est celui de sa cause, la découverte diagnostique se fait presque toujours au terme d'un bon examen clinique et d'une réflexion médicale solide [15]. Dans notre population tous médecins sauf un (98%) recherchent un foyer infectieux et traitent en fonction.

Tous les médecins interrogés évaluent le retentissement des vomissements aigus et la majorité recherchent les signes de la déshydratation aigue.

En présence de vomissements, la démarche diagnostique est avant tout clinique. Les éventuels examens complémentaires ne sont demandés qu'en fonction des orientations [16], 3 médecins de notre population demandent systématiquement des examens complémentaires devant des vomissements aigus.

Les médicaments anti vomitifs peuvent être un appoint thérapeutique dans les RGO, leur rôle reste pratiquement nul dans les autres circonstances [15], en absence de foyer infectieux évident, 60% des médecins traitent symptomatiquement par des antiémétiques, et aucun médecin ne prescrit systématiquement les antibiotiques.

**f. 5. L'attitude des médecins généralistes devant des vomissements chroniques de l'enfant.**

Concernant ce chapitre, 2 médecins (soit 3%) n'ont pas répondu aux questions.

Les vomissements chroniques justifient une analyse clinique et d'éventuels examens complémentaires, mais sans la notion d'urgence qu'imposent les vomissements aigus [16].

21 médecins recherchent l'urgence en premier (soit 36%), 12 médecins n'ont pas cité quelles sont ces urgences et 7 médecins pensent à cet égard à une hernie hiatale.

Le pronostic des vomissements chez l'enfant est lié aux conséquences du symptôme lui-même, déshydratation si vomissements aigus, dénutrition si installation prolongée [17]. 95% de notre population statistiques évaluent le retentissement des vomissements dont 10 médecins recherchent seulement les signes de la dénutrition et 20 médecins recherchent à la fois les signes de la dénutrition et de la déshydratation.

42 médecins demandent systématiquement des examens complémentaires (soit 72%). 39 médecins traitent symptomatiquement ces vomissements par des antiémétiques (67%),

**f. 6. L'attitude des médecins généralistes devant un purpura fébrile.**

Dans notre population, 45% des médecins ont observé une prise en charge identique à celle recommandée par le ministère de la sante exprimée dans le Guide de la lutte contre les méningites bactériennes communautaires, qui a été élaboré avec le soutien de l'OMS [18].

Selon ce guide , En dehors du milieu hospitalier, tout malade présentant des

signes infectieux et à l'examen clinique, lorsqu'il a été totalement déshabillé, un purpura comportant au moins un élément nécrotique ou ecchymotique, de diamètre supérieur ou égal à 3 millimètres, doit immédiatement recevoir une première dose d'un traitement antibiotique approprié aux infections à méningocoques, quel que soit son état hémodynamique.

Après cette dose de charge, le malade doit être transféré en urgence vers une structure hospitalière adaptée, en prenant le soin d'alerter l'hôpital sur l'arrivée du cas suspect de purpura fulminants, afin que son accueil puisse être préparé.

(53%) médecins réfèrent l'enfant en urgence vers le CHU de Fès, un seul médecin commit une faute grave en prescrivant une antibiothérapie par voie orale à domicile et réévaluation après 48 h.

#### **f.7. L'attitude des médecins généralistes devant des angines rouges.**

Devant des angines érythémateux 30 médecins traitent symptomatiquement (soit 50%), 21 (35%) traitent d'emblée par une amoxicilline protégée, un seul médecin (2%) traite par une amoxicilline simple, alors que 7 médecins (soit 11%) réalisent un streptotest et traitent en fonction des résultats, un seul médecin (soit 2%) dose les ASLO est traite en fonctions des résultats.

L'AFSSAPS [19] recommande devant une angine érythémateuse ou érythémato-pultacée de :

## **2. Pratiquer un TDR chez tous les enfants à partir de 3 ans :**

- seul un TDR positif confirme l'étiologie à SGA et justifie le schéma antibiotique proposé ci-après ;
- un TDR négatif ne justifie pas de contrôle supplémentaire par culture, ni de traitement antibiotique.

Traitement recommandé :

a. Amoxicilline : 50 mg/kg/j en 2 prises pendant 6 jours (sans dé passer 2 g/jour).

b. En cas d'allergie certaine aux pénicillines sans allergie et/ou contre-indication aux céphalosporines :

Cefpodoximeproxétil : 8 mg/kg/j en 2 prises (soit 1 dose poids x 2 /j) pendant 5 jours (sans dépasser 200 mg/j).

c. En cas de contre-indication aux bêta-lactamines :

Josamycine : 50 mg/kg/j en 2 prises pendant 5 jours (sans dépasser 2 g/j) OU

Clarithromycine : 15 mg/kg/j en 2 prises pendant 5 jours (sans dépasser 500 mg/j)

OU Azithromycine : 20 mg/kg/j en 1 prise pendant 3 jours (sans dépasser 500 mg/j).

### **3. ANGINE chez enfant < 3 ans :**

Traitement de 1re intention : Pas d'antibiothérapie

Pas de TDR

D'après les recommandations de l'OMS qui consistent à traiter d'emblée par un antibiotique, surtout s'il y a un exsudat pharyngé et des adénopathies cervicales [20].

Au Maroc, en 2002, un guide pratique a été publié par le Ministère de la Santé pour améliorer la prise en charge de l'angine basée sur la clinique dans les formations sanitaires de base. Cependant, très peu de médecins marocains connaissaient et appliquaient ces recommandations. Par ailleurs, les TDR ne sont pas disponibles et les médecins n'y sont que très peu sensibilisés. [20]

#### **a. Avis des médecins sur les facteurs permettant d'améliorer les connaissances et les compétences des généralistes en pédiatrie.**

De l'avis de praticiens enquêtés, l'amélioration de leurs connaissances et compétences en pédiatrie passe par l'adoption des actions ci-après consignées :

- La mise en place d'un programme annuel de formation continue réclamée par 77% des participants à l'enquête,
- L'organisation de conférences, revenant dans 50% des réponses collectées.
- L'organisation, chaque fois que possible des tables rondes et débats animés par des professionnels, sollicitée par 60% de ces prestataires,

Il va sans dire que le déploiement de ces différentes actions ne saurait contribuer efficacement à l'atteinte des objectifs escomptés sans une grande motivation et responsabilisation accrue des intéressés.

#### **4. Avantages et limites de l'étude :**

A notre connaissance, notre étude CAP sur les connaissances, la pratique et les attitudes des médecins généralistes en pédiatrie constitue une contribution dans ce domaine sur le plan régional et national.

Les résultats dégagés de notre travail constituent une source d'enseignements à tirer pour l'amélioration des connaissances, des attitudes et de la pratique des médecins généralistes en pédiatrie, permettant à cette activité de mieux jouer son rôle dans la réduction de la morbidité et de la mortalité.

Malgré son importance, notre étude présente certaines limites. En effet, La pédiatrie est si une spécialité très vaste pour pouvoir cerner ses aspects, nous avons essayé d'en traiter les plus pertinents tout en ayant une étroite relation avec les taches des médecins généralistes. Ainsi ses résultats concernent seulement le secteur public qui représente, certes, une composante importante dans la consultation pédiatrique, mais ne peuvent être extrapolés au secteur privé, pour plusieurs raisons :

Le secteur privé au Maroc, diffère du public par les conditions, la charge de travail mais aussi par les catégories socioéconomiques des patients ayant accès à ses services.

Aussi, et pour des raisons de faisabilité, notre travail a concerné seulement la ville de Fès, et certains chapitres en pédiatrie, D'autres travaux sont nécessaires pour étudier les CAP des médecins dans la ville de Fès et les autres villes du Maroc en s'attachant à traiter d'autres chapitres et aspects non abordés dans cette étude.

## 5. Recommandations

Notre étude a mis en évidence une conscience, de la part des médecins généralistes, du rôle primordial qu'ils ont dans la prise en charge de l'enfant. Elle a montré aussi une motivation, une volonté de contribuer à la mise en place et au développement de cette pratique. Ce constat est capital pour le développement et l'amélioration de cette prise en charge. Notre étude a soulevé certains problèmes liés à cette activité. Aussi et pour y pallier, nous proposons les recommandations suivantes dégagées à la lumière des constats effectués :

- **Instaurer des formations adaptées** (formation continue, séminaires, conférences....). Ces formations continues doivent concerner tous les médecins généralistes du secteur public, et doivent être mises à jour périodiquement.
- **Le développement de recommandations claires, détaillées et adaptées au contexte et à la culture marocaine.** Avec la collaboration de différents experts (médecins généralistes, sociologues, pédiatres, psychologues...) pour parvenir à instaurer des messages éducatifs convaincants et adaptés au contexte marocain. Puis d'utiliser ces résultats pour la mise en œuvre des recommandations. Cela implique évidemment une volonté politique et un engagement des médecins concernés.
- **D'étudier et d'évaluer le contenu des recommandations,** pour pouvoir les améliorer concrètement et mieux les adapter.
- **Face à l'insuffisance des connaissances,** il est recommandé de mieux informer les professionnels de santé sur la morbidité et la mortalité infantile.
- **Renforcer le personnel, avec un soutien spécialisé aux centres de santé.**

- **Renforcer la motivation et la conscience constatées par notre étude**, par la mise en place d'un système de valorisation et de reconnaissance, au profit des professionnels de santé impliqués.
- **Plus d'implication des ONG** pour la promotion de l'éducation pour la santé avec un alignement sur les objectifs du ministère de la santé et un respect du contexte marocain.
- **Mise en place de structures adaptées en équipant les centres de santé.**
- **Renforcement du personnel et une implication plus directe et plus structurée**, des autres intervenants comme l'infirmier et le pharmacien.

## **6. Perspectives de recherche**

Dans notre étude, nous avons mesuré les connaissances, attitudes et pratiques des médecins vis-à-vis certaines pathologies pédiatriques. La pédiatrie est une spécialité vaste difficile à entourer en totalité tous ses aspects grâce à une seule étude, cela exige d'autres études concernant les autres aspects non traités dans notre étude.

L'exploration d'autres régions, ainsi que l'étude approfondie du secteur privé, de ses caractéristiques, de ses forces et faiblesses sont aussi nécessaires.

## **V. Conclusion**

La consultation pédiatrique exige du médecin un raisonnement particuliers différent de celui de la consultation adulte, parce que l'enfant n'est pas un adulte en miniature.

Notre étude a mis en évidence une conscience, une motivation et une volonté à contribuer à la mise en place et au développement de cette pratique. Ce constat est capital, pour le développement et l'amélioration de cette activité.

Notre étude a soulevé certains problèmes liés à cette activité, citant ainsi le manque de recommandations claires et adaptées à notre contexte, de formation des généralistes dans le domaine, de structures et de matériels adaptés pour ce genre de consultation .

Il en ressort la nécessité de développer des recommandations visant à guider les praticiens dans la prise en charge de l'enfant tout en prenant en considération le contexte marocain, et en évaluant l'apport de ces recommandations à court et à long terme.

# RESUMES

## **RESUME**

### **Introduction :**

La consultation pédiatrique fait partie de la médecine générale, une bonne pratique de cette activité joue un rôle important dans la baisse de la morbidité et de la mortalité infantile au Maroc.

### **Objectif du travail :**

L'objectif principal de notre travail est de mesurer les connaissances, attitudes et pratiques des médecins généralistes vis-à-vis de la pédiatrie.

### **Matériels et méthodes :**

Nous avons mené une enquête transversale, du 15/06/2017 au 30/07/2016, auprès de 60 médecins généralistes exerçant dans des centres de santé de la ville de Fès. Le recueil des données s'est basé sur un questionnaire administré en face à face.

### **Résultats :**

Le taux de réponse était de 60 %. Le sexe ratio F/H était de 1.86. La moyenne d'âge était d'environ 44ans. 54% des médecins avaient une ancienneté entre 10 et 20 ans.

45% des médecins avaient bénéficié d'une formation spécifique en pédiatrie.

La prise en charge intégrée de l'enfant est connue par 65% des médecins et 72% des médecins avaient de moyennes connaissances concernant la pédiatrie.

88% pratiquent, de souvent à très souvent, la consultation pédiatrique. La tranche d'âge la plus fréquente est celle entre 2 et 5 ans (53%), La fièvre constitue le premier motif de consultation (77%), les infections respiratoires hautes étaient les pathologies plus courantes en consultation pédiatrique (43%). Les urgences les plus courantes étaient les détresses respiratoires. La constante la plus prise par les

médecins était le poids (93%), suivi par la température (54%). L'amoxicilline est l'antibiotique le plus prescrit en consultation pédiatrique,

L'obstacle à la pratique de la consultation pédiatrique était dans 91% le manque de moyens suivi par les Structures Inadaptées (62%).

Notre étude a mis en évidence une conscience, une motivation et une volonté à contribuer à la mise en place et au développement de cette pratique. Ce constat est capital pour le développement et l'amélioration de cette consultation. Notre étude a soulevé certains problèmes liés à cette activité, montrant ainsi le manque de recommandations claires et adaptées à notre contexte, de formation des généralistes dans le domaine, de structures adapte pour ce genre de consultation.

**Mots clés** : consultation pédiatrique – Médecin généraliste – centre de santé.

## **ABSTRACT**

### **Introduction:**

Pediatric consultation is a part of general medicine. A good practice of this activity plays an important role in decreasing the infant morbidity and mortality in Morocco.

### **Objective:**

The main objective of our work is to measure the knowledge, attitudes and practices of general practitioners regarding the pediatrics.

### **Materials and methods:**

We carried out a cross-sectional survey, from 15/06/2017 to 30/07/2017, with 60 general practitioners working in health centers in Fez city. Data collection was based on a questionnaire administered face-to-face.

### **Results:**

The response rate was 60%. The sex ratio F/M was 1.86. The average age was about 44 years. 54% of physicians had seniority between 10 and 20 years.

45% of physicians had received a specific training on pediatrics.

The integrated child management is known by 65% of physicians, and 72% of physicians have average knowledge regarding the pediatrics. The Fever is the first reason of consultation (77%).

88% practice, from often to very often, pediatric consultation. The most frequent age range is between 2 and 5 years (53%). The Fever is the first reason of consultation (77%). High respiratory infections were the most common pathologies in pediatric consultation (43%). The most common emergencies were respiratory distress. The most taken constants by physicians were weight (93%), followed by temperature (54%). Amoxicillin is the most prescribed antibiotic in pediatric

consultation.

The impediment to the pediatric consultation practice was in 91% the lack of resources followed by the inadequate structures (62%).

Our study revealed awareness, motivation and willingness to contribute to the establishment and development of this practice. This finding is crucial for the development and improvement of this consultation. Our study has raised some problems related to this activity, showing the lack of clear and adapted recommendations to our context, training of general practitioners in the field, and suitable structures for this kind of consultation.

**Keywords:** pediatric consultation – General practitioner – health center.

## ملخص

### مقدمة:

تشكل الاستشارة الطبية للأطفال جزءا من مهام الطبيب العام، وتؤدي الممارسة الجيدة لهذا النشاط دورا مهما في خفض معدلات الاعتلال ووفيات الاطفال في المغرب.

### الهدف من الدراسة:

الهدف الرئيسي لعملنا هو دراسة معرفة ومواقف وممارسات الاطباء العامين فيما يتعلق طب الأطفال.

### المواد والأساليب:

أجرينا مسحا مستعرضا، من 2017/06/15 إلى 2016/07/30، مع 60 طبيبا عاما يمارسون في المراكز الصحية في مدينة فاس. واستند جمع البيانات إلى استبيان وجهها لوجه.

### النتائج:

كان معدل الاستجابة 60% ونسبة مشاركة الجنسين ذكور/ اناث 1.86 حيث كان متوسط العمر حوالي 44 عاما. 54% من الأطباء لديهم الأقدمية بين 10 و 20 عاما.

تلقى 45% من الأطباء تدريبا خاصا في طب الأطفال .

65% من الأطباء لديهم علم عن الإدارة المتكاملة للأطفال وفيما يخص المعرفة حول طب

الأطفال 72% من الأطباء لديهم معرفة متوسطة .

و يمارس 88 % بشكل متكرر او بشكل متكرر جدا الاستشارة الطبية للأطفال . الفئة

العمرية الأكثر شيوعا هي تلك بين 2 و 5 سنوات (53%)، والحمى هي السبب الأول للاستشارة

عند الأطفال (77%). اما التهابات الجهاز التنفسي العلوي فتشكل الامراض الأكثر شيوعا

(43%) وكانت أكثر حالات الطوارئ شيوعاً ضيق التنفس.

الوزن هو الثابتة الأكثر مقاسة من طرف الأطباء (93%) تليها درجة الحرارة (54%) و

أموكسيسيلين هو المضاد الحيوي الأكثر وصفاً في استشارة الأطفال.

كانت العقبة التي تعوق ممارسة استشارات الأطفال في 91% نقص الوسائل و المعدات

تليها البنيات الغير ملائمة (62%).

وقد اظهرت دراستنا الوعي والدافع والرغبة في المساهمة في إنشاء وتطوير هذه

الممارسة. هذه الملاحظة حاسمة لتطوير وتحسين الاستشارات الطبية للأطفال. وقد كشفت دراستنا

بعض المشاكل المتعلقة بهذا النشاط، ومنها نقص في توصيات واضحة تتكيف مع محيطنا، وفي

تدريب العامين في الميدان، وفي البنيات المناسبة لهذا النوع من الاستشارات الطبية.

**الكلمات الدالة:** الاستشارة الطبية للأطفال - الطبيب العام - المركز الصحي.

# BIBLIOGRAPHIE

1. Haut-commissariat au plan les indicateurs sociaux du maroc 2011.
2. Comité Consultatif Pour La Formation Dans Le Domaine Des Soins Infirmiers. Rapport Et Recommandation Sur Les Compétences Requises Pour L'exercice De L'activité D'infirmier Responsable Des Soins Généraux Dans L'union Européenne. Bruxelles : Commission Européenne, Xv/E/8481/4/97-Fr, 24 Juin 1998.
3. Comité Consultatif Pour La Formation Des Praticiens De L'art Dentaire. Rapport Et Recommandation Sur Les Compétences Cliniques Nécessaires A L'exercice De L'art Dentaire Dans L'union Européenne. Bruxelles : Commission Européenne, Xv/E/8316/8/96-Fr, 4 Juin 1996.
4. ORGANISATION MONDIAL DE LA SANTE.
5. Coopération Ministère de la Santé-OMS Plan de travail 2015.Mise à jour des protocoles thérapeutiques de la stratégie de Prise en Charge Intégrée de l'Enfant (PCIE).
6. PROGRAMME NATIONAL D'IMMUNISATION : ÉVOLUTION ET PERSPECTIVES, CASABLANCA JANVIER 2016.
7. F. HMAMI. Epidémiologie des urgences pédiatriques au niveau de la ville de FES ET REGIONS, juillet 2010.
8. R. Cohen. Guide de prescription d'antibiotique en pédiatrie. Groupe de pathologie infectieuse pédiatrique (GPIP) Archives de Pédiatrie, vol.23, Hors-série 3, p S1-S55.
9. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. « Recommandations de Bonne Pratique : Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et l'enfant », Novembre 2011.

10. J. Gaudelus, M.Voisin. Fièvre aiguë de l'enfant (et de l'adulte : non traité) Critères de gravité d'un syndrome infectieux.2004.
11. Haute Autorité de Santé. Fiche Memo. Prise en charge de la fièvre chez l'enfant. Octobre 2016.
12. Haute Autorité de Santé. Rapport d'élaboration. Principes généraux et conseils de prescription des antibiotiques en premier recours. Février 2014.
13. I. Benhsaien, Z. Joughadi, M. Laraki, J. Najib. SFP-P062 - Pathologie infectieuse Fièvre prolongée chez l'enfant (à propos de 82 cas), Casablanca 2006
14. D.Plantaz. Fièvre aiguë et Critères de gravité d'un syndrome infectieux chez l'enfant, Novembre 2004.
15. Guide pratique de la consultation en pédiatrie 10e édition.
16. B. Bachy, O. Mouterde .Vomissements du nourrisson et de l'enfant (avec le traitement), octobre 2007.
17. N. TAZI EL PARDYA. Le guide pratique des principales urgences pédiatriques CHU Hassan II de Fès, Mai 2011.
18. Guide de la lutte contre les meningites bactériennes communautaires, ms, maroc, 2010.
19. Haute Autorité de Santé. Contenu métier DataSet antibiothérapie des Infections respiratoires hautes. juillet 2015.
20. M. Bouskraoui, A. Abid. Angines aiguës. 2013.

# ANNEXES

## ANNEXE 1 : fiche d'exploitation

### Etude CAP sur l'évaluation des connaissances des médecins généralistes en pédiatrie.

La pédiatrie est une spécialité qui s'intéresse à l'enfant, ce dernier représente 26.4% de la population marocaine, nécessitant une approche spécifique et une prise en charge adaptée, qui commence souvent par le contact avec le médecin généraliste dont sa connaissance pédiatrique constitue la matière de base dans cette prise en charge. Le présent projet a comme objectif principal de mesurer les activités, les connaissances, les attitudes et les pratiques des médecins généralistes en pédiatrie.

Ce questionnaire est strictement confidentiel et anonyme. Votre collaboration est primordiale pour la réussite de ce projet. Merci pour votre collaboration.

<b>1</b>	<b>Identification du formulaire (prière de ne pas remplir cette case)</b>	
1.1	Numéro du formulaire	□□□□
1.2	Date d'enregistrement <i>(jj/mm/aaaa):</i>	□□/□□/□□□□
<b>2</b>	<b>Identification</b>	
2.1	<b>Sexe</b>	<input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> Masculin
2.2	<b>Age (en année)</b>	□□
2.3	<b>Lieu d'étude</b>	<input type="checkbox"/> Maroc <input type="checkbox"/> Etranger
	<i>Si Maroc</i>	
	<b>Lauréat de :</b>	<input type="checkbox"/> Casablanca <input type="checkbox"/> Rabat <input type="checkbox"/> Fès <input type="checkbox"/> Marrakech
	<input type="checkbox"/> Oujda	
2.4	<b>Ancienneté dans la fonction publique (en année)</b>	□□

2.5	Ancienneté dans le poste actuel ( <i>en année</i> ) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.6	Avez-vous déjà bénéficié d'une (des) formation(s) spécifique(s) en pédiatrie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>3 Connaissances en pédiatrie. Que pensez-vous des propositions suivantes ?</b>	
3.1	Avez-vous déjà entendu parler de la Prise en Charge Intégrée de l'Enfant (PCIE)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Si oui, passez à la question 3.2</i> <i>Si non, passez à la question 3.4</i>
3.2	Connaissez-vous le contenu de ce programme? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Si oui, passez à la question 3.3</i> <i>Si non, passez à la question 3.4</i>
3.3	Une déshydratation supérieure à 10% du poids du corps est le signe d'une déshydratation modérée. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
3.4	La majorité des rhinopharyngites chez l'enfant est d'origine bactérienne et nécessitant un traitement par des antibiotiques. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
3.5	Le vaccin contre la rougeole-oreillons-rubéole (ROR) est contenu dans le programme national d'immunisation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
3.6	Une hyperthermie au-delà de 38,5°C est l'étiologie la plus fréquente des convulsions chez le nourrisson. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
3.7	La polyarthralgie aigue fébrile constitue la forme la plus commune du RAA de

	<p><b>l'enfant.</b></p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Oui                      <input type="checkbox"/> Non                      <input type="checkbox"/> Je ne sais pas         </p>
3.8	<p><b>Devant une cyanose réfractaire chez un nouveau née de 2 jours de vie, vous pensez à une cardiopathie congénitale.</b></p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Oui                      <input type="checkbox"/> Non                      <input type="checkbox"/> Je ne sais pas         </p> <p>si oui citez au moins une :.....</p>
<b>4 Votre pratique concernant la consultation pédiatrique</b>	
4.1	<p><b>Pratiquez-vous de la consultation pédiatrique?</b></p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Oui                      <input type="checkbox"/> Non         </p> <p><i>Si non, veuillez passer directement à la question 4.9</i></p> <p><i>Si oui :</i></p> <p><i>veuillez préciser la fréquence ?</i></p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Très souvent              <input type="checkbox"/> Souvent                      <input type="checkbox"/> De temps en temps              <input type="checkbox"/> Rarement         </p> <p><i>veuillez préciser la catégorie la plus fréquente ?</i></p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 0-1 mois              <input type="checkbox"/> 1-24 mois              <input type="checkbox"/> 2-5 ans              <input type="checkbox"/> &gt; 5-15 ans         </p>
4.2	<p><b>Quel est selon votre expérience le motif le plus fréquent de la consultation pédiatrique ?</b></p> <p> <input type="checkbox"/> la fièvre  <input type="checkbox"/> la diarrhée  <input type="checkbox"/> les vomissements  <input type="checkbox"/> les lésions dermatologiques (varicelle, RUBEOLE, ROUGEOLE.....)  <input type="checkbox"/> l'anémie  <input type="checkbox"/> Autres.....         </p>

<p>4.3</p>	<p><b>Quels sont selon votre expérience les pathologies les plus courantes ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Les infections respiratoires hautes.</li> <li><input type="checkbox"/> Les infections respiratoires basses.</li> <li><input type="checkbox"/> Les troubles digestifs.</li> <li><input type="checkbox"/> les infections urinaires</li> <li><input type="checkbox"/> Retard de croissance staturo-pondérale.</li> <li><input type="checkbox"/> Autres.....</li> </ul>
<p>4.4</p>	<p><b>Quels sont selon votre expérience les urgences les plus courantes ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> les détresses respiratoires</li> <li><input type="checkbox"/> les convulsions fébriles</li> <li><input type="checkbox"/> la déshydratation aigue</li> <li><input type="checkbox"/> les infections graves (méningite, pyélonéphrite, pneumonie, infections osteoarticulaires)</li> <li><input type="checkbox"/> Autres.....</li> </ul>
<p>4.5</p>	<p><b>Dans votre pratique vous prenez systématiquement chez tout enfant :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> le poids</li> <li><input type="checkbox"/> la taille</li> <li><input type="checkbox"/> le périmètre crânien</li> <li><input type="checkbox"/> la tension artérielle</li> <li><input type="checkbox"/> la température</li> <li><input type="checkbox"/> aucun, pourquoi : .....</li> </ul>
<p>4.6</p>	<p><b>Quelles sont les antibiotiques que vous prescrivez le plus souvent en pédiatrie ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> L'amoxicilline</li> <li><input type="checkbox"/> L'amoxicilline + acide clavulanique</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Les céphalosporines</li> <li><input type="checkbox"/> Les macrolides</li> <li><input type="checkbox"/> les sulfamides</li> <li><input type="checkbox"/> Autre .....</li> </ul>
<p><b>4.7</b></p>	<p><b>Quelles sont les obstacles que vous rencontrez ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Manque de moyens</li> <li><input type="checkbox"/> Manque de connaissances, formation</li> <li><input type="checkbox"/> Structures inadapté</li> <li><input type="checkbox"/> Absence de supports</li> <li><input type="checkbox"/> Autres :.....</li> <li><input type="checkbox"/> Aucun</li> </ul>
<p><b>4.8</b></p>	<p><b>Si vous ne pratiquez pas la consultation pédiatrique, précisez pour quelles raisons (cette question concerne ceux qui ont répondu « non » à la question 4.1) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> la présence d'un pédiatre au centre de sante</li> <li><input type="checkbox"/> Manque de connaissances, formation ...</li> <li><input type="checkbox"/> Structures inadapté</li> <li><input type="checkbox"/> Autre .....</li> </ul>
<p><b>5 Attitude : Préciser votre attitude par rapport aux propositions suivantes :</b></p>	
<p><b>5.1</b></p>	<p><b>Devant une <u>fièvre aigue</u> du <u>nourrisson</u> moins de 3 mois, que faites-vous d'habitudes ?</b></p> <p><b>5.1.1</b> éliminez-vous les situations d'urgence (méningite, infection urinaire, bactériémie) en premier ?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Oui                      <input type="checkbox"/> Non                      <input type="checkbox"/> Je ne sais pas         </p> <p><b>5.1.2</b> proposez-vous une hospitalisation ?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Oui                      <input type="checkbox"/> Non                      <input type="checkbox"/> Je ne sais pas         </p> <p><b>5.1.3</b> demandez-vous des examens complémentaires systématiquement ?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Oui                      <input type="checkbox"/> Non                      <input type="checkbox"/> Je ne sais pas         </p>

	<p>Si oui citez les :.....</p> <p><b>5.1.4</b> traitez-vous symptomatiquement par des antipyrétiques et vous réévaluez après ?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Oui                      <input type="checkbox"/> Non                      <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> <p><b>5.1.5</b> prescrivez-vous systématiquement les antibiotiques ?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Oui                      <input type="checkbox"/> Non                      <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> <p>Autres : .....</p>
<p><b>5.2</b></p>	<p><b>Devant une <u>fièvre aigue</u> de l'enfant.</b></p> <p><b>5.2.1</b> vous pensez à éliminer une urgence</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Oui                      <input type="checkbox"/> Non                      <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> <p>Si oui les quelles : .....</p> <p><b>5.2.1</b> en absence de foyer évident vous prescrivez une antibiothérapie systématiquement à base d'une amoxicilline protégée ?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Oui                      <input type="checkbox"/> Non                      <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> <p><b>5.2.3</b> demandez-vous des examens complémentaires systématiquement ?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Oui                      <input type="checkbox"/> Non                      <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> <p>Si oui citez les :.....</p> <p><b>5.2.4</b> en présence d'un écoulement nasale avec une toux sèche vous prescrivez une amoxicilline protégée</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Oui                      <input type="checkbox"/> Non                      <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p>
<p><b>5.3</b></p>	<p><b>Devant une <u>fièvre aigue associe à un purpura</u> que faites-vous d'habitudes ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> vous référez l'enfant en urgence vers CHU.</p> <p><input type="checkbox"/> vous administrez une antibiothérapie par voie générale avant de référer l'enfant vers CHU</p> <p><input type="checkbox"/> vous prescrivez une antibiothérapie par voie orale à domicile et vous</p>

	<p>réévaluez après 48 h.</p> <p><input type="checkbox"/> vous traitez symptomatiquement par des antipyrétiques.</p> <p>Autres : .....</p>
<p><b>5.4</b></p>	<p><b><u>fièvre persistante de l'enfant.</u></b></p> <p><b>5.4.1</b> est défini par une fièvre au-delà de 7 jours.</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> <p><b>5.4.2</b> vous pensez et recherchez exclusivement une cause infectieuse</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> <p>Si non, quelles sont les autres possibilités :</p> <p>.....</p> <p><b>5.4.3</b> demandez-vous des examens complémentaires systématiquement ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> <p>Si oui citez les :.....</p> <p><b>5.4.4</b> l'absence d'un syndrome inflammatoire vous conforte-t-elle ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> <p><b>5.4.5</b> prescrivez-vous systématiquement les antibiotiques ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> <p>Autres : .....</p>
<p><b>5.5</b></p>	<p><b>Devant des vomissements aigus de l'enfant, que faites-vous d'habitudes ?</b></p> <p><b>5.6.1</b> éliminez-vous les situations d'urgence en premier ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> <p>Si oui, les quelles .....</p> <p><b>5.6.2</b> recherchez-vous un foyer d'infection et traitez-vous en fonction du foyer ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p>

	<p>5.6.3 appréciez-vous le retentissement ?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Oui                      <input type="checkbox"/> Non                      <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> <p>Si oui que recherchez-vous ? .....</p> <p>5.6.4 traitez-vous symptomatiquement par des antiémétiques et vous réévaluez après ?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Oui                      <input type="checkbox"/> Non                      <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> <p>5.6.5 demandez-vous des examens complémentaires systématiquement ?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Oui                      <input type="checkbox"/> Non                      <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> <p>Si oui citez les :.....</p> <p>5.6.6 prescrivez-vous systématiquement les antibiotiques ?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Oui                      <input type="checkbox"/> Non                      <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> <p>Autres : .....</p>
<p>5.6</p>	<p><b>Devant des <u>vomissements chroniques</u> de l'enfant, que faites-vous d'habitudes ?</b></p> <p>5.7.1 recherchez-vous les situations d'urgence en premier ?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Oui                      <input type="checkbox"/> Non                      <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> <p>Si oui, les quelles .....</p> <p>5.7.2 appréciez-vous le retentissement ?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Oui                      <input type="checkbox"/> Non                      <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> <p>Si oui que recherchez-vous ? .....</p> <p>5.7.3 demandez-vous des examens complémentaires systématiquement ?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Oui                      <input type="checkbox"/> Non                      <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> <p>Si oui citez les :.....</p> <p>5.7.4 traitez-vous symptomatiquement par des antiémétiques ?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Oui                      <input type="checkbox"/> Non                      <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p> <p>5.7.5 prescrivez-vous systématiquement les antibiotiques ?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Oui                      <input type="checkbox"/> Non                      <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p>

	Autres : .....
5.7	<p><b>Devant une angine rouge chez un enfant.</b></p> <p><input type="checkbox"/> vous dosez les antistreptolysines O et vous traitez selon les résultats</p> <p><input type="checkbox"/> vous réalisez un test de diagnostic rapide (streptotest) et vous traitez selon les résultats</p> <p><input type="checkbox"/> vous traitez d'emblée par une amoxicilline protégée.</p> <p><input type="checkbox"/> vous traitez symptomatiquement</p> <p>Autres : .....</p>

5.8	<p><b>Devant une urgence pédiatrique :</b></p> <p><input type="checkbox"/> vous stabilisez l'enfant avant de le transférer.</p> <p><input type="checkbox"/> Vous referez l'enfant d'emblée au CHU.</p> <p><input type="checkbox"/> vous prenez l'enfant complètement en charge.</p> <p><input type="checkbox"/>Autres : .....</p>
-----	---

**6. Pour vous, comment peut-on améliorer les connaissances et les compétences des généralistes en pédiatrie ?**

	Tout à fait d'accord	Très d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
<b>Formation réguliers</b>					
<b>Conférences</b>					
<b>Tables rondes</b>					
<p><b>Autres :</b> .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>					

**Avez-vous des propositions ou remarques :**

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

**Nous vous remercions pour votre collaboration et pour avoir consacré votre temps au profit de notre étude.**

**ANNEXE 2 : LES CENTRES DE SANTE VISITEES DANS NOTRE L'ETUDE.**

Commune	Nom Etablissement	Catégorie
Mechouar Fes Jdid	Bab jiaf	CSU
Agdal	Ville nouvelle	CSU
Agdal	Dokkarat	CSU
Agdal	Hay tarik	CSU
Agdal	Adarissa	CSU
Agdal	Dar dbibagh	CSU
Saiss	Narjiss	CSU
Saiss	Aouinat Hajjaj	CSU
Sais	Montfleuri	CSU
El Mariniyine	Ain haroun	CSU
El Mariniyine	Dhar lakhmis	CSU
El Mariniyine	Ain Kadous	CSU
El Mariniyine	Ben sliman	CSU
Zouagha	Ben souda	CSU
Zouagha	Massira	CSU
Zouagha	Oued Fes	CSU
Zouagha	Lala soukaina	CSU
Fes-Medina	Sidi Boujida	CSU
Fes- Medina	Driss B yahya ( Babjdid)	CSU
Fes - Medina	Lamsallah	CSU
Fes- Medina	s.Ali boughaleb (Adoua)	CSU
Fes-Medina	Lemtyene	CSU
Jnan El Ouard	Sahrij Gnaoua	CSU
Agdal	Hay Tarik	CSU
Oulad Tayeb	Oulad tayeb	CSU