



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2018

Thèse N° 241

Evolution des connaissances et attitudes des parents face à la fièvre de l'enfant

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 11/07/2018

PAR

Mr. Karim LAKRAÏMI

Né le 26 Octobre 1990 à Marrakech

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

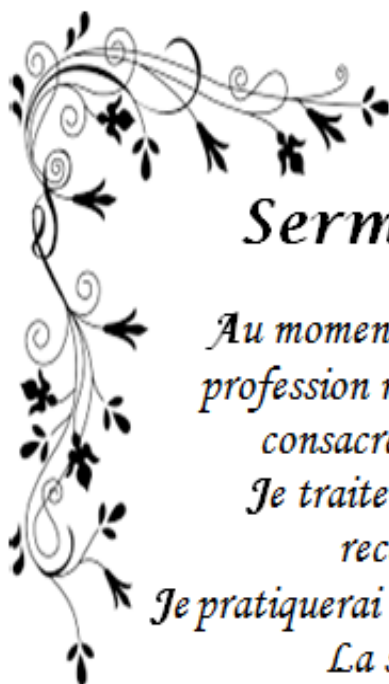
Connaissances – Attitudes – Parents – Fièvre – Enfant

JURY

M.	S. ZOUHAIR Professeur de Bactério-Virologie	PRESIDENT
M.	M. BOURROUS Professeur de Pédiatrie	RAPPORTEUR
Mme.	N. EL IDRISSE SLITINE Professeur agrégée de Pédiatrie	} JUGES
M.	A. HACHIMI Professeur agrégé de Réanimation	

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ





Serment d'Hippocrate

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

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité.

La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





*LISTE DES
PROFESSEURS*



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	FINECH Benasser	Chirurgie - générale
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
ADMOU Brahim	Immunologie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KISSANI Najib	Neurologie
AMAL Said	Dermatologie	KOULALI IDRISI Khalid	Traumato- orthopédie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino- laryngologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie - Virologie	LMEJJATI Mohamed	Neurochirurgie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique B	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie - générale
ASRI Fatima	Psychiatrie	MAHMAL Lahoucine	Hématologie - clinique
BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie

BOUAITY Brahim	Oto-rhino-laryngologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BOUGHALEM Mohamed	Anesthésie – réanimation	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie – chimie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-Vasculaire	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	NAJEB Youssef	Traumato-orthopédie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	NEJMI Hicham	Anesthésie-réanimation
CHAKOUR Mohamed	Hématologie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	SAIDI Halim	Traumato-orthopédie
DAHAMI Zakaria	Urologie	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie-réanimation
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie-réanimation	SARF Ismail	Urologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SBIHI Mohamed	Pédiatrie B
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie-obstétrique A/B
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	TASSI Noura	Maladies infectieuses
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	YOUNOUS Said	Anesthésie-réanimation
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ETTALBI Saloua	Chirurgie réparatrice et plastique		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato-orthopédie B	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie-réanimation	FAKHIR Bouchra	Gynécologie-obstétrique A

ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FAKHRI Anass	Histologie- embyologie cytogénétique
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADALI Nawal	Neurologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	HAOUACH Khalil	Hématologie biologique
AISSAOUI Younes	Anesthésie – réanimation	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique B
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique A	JALAL Hicham	Radiologie
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire péripherique	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B
ALJ Soumaya	Radiologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAKMICHI Mohamed Amine	Urologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique A	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie A
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie – réanimation
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie – orthopédie B	MOUFID Kamal	Urologie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BENJILALI Laila	Médecine interne	NARJISS Youssef	Chirurgie générale

BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique B	QACIF Hassan	Médecine interne
BOURRAHOUEAT Aicha	Pédiatrie B	QAMOUISS Youssef	Anesthésie- réanimation
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie A	RADA Noureddine	Pédiatrie A
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	RAFIK Redda	Neurologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	RBAIBI Aziz	Cardiologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	SORAA Nabila	Microbiologie - virologie
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie A	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZYANI Mohammed	Médecine interne

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	Hammoune Nabil	Radiologie
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie - Embryologie - Cytogénétique
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	JALLAL Hamid	Cardiologie
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
AKKA Rachid	Gastro - entérologie	KADDOURI Said	Médecine interne
ALAOUI Hassan	Anesthésie - Réanimation	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
AMINE Abdellah	Cardiologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LALYA Issam	Radiothérapie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BABA Hicham	Chirurgie générale	MILOUDI Mohcine	Microbiologie - Virologie
BELARBI Marouane	Néphrologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	MOUNACH Aziza	Rhumatologie

BELHADJ Ayoub	Anesthésie – Réanimation	MOUZARI Yassine	Ophtalmologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie (Neonatalogie)	NADER Youssef	Traumatologie – orthopédie
BOUCHAMA Rachid	Chirurgie générale	NADOUR Karim	Oto–Rhino – Laryngologie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
BOUKHRIS Jalal	Traumatologie – orthopédie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	NYA Fouad	Chirurgie Cardio – Vasculaire
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHRAA Mohamed	Physiologie	REBAHI Houssam	Anesthésie – Réanimation
EL HARRECH Youness	Urologie	RHARRASSI Isam	Anatomie– patologique
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	SAOUAB Rachida	Radiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
ELQATNI Mohamed	Médecine interne	SERGHINI Issam	Anesthésie – Réanimation
ESSADI Ismail	Oncologie Médicale	TAMZAOURTE Mouna	Gastro – entérologie
FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio– organique	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique	YASSIR Zakaria	Pneumo– phtisiologie
GHAZI Mirieme	Rhumatologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie – Réanimation
GHOZLANI Imad	Rhumatologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
HAMMI Salah Eddine	Médecine interne	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio– Vasculaire

LISTE ARRÊTÉÉ LE 12/02/2018



DÉDICACES



*Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...
Tous les mots ne sauraient exprimer ma gratitude,
Mon amour, mon respect, et ma reconnaissance...
Aussi, c'est tout simplement que...*



Je dédie cette thèse à...

A ALLAH

Le tout miséricordieux, le très miséricordieux, Le tout puissant, Qui m'a inspiré, Qui m'a guidé sur le droit chemin. Je vous dois ce que j'étais, Ce que je suis et ce que je serais Inchaallah. Soumission, louanges et remerciements pour votre clémence et miséricorde.

A MON CHÈRE PÈRE

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices consentis pour mon instruction et mon bien être. Tu as été pour moi durant toute ma vie le père exemplaire, l'ami et le conseiller. J'espère réaliser ce jour un de tes rêves et être digne de ton nom, ton éducation, ta confiance et des hautes valeurs que tu m'as inculqué. Que Dieu, tout puissant, te garde, te procure santé, bonheur et longue vie pour que tu demeures le flambeau illuminant mon chemin...

A LA MÉMOIRE DE MON ADORABLE MÈRE

J'aurai tant aimé que tu sois présente aujourd'hui MAMAN. Aucune parole ne peut être dite à sa juste valeur pour exprimer mon amour et mon attachement à toi. Tu as toujours été mon exemple car tout au long de ta vie, je n'ai vu que droiture, humanisme, sérieux et bonté. Tu m'as toujours donné de ton temps, de ton énergie, de la liberté, de ton cœur et de ton amour malgré la maladie. En ce jour j'espère réaliser, chère mère et douce créature, un de tes rêves, sachant que tout ce que je pourrais faire ou dire ne pourrait égaler ce que tu m'as donné et fait pour moi. Puissent ton âme repose en paix, Que Dieu, le tout puissant, te couvre de sa sainte miséricorde et t'accueille dans son éternel paradis.

A LA MEMOIRE DE MON GRAND PERE MOHAMED LAKRAIMI

J'aurai aimé que tu sois présent parmi nous aujourd'hui. Je te dédie ce travail en témoignage de mes sentiments les plus sincères. Puissent ton âme repose en paix, Que Dieu, le tout puissant, te couvre de sa sainte miséricorde et t'accueille dans son éternel paradis.

A MA CHÈRE SŒUR HAJAR ET MON CHÈRE FRÈRE OUAIL

Je ne peux exprimer à travers ses lignes tous mes sentiments d'amour et de tendresse envers vous. Puisse l'amour et la fraternité nous unir à jamais. Je vous souhaite la réussite dans votre vie, et tout le bonheur pour vous combler. Merci pour votre présence permanente à mes côtés.

A MERIAMA

Je tiens à te remercier pour tes efforts colossaux, et pour le temps consacré pour nous à la maison. Merci de ta présence parmi nous.

Je te souhaite santé bonheur et prospérité.

A toute ma famille, oncles tantes et leurs conjoint(e), cousins et cousines

J'aurai aimé vous rendre hommage un par un, veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon affection la plus sincère, que dieu tout puissant vous protège, et vous procure bonheur et prospérité.

*A mes très chers amis et frères : Yaacoub Bellough, Yassine Bouchabaka
et Saad Belkhal*

*Durant ces années ensemble, il y a eu : des fous rires, des embrouilles et
des moments de pur bonheur.*

*Merci d'avoir toutes été là durant tous ces instants. Je suis très honorée
de vous avoir dans ma vie.*

*En témoignage de la sincère amitié qui nous unit et des souvenirs de tous
ces moments passés ensemble, je vous dédie ce travail et je vous souhaite
une vie pleine de santé et de bonheur. Que notre amitié reste éternelle.*

A mes compagnons de crime Walid et Oumnia

*Qui m'ont énormément soutenu durant toutes les étapes de ce travail,
Merci chers frères pour ce joli parcours que nous avons réalisé ensemble.
Je saisis cette occasion pour vous exprimer mon profond respect et vous
souhaiter le bonheur, la joie et tout le succès du monde.*

A ma chère Hajar

*Merci d'avoir toujours été présente et de m'avoir très souvent aidé à faire
face à toutes les épreuves imposées par ce long parcours. Je te souhaite
tout le bonheur du monde parce que tu mérites le meilleur.*

A La mémoire de notre frère : Le défunt DR. Hamza CHAIB

Puissent ton âme repose en paix.

*A mes très chères ami(e)s et collègues : Yasmine E, Lamya L, Achraf E,
Mahdaoui M, Aassim B, Youness L, Amine M, Lahdaïli M, Aïcha L,
Zahira L, Zineb B, Leïla E, Nabil L, Zainab B, Taoufik B, tous les membres
du MGM (out of tune)...*

*Je ne peux vous citer tous et toutes, car les pages ne le permettraient pas,
et je ne peux vous mettre en ordre, car vous m'êtes tous et toutes chères...*

*A tous ceux ou celles qui me sont cher(e)s et que j'ai omis
involontairement de citer.*



REMERCIEMENTS

A notre maître et président de thèse

Monsieur le Professeur S.ZOUHAIR

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de notre thèse. Permettez-nous Maître de vous témoigner ici notre profonde gratitude et notre respect. Veuillez accepter cher Maître nos vifs remerciements pour la présence et la sympathie dont vous avez fait preuve.

A notre maître et rapporteur de thèse

Monsieur le Professeur M.BOURROUS

C'est avec un grand plaisir que je me suis adressé à vous dans le but de bénéficier de votre encadrement et j'étais très touchée par l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de me confier ce travail. Vous m'avez toujours réservé le meilleur accueil malgré vos obligations professionnelles. Je vous remercie infiniment, cher Maître, pour avoir consacré à ce travail une partie de votre temps précieux et de m'avoir guidé avec rigueur et bienveillance. Je suis très fière d'avoir appris auprès de vous et j'espère avoir été à la hauteur de votre attente. Veuillez accepter, cher maître, dans ce travail l'assurance de mon estime et de mon profond respect.

A notre maître et juge de thèse

Madame la Professeur N.ELIDRISSI SLITINE

Veillez accepter Professeur, mes vifs remerciements pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail en acceptant de faire partie de mon jury de thèse. Veuillez trouver ici, cher Maître, l'assurance de mes sentiments les plus respectueux.

A notre Maître et juge de thèse

A notre maître et juge de thèse

Monsieur le Professeur A.HACHIMI

Vous nous faites l'honneur d'accepter avec une très grande amabilité de siéger parmi notre jury de thèse. Votre savoir et votre sagesse suscitent toute notre admiration. Veuillez accepter ce travail, en gage de notre grand respect et de notre profonde reconnaissance.

A notre maître et juge de thèse

Monsieur le Professeur N.RADA

Nous sommes particulièrement touchés par la gentillesse avec laquelle vous avez bien voulu accepter de juger ce travail.

Votre parcours professionnel, votre compétence incontestable, votre charisme et vos qualités humaines font de vous une grande professeure et nous inspirent une grande admiration et un profond respect.

Permettez-nous, Chère Maître de vous exprimer notre profond respect et notre sincère gratitude.



ABBREVIATIONS



Liste des abréviations

AFSSAPS	: Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.
AINS	: Anti- inflammatoires non- stéroïdiens.
ANSM	: Agence nationale de sécurité du médicament.
CAPM	: Centre antipoison et de pharmacovigilance du Maroc.
CHU	: Centre hospitalier universitaire.
HAS	: Haute autorité de santé.
NICE	: National Institute for Health and Care Excellence.



PLAN

INTRODUCTION	1
MATÉRIELS ET MÉTHODES	3
I. Matériels	4
1. Buts de l'étude	4
2. Milieu et période de l'étude	4
3. La population cible	4
II. Méthodes	4
III. Analyse des données	5
IV. Limites de l'étude	5
RÉSULTATS	6
I. Taux de réponse	7
II. Profil des parents	7
III. Répartition des parents selon l'âge	8
IV. Caractéristiques socio-économiques des parents	9
1. Niveau d'instruction des parents	9
2. Profession des parents	10
3. Niveau socio-économique des parents	10
4. Milieu de vie des parents	11
5. Répartition des parents selon le nombre d'enfants	11
V. Connaissances des parents à propos de la fièvre	12
1. Définition de la fièvre selon les parents	12
2. Complications de la fièvre selon les parents	13
3. Possession ou non d'un thermomètre	14
4. Aptitude des parents à utiliser un thermomètre	14
5. Voie d'utilisation du thermomètre par les parents	15
6. Aptitude à lire un thermomètre par les parents	15
VI. Prise en charge parentale de la fièvre	16
1. Attitude immédiate des parents	16
2. Moyens médicamenteux utilisés par les parents pour traiter la fièvre	16
3. Fréquence d'administration des antipyrétiques	17
4. Moyens physiques utilisés par les parents	17
5. Moyens traditionnels utilisés	18
6. Nécessité d'une consultation selon les parents	19
VII. Informations reçues à propos de la fièvre et sa prise en charge	19
DISCUSSION	20
I. Données générales	21
II. Profil des parents	22
III. Perception de la fièvre	23
1. Définition de la fièvre	23
2. Utilité et danger de la fièvre	25

3. Méthodes de mesure de la fièvre :	27
IV. Prise en charge parentale de la fièvre de l'enfant	29
1. Conduite immédiate	29
2. Antipyrétiques utilisés par les parents	31
3. Moyens physiques utilisés par les parents	34
4. Moyens traditionnels utilisés par les parents	36
V. Sources d'informations et l'éducation des parents	39
VI. Perspectives	41
CONCLUSION	43
ANNEXES	45
RÉSUMÉS	50
BIBLIOGRAPHIE	54



INTRODUCTION



L'augmentation régulière des consultations pédiatriques auprès des services d'urgences hospitalières a entraîné, ces dernières années, une saturation des structures de soins pédiatriques.

La fièvre est un symptôme très fréquent chez l'enfant, c'est la principale cause de consultation en urgence pédiatrique [1].

Toutefois, la fièvre de l'enfant continue de générer de très nombreuses consultations médicales injustifiées et de créer une importante auto-prescription qui est à l'origine de nombreuses erreurs thérapeutiques potentiellement graves [2].

La fréquence de la fièvre rend nécessaire l'autonomisation des parents quant à sa prise en charge. Ils doivent d'une part connaître les signes d'alerte qui justifient une consultation médicale et d'autre part maîtriser la définition de la fièvre, ses méthodes de mesure et les règles d'administration des antipyrétiques.

En 1980, Barton Schmitt a décrit pour la première fois la phobie de la fièvre [3]. Il s'agit de fausses idées reçues concernant la fièvre qui entraînent un haut niveau d'anxiété et provoquent une réponse inadaptée face à ce symptôme, que ce soit chez les parents ou chez les soignants [3,4].

Dans une grande majorité de pays, dont le Maroc, cette notion persiste de nos jours alors que le traitement de la fièvre repose sur des mesures simples dont les dernières recommandations datent d'une dizaine d'années [5].

Il existe plusieurs travaux concernant la façon dont la fièvre était perçue par différents groupes de population. La majorité de ces travaux ont été réalisés aux Etats-Unis, en Italie, au Canada ou en France [6-10].

Dans notre contexte, une étude effectuée au Centre Hospitalier Universitaire Mohamed VI de Marrakech en 2007 [11]. Elle a montré une insuffisance parentale des informations concernant la fièvre.

L'objectif de notre travail était ainsi d'évaluer l'évolution de ces connaissances et attitudes des parents face à la fièvre de l'enfant.



MATÉRIELS
&
MÉTHODES



I. Matériels :

1. Buts de l'étude :

Le but de notre travail était l'étude de l'évolution des connaissances, attitudes et pratiques des parents face à la fièvre et leurs sources d'information.

2. Milieu et période de l'étude :

- Notre travail a consisté en une enquête descriptive et analytique auprès des parents.
- Elle a été étalée sur une période d'une année, du 01 février 2017 au 31 janvier 2018.
- L'enquête s'est déroulée au service des Urgences Pédiatriques du Centre Hospitalier Universitaire Mohamed VI de Marrakech.

3. La population cible :

Les critères d'inclusion étaient :

- Les parents d'enfants consultants aux urgences pédiatriques pour divers motifs.
- Les parents ayant au moins un enfant en charge.
- Le consentement éclairé des parents.

II. Méthodes :

Le recueil des données a été effectué à l'aide d'un questionnaire (Annexe1) préétabli qui comportait trois parties :

- La première partie reposait sur l'étude du profil démographique et socio-économique des parents.

- La deuxième partie avait pour but d'évaluer la perception de la fièvre, les craintes qu'elle suscite et l'attitude adoptée par les parents.
- La troisième partie reposait sur une enquête à propos de la source d'informations des parents.

III. Analyse des données :

L'analyse des données a été faite à l'aide du logiciel tableur et de statistique EXCEL dans sa version 2010.

IV. Limites de l'étude :

Seuls les parents consultant aux urgences pédiatriques du CHU Med VI de Marrakech ont été interrogés, ce qui n'est pas représentatif de la population générale au niveau national. En effet, le CHU a un recrutement différent des autres structures (enfants suivis par des spécialistes...) et il est implanté dans une grande ville avec des médecins libéraux disponibles (médecins généralistes, pédiatres à proximité).

Bien que le moment d'attente avant la consultation fût propice pour qu'un maximum de questionnaires soit rempli, il pourrait être intéressant d'interroger à nouveau les parents à distance de l'épisode aigu. Si elles sont différentes, ces nouvelles données, comparées aux données actuelles pourraient mettre plus en évidence l'anxiété des parents face à la fièvre. En plus, les parents étaient interrogés dans un contexte de « stress » aux urgences ce qui pourrait modifier leur réponse.

De plus, les questionnaires ont été remplis dans des heures différentes de la journée et on n'a pas pu solliciter tous les parents. Il peut exister donc un biais de sélection.

Egalement, le questionnaire comprenait des questions fermées, ce qui limitait beaucoup les possibilités de réponse aux parents.



RÉSULTATS



I. Taux de réponse :

Le nombre de questionnaire remplis était de 1 500 questionnaires, tous exploitables.

Tous les parents sollicités ont répondu au questionnaire avec un taux de 100%.

II. Profil des parents :

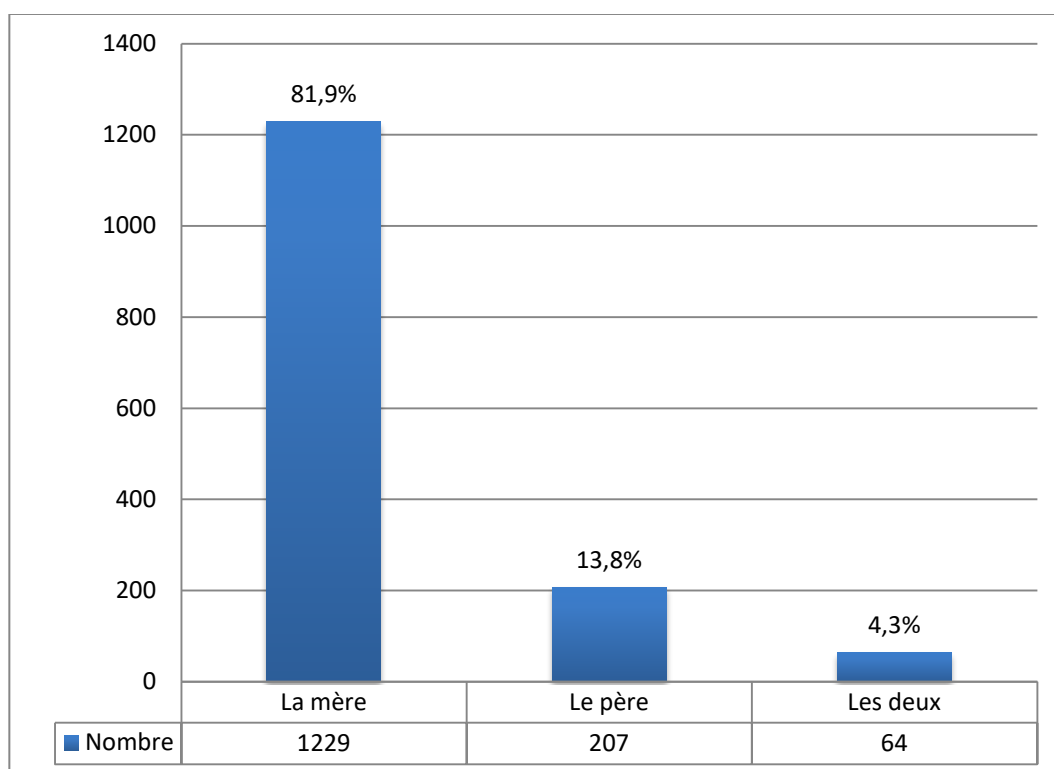


Figure 1 : Profil des parents

- La majorité des répondants au questionnaire était des femmes (81,9%).

III. Répartition des parents selon l'âge :

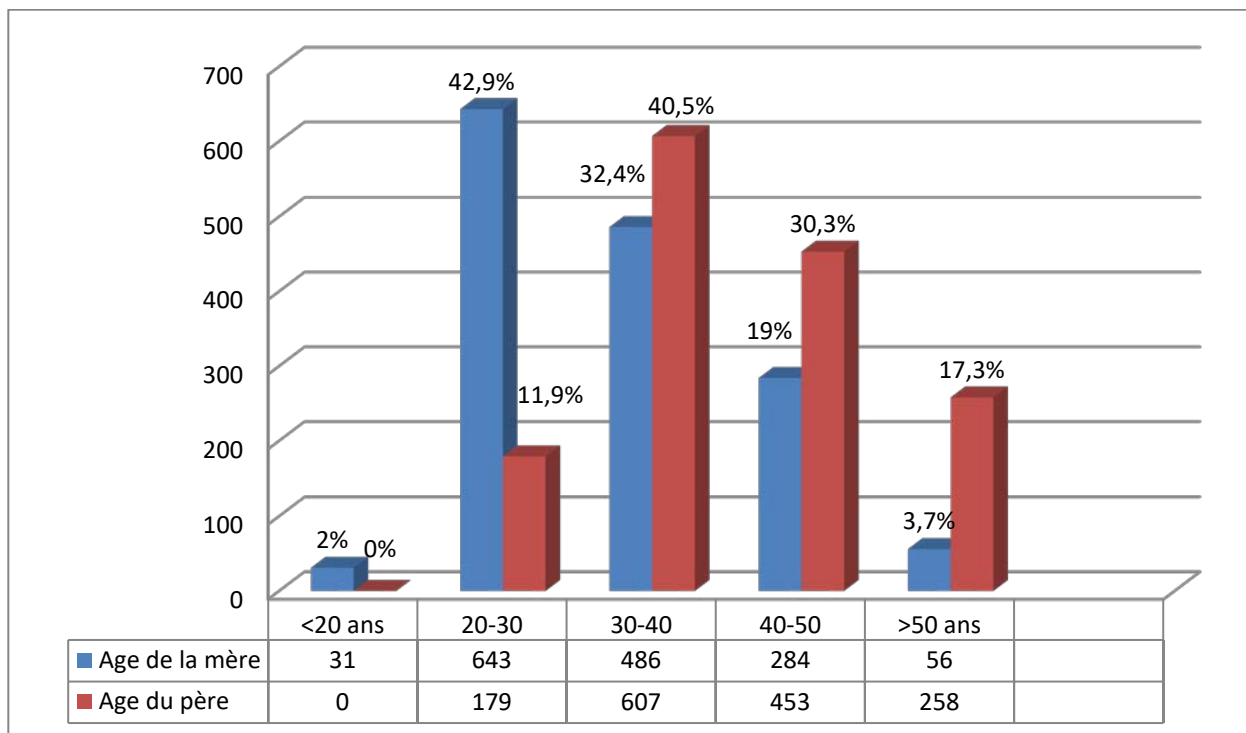


Figure 2 : Age des parents

- L'âge moyen des répondants était de 37 ans avec des âges extrêmes de 18 et 62 ans.
- L'âge moyen des mères était de 32 ans avec des âges extrêmes de 18 et 54 ans.
- L'âge moyen des pères était de 39 ans avec des âges extrêmes de 21 et 62 ans.
- La tranche d'âge entre 30 et 40 ans était prédominante avec 36,4%.
- la tranche d'âge entre 20 et 30 ans était la prédominante chez les mères avec 42,9%.
- la tranche d'âge entre 30 et 40 ans était la prédominante chez les pères avec 40,5%.
- Parmi les mères, trois étaient veuves.

IV. Caractéristiques socio-économiques des parents :

1. Niveau d'instruction des parents :

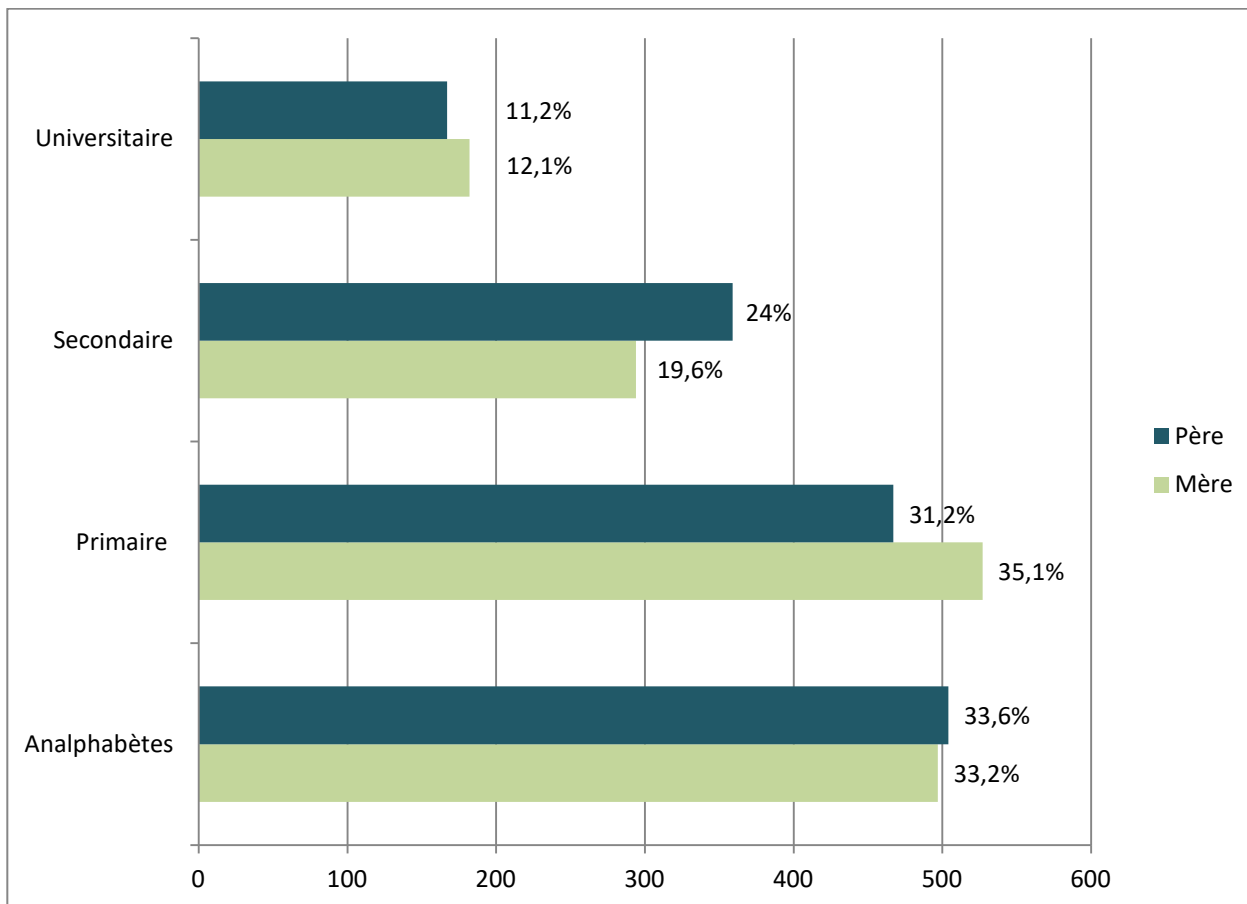


Figure 3 : Niveau d'instruction des parents

- La majorité des parents étaient analphabètes ou avaient un niveau primaire (66,5%).
- Plus deux tiers des mères étaient analphabètes ou avaient un niveau primaire (68,3%).
- La majorité des pères étaient analphabètes ou avaient un niveau primaire (64,8%).

2. Profession des parents :

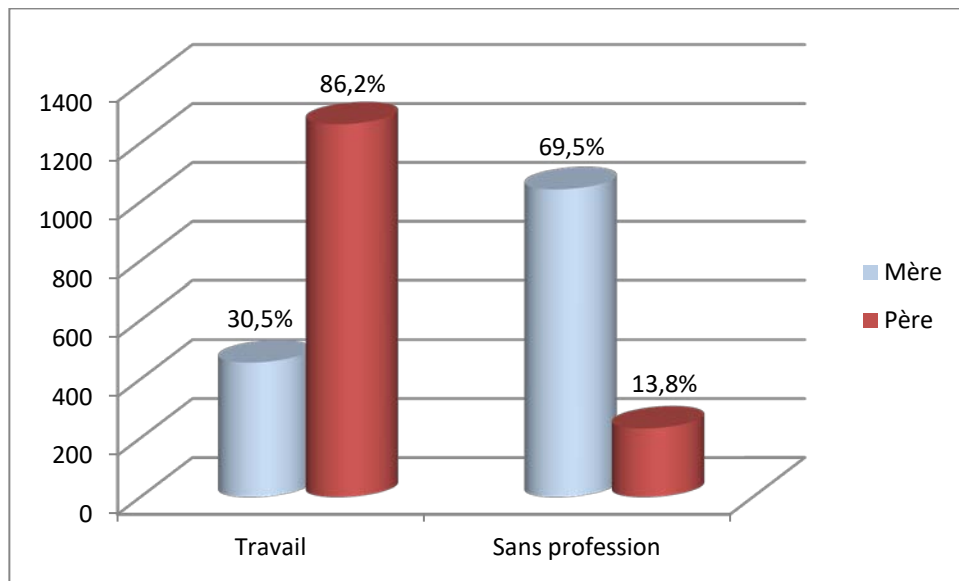


Figure 4 : Profession des parents

- La majorité des mères étaient des femmes au foyer (69,5%).

3. Niveau socio-économique des parents :

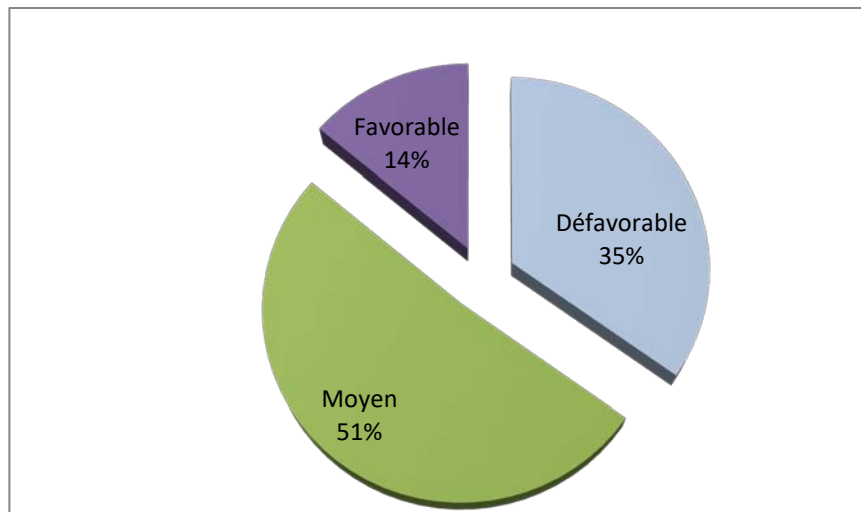


Figure 5 : Niveau socio-économique des parents

- Plus du tiers des parents (35%) avaient un niveau socio-économique défavorable.

4. Milieu de vie des parents :

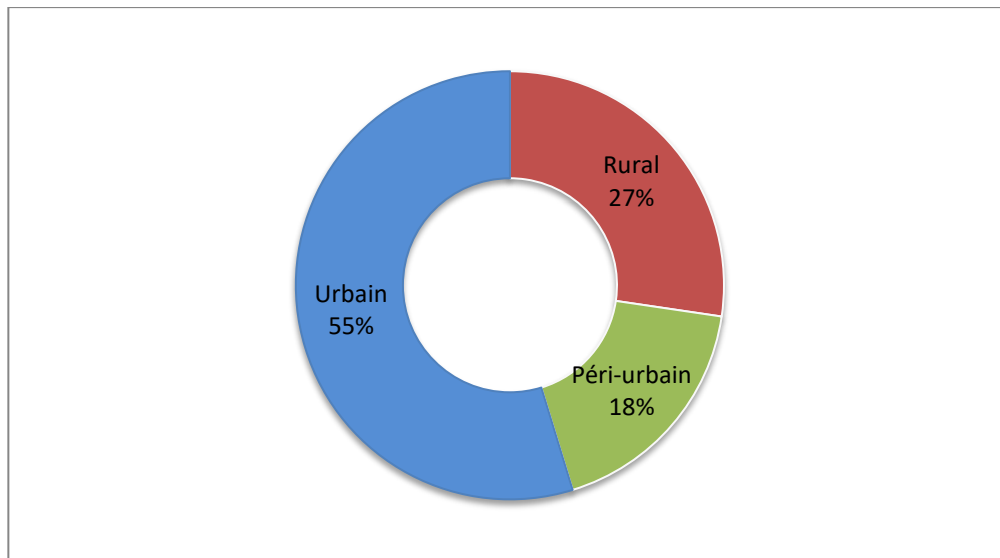


Figure 6 : Milieu de vie des parents

- La majorité des parents (73%) vivaient en milieu urbain et péri-urbain.

5. Répartition des parents selon le nombre d'enfants :

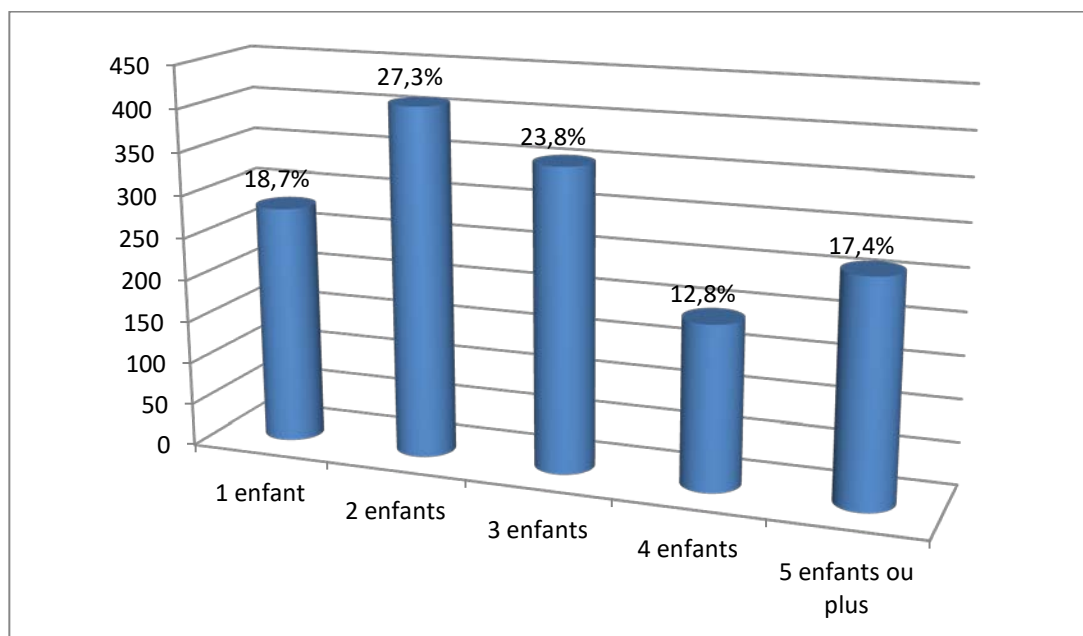


Figure 7 : Répartition des parents selon le nombre d'enfants

- Plus de la moitié des parents (53,9%) avaient 3 enfants ou plus.
- La majorité des parents ayant 5 enfants ou plus étaient analphabètes ou avaient un niveau primaire (86,6%) et avaient un niveau socio-économique défavorable (89.6%).

V. Connaissances des parents à propos de la fièvre :

1. Définition de la fièvre selon les parents :

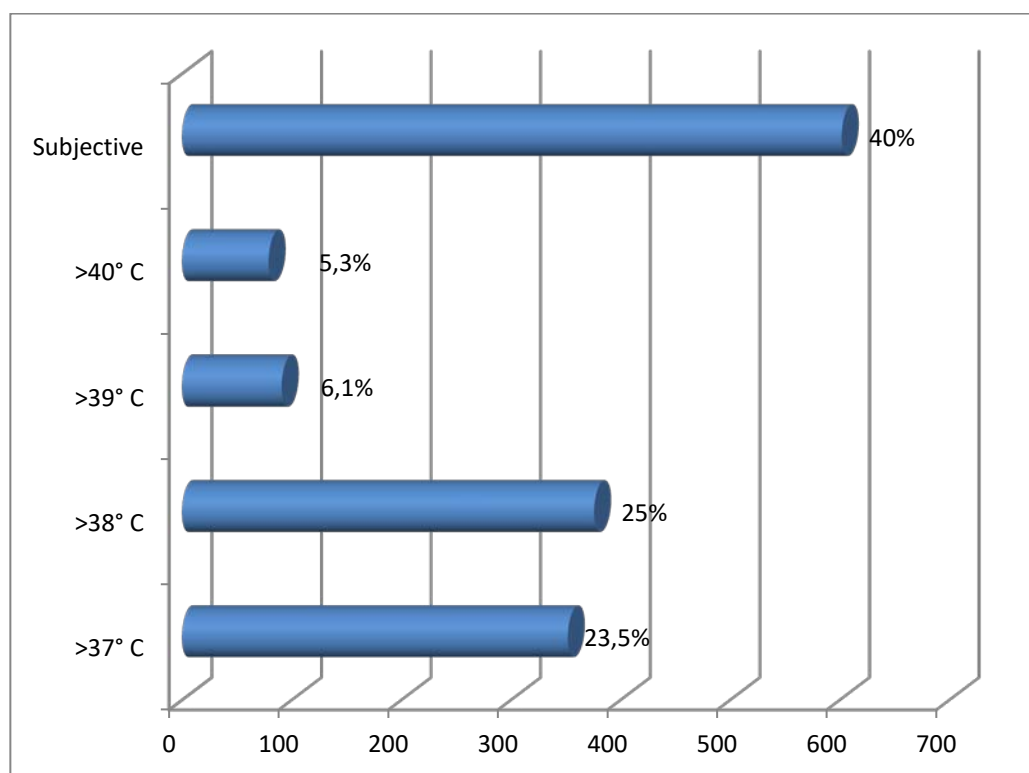


Figure 8 : Définition de la fièvre selon les parents

- Près de 40% des parents définissaient la fièvre de façon subjective (front chaud, sueurs, enfant très fatigué, perte de conscience...) sans recours au thermomètre.
- La plupart de ces parents (82,7%) vivaient en milieu rural ou périurbain, et presque 91,7% étaient analphabètes ou avaient un niveau primaire.

2. Complications de la fièvre selon les parents :

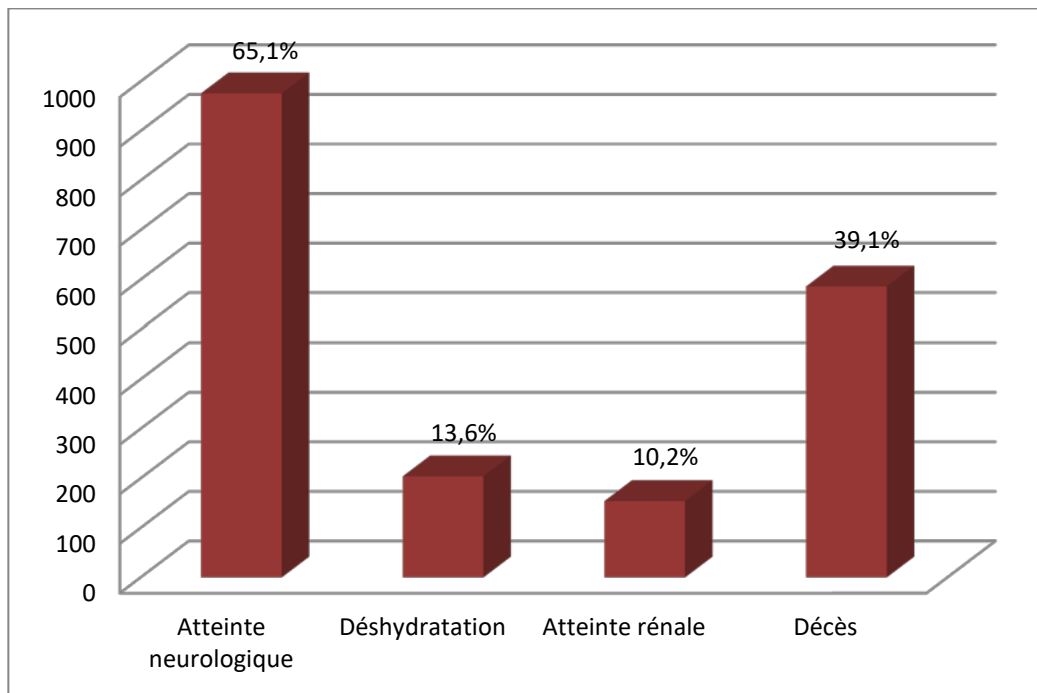


Figure 9 : Complications de la fièvre selon les parents

La complication la plus redoutable des parents concernant la fièvre était l'atteinte neurologique (65,1%).

Cette atteinte neurologique était définie par les parents principalement par :

- Les convulsions, l'épilepsie.
- Tétraplégie ou Hémiplégie.
- Atteinte oculaire.

Le décès a été cité par 39,1% des parents comme complication majeur.

3. Possession ou non d'un thermomètre :

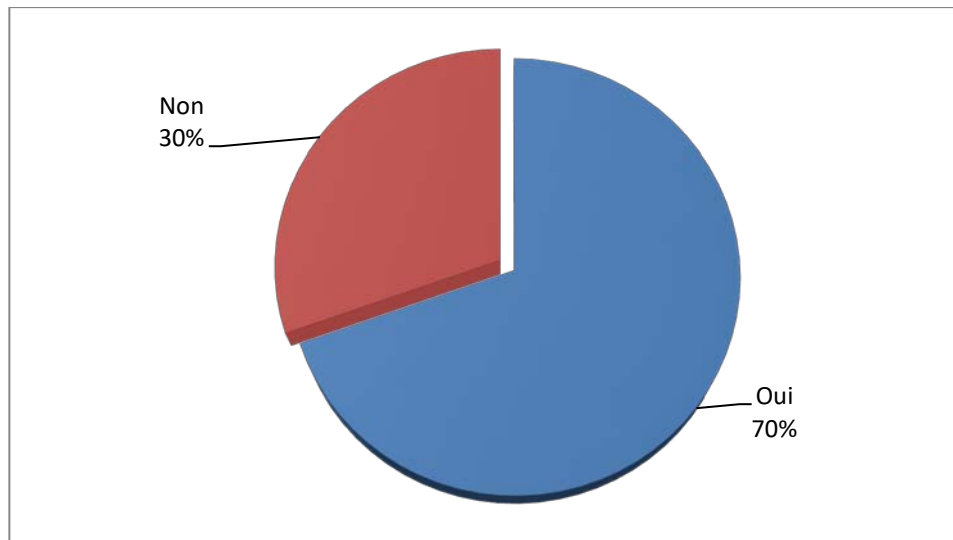


Figure 9 : Possession d'un thermomètre

- Un nombre important des parents (30%) ne possédait pas de thermomètre.
- La majorité des thermomètres utilisés par les parents (98,5%) étaient des thermomètres électroniques.
- Seulement 1,5% des thermomètres utilisés étaient à mercure.

4. Aptitude des parents à utiliser un thermomètre :



Figure 10 : Aptitude des parents à utiliser un thermomètre

Près des trois quarts des parents savaient utiliser un thermomètre.

Plus de 98,2% des parents qui ne savaient pas utiliser un thermomètre étaient analphabètes ou avaient un niveau primaire.

5. Voie d'utilisation du thermomètre par les parents:

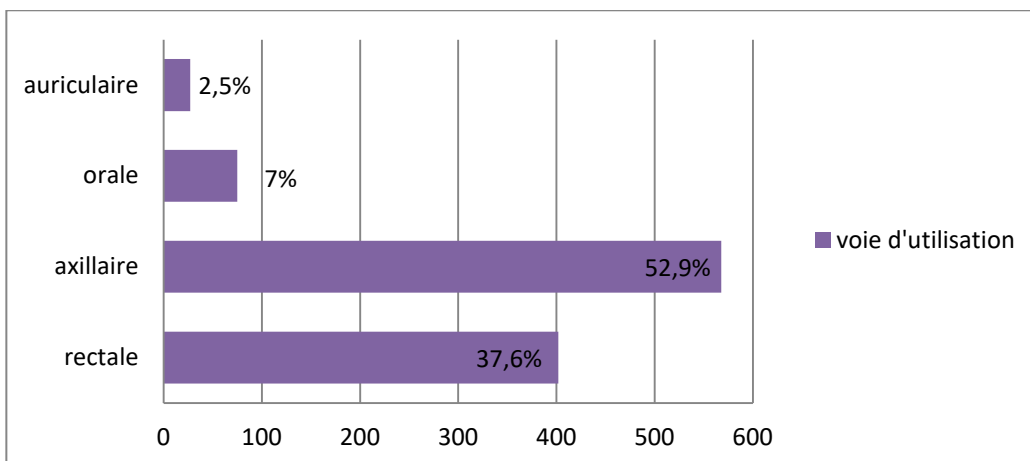


Figure 11 : Voie d'utilisation du thermomètre par les parents

- Plus de la moitié des parents (52,9%) qui savaient utiliser un thermomètre l'utilisaient par voie axillaire.

6. Aptitude à lire un thermomètre par les parents :

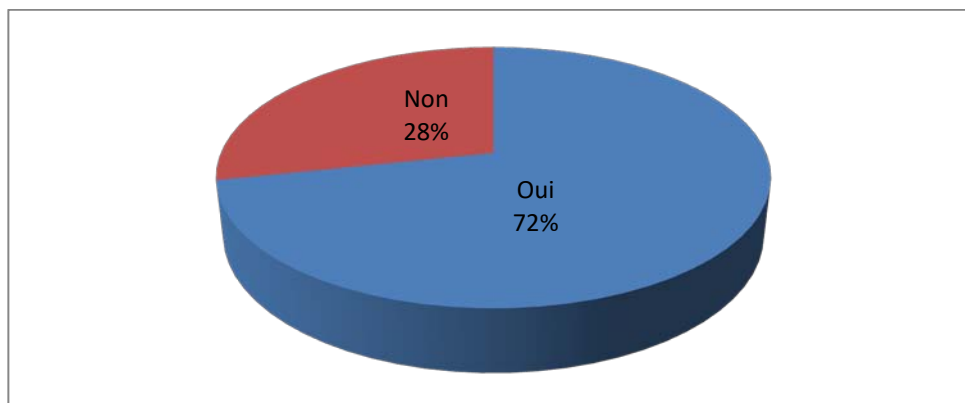


Figure 12 : Aptitude à lire le thermomètre par les parents

Près des trois quarts des parents savaient lire un thermomètre.

VI. Prise en charge parentale de la fièvre :

1. Attitude immédiate des parents :

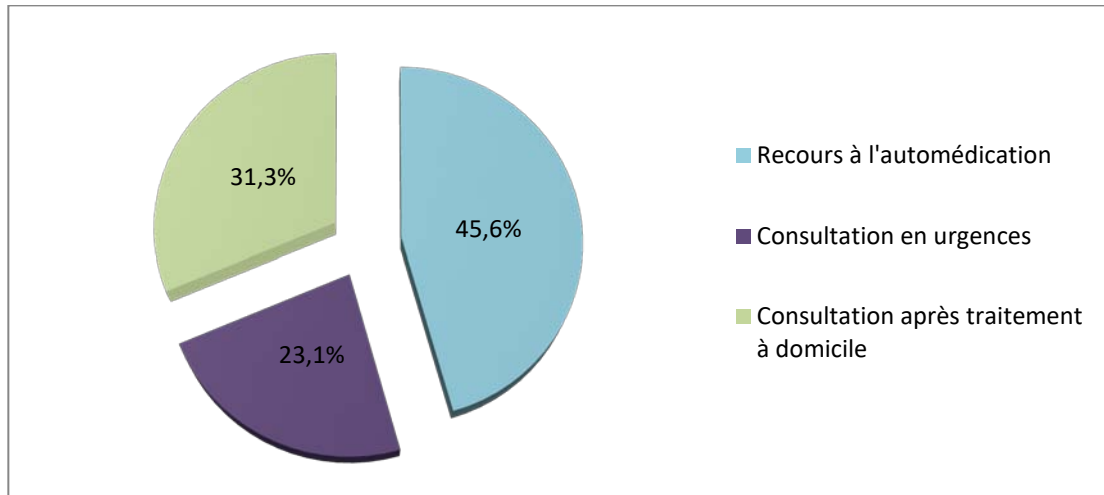


Figure 13 : Attitude immédiate des parents face à la fièvre de leurs enfants

- La majorité des parents (45,6%) avaient recours à l'automédication face à la fièvre de leurs enfants.

2. Moyens médicamenteux utilisés par les parents pour traiter la fièvre :

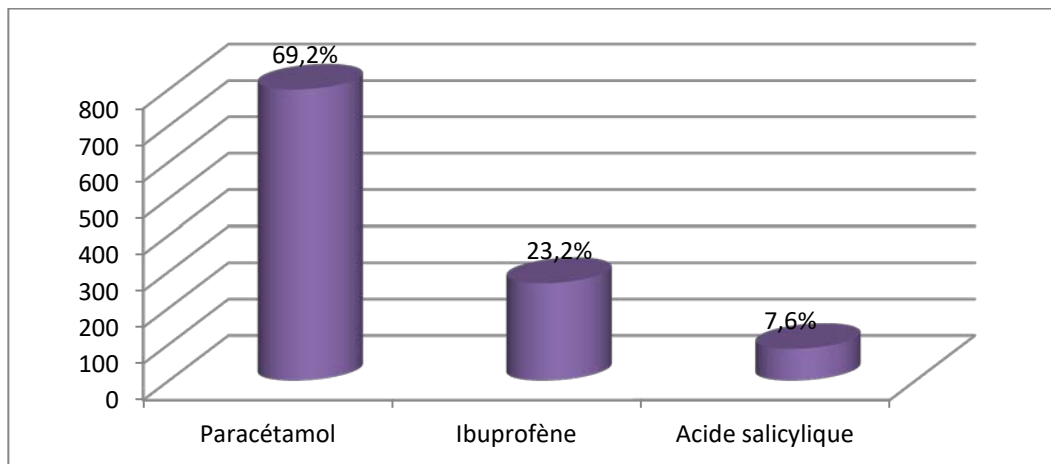


Figure 14 : Molécules utilisées par les parents pour traiter la fièvre

- Le Paracétamol était de loin (69,2%) la molécule la plus utilisée par les parents comme antipyrétique.
- La voie rectale était la plus utilisée (70%).

3. Fréquence d'administration des antipyrétiques

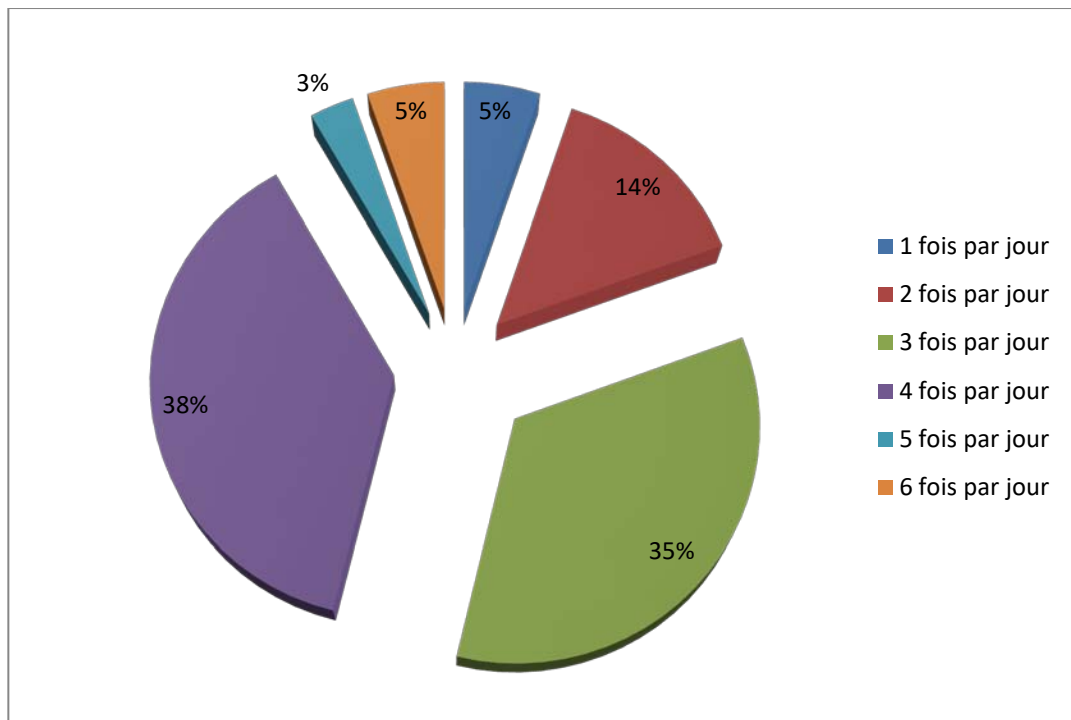


Figure 15 : Fréquence d'administration des antipyrétiques

- La majorité des parents qui avaient recours à l'automédication (73%) utilisaient une dose d'antipyrétique 3 à 4 fois par jour.

4. Moyens physiques utilisés par les parents:

- Près des deux tiers des parents (61,9%) utilisaient des moyens physiques associés à d'autres moyens pour lutter contre la fièvre.

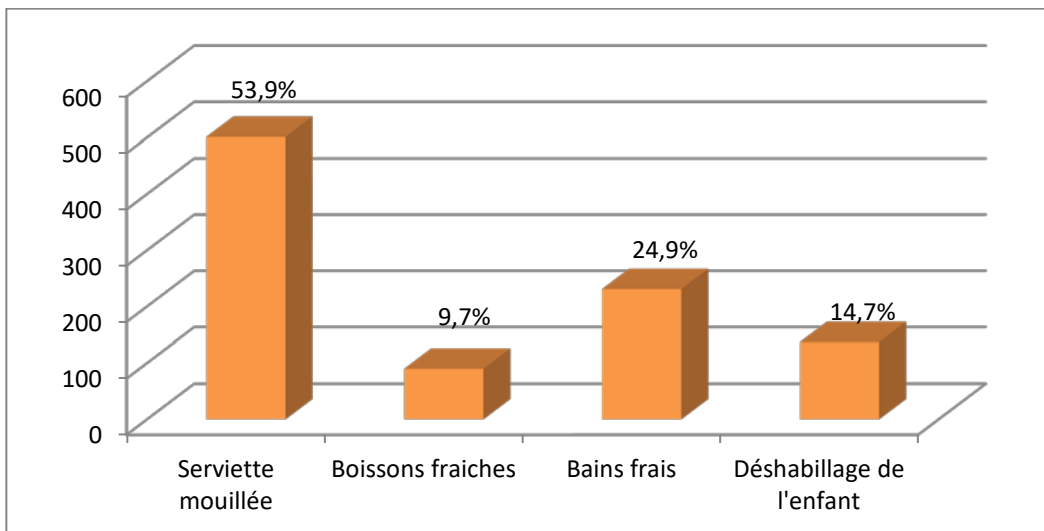


Figure 16 : Moyens physiques utilisés par les parents

- Une serviette mouillée sur le front était la méthode la plus utilisée des parents.

5. Moyens traditionnels utilisés :

- Plus de la moitié des parents (52,4%) utilisaient un traitement traditionnel contre la fièvre.

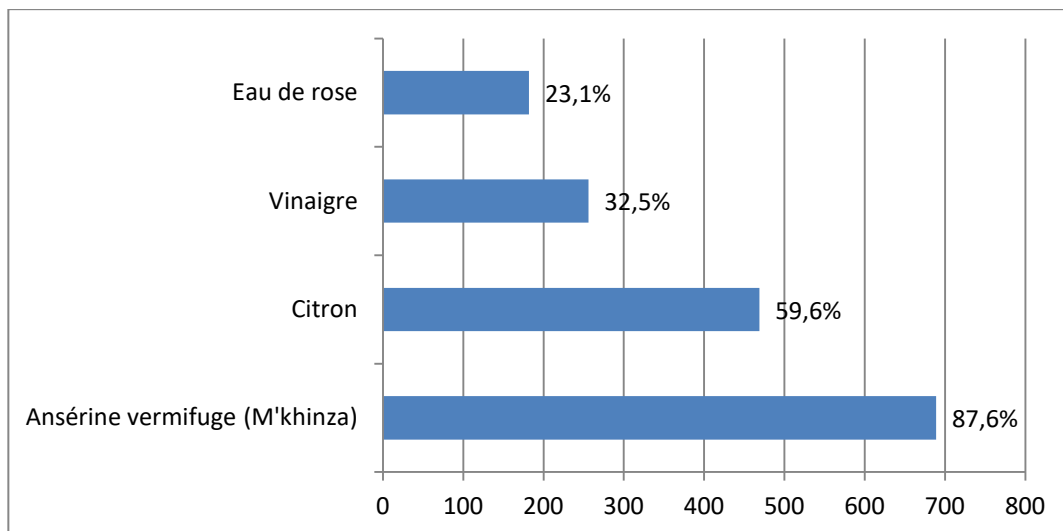


Figure 17 : Moyens traditionnels utilisés

- L'Ansérine vermifuge (M'khinza) était utilisée par 87,6% des parents qui avaient recours au traitement traditionnel.

6. Nécessité d'une consultation selon les parents :

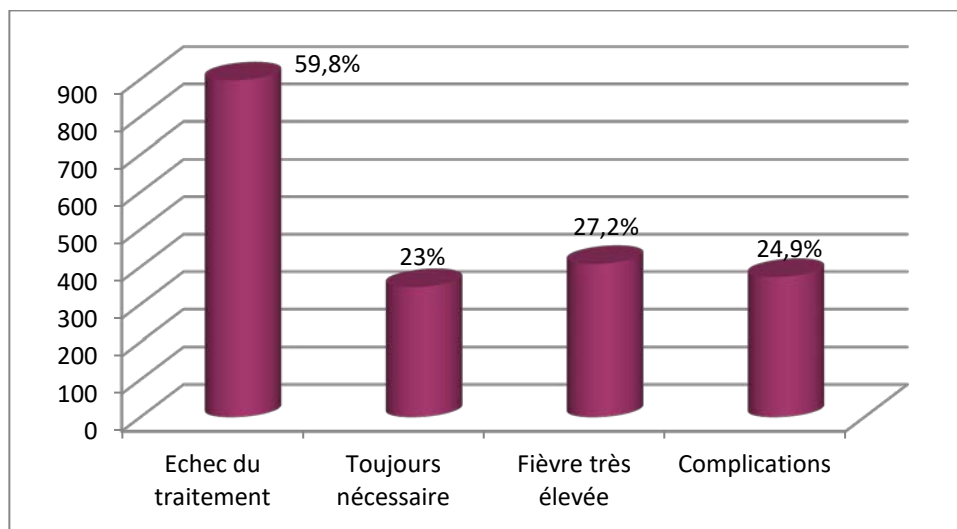


Figure 18 : Nécessité d'une consultation selon les parents

VII. Informations reçues à propos de la fièvre et sa prise en charge :

- Moins de la moitié des parents (43,3%) ont déjà reçu des informations concernant la fièvre.

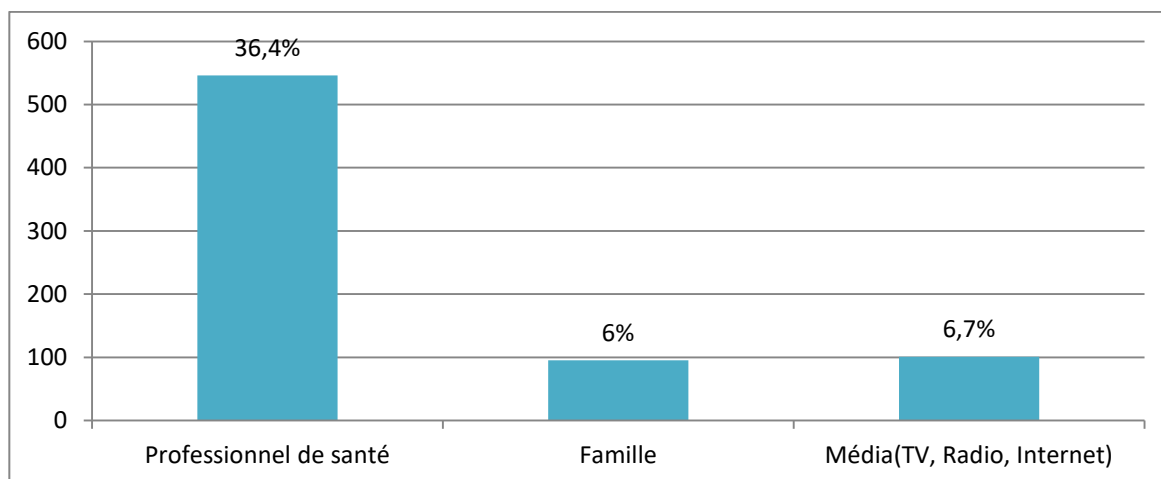


Figure 19 : Sources d'informations des parents concernant la fièvre et sa prise en charge

- Les médecins, les infirmiers et les sages-femmes étaient les principales sources de connaissances (84%) chez les parents ayant déjà reçu des informations concernant la fièvre.



DISCUSSION



I. Données générales :

Notre travail est une analyse de l'évolution des connaissances des parents marocains concernant la fièvre de l'enfant, sa définition, ses méthodes de mesures et sa gestion parentale. Cette étude vient compléter les études réalisées déjà dans notre contexte [11-13].

Le nombre de questionnaires complétés par les parents, dont le taux de réponses était de 100%, est le plus grand au Maroc ; 1500 questionnaires contre 200 de Aboussad en 1997 [13], 400 de Hiddou en 2007 [11], et 264 de Rkain en 2014 [13]. Notre étude dépasse en matière de nombre, l'étude de Boivin [14] (France) en 2007 avec 1038 questionnaires, celle de Polat [15] (Turquie) en 2014 avec 1032 questionnaires, de Selliet-joliot [16] (France) en 2015 avec 1273 questionnaires et celle de Kelly [17] (Irlande) en 2017 avec 1104 questionnaires. Ceci place notre échantillon parmi les plus importants qui concernent ce sujet.

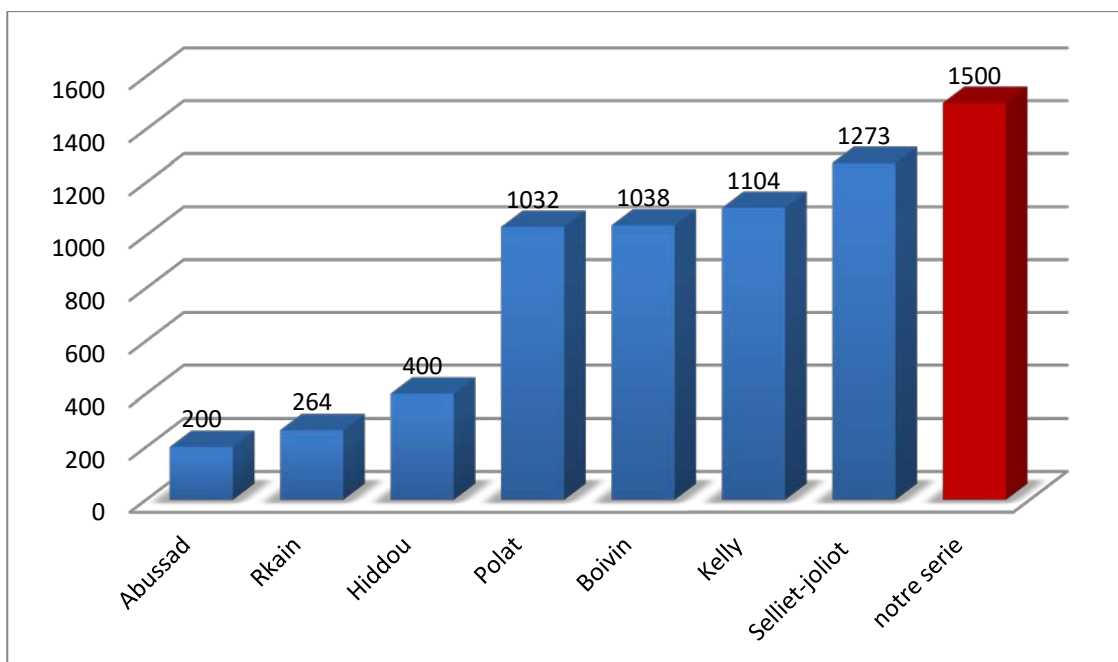


Figure 20 : Nombre de questionnaires complétés par les parents selon les séries

II. Profil des parents :

Sur le plan démographique, l'âge des parents retrouvé dans notre étude était similaire à celui des autres études [18-20]. L'âge moyen des mères était de 32 ans ; les pères avaient en moyenne 39 ans. Les parents de tout âge ont donc recours aux urgences face à la fièvre de leurs enfants. L'inquiétude générée par ce symptôme ne se limite donc pas aux parents jeunes ou peu expérimentés, d'autant plus que 1219 parents de notre étude avaient au moins deux enfants (81.2%), ce qui est similaire aux autres travaux publiés dans la littérature [19,20]

La majorité des répondants aux questionnaires étaient des femmes (81,9%) dont 70% étaient des femmes de foyer. Cela concorde avec les études locales [11,13] qui s'explique par le contexte culturel marocain qui attribue la responsabilité des enfants et leur état de santé aux mères. Les autres études rapportent également cette prédominance féminine avec 64,5% lors d'une étude en Taiwan [21], 71,9% en France [16], le même chiffre en Arabie saoudite [22] et plus de 95% en Irlande [23].

Tableau I : Pourcentage des mères selon les études évoluant les connaissances et attitudes des parents face à la fièvres de l'enfant

	Chang et al.[21]	Selliet-joliot et al.[16]	Athamneh et al.[19]	Kelly et al. [17]	Hiddou[11]	Notre étude
Pourcentage des mères	64,5%	71,9%	71,9%	95%	82,3%	81,9%

Les mères sont parmi les principaux acteurs de la prise en charge initiale de la fièvre de l'enfant et doivent principalement être incluses dans les programmes d'éducation à la santé [24].

III. Perception de la fièvre :

1. Définition de la fièvre :

La fièvre correspond à un déplacement de la « valeur de référence » de la température de l'organisme, secondaire à des substances dites pyrogènes qui sont des fragments d'agents pathogènes. Ce déplacement se fait soit directement par l'intermédiaire de la protéine MIP-1 (Macrophage Inflammatory Protein 1) qui est capable de passer la barrière hémato-encéphalique, soit indirectement par opsonisation par le complément et phagocytose par des macrophages [25-27].

La fièvre est définie, selon l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS), par une élévation de la température centrale au-dessus de 38°C, en l'absence d'activité physique intense, chez un enfant normalement couvert et dans une température ambiante tempérée [28]. Seul 25% des parents définissaient la fièvre comme température supérieure à 38°C, ce chiffre peut s'expliquer par le niveau intellectuel et le milieu démographique, dont 40,1% des parents ne définissaient la fièvre que de façon subjective. La plupart de ces parents (82,7%) vivaient en milieu rural ou périurbain, et presque 91,7% étaient analphabètes ou avaient un niveau primaire. Par ailleurs même s'il paraît bas, le nombre des parents définissant de façon correcte la fièvre, a augmenté par rapport à 2006 qui était de 18,2% [11].

Les résultats de notre étude sont proches de ceux de la littérature. En 2014 à Rabat, Rkain et al. [13] rapportaient que seulement 3,5 % des parents connaissaient la vraie définition de la fièvre et que 44,4% d'eux confirmaient la fièvre de façon subjective. En Arabie Saoudite, l'étude d'Abubaker et al. [22] faite en 2014 a montré que seulement 38,4% des parents connaissent cette définition. Une étude réalisée en France en 2012 [16] avait révélé que le seuil de la fièvre à 38°C avait été reconnu uniquement dans 59,5% des cas, et environ 9,5% des parents définissaient la fièvre avec des températures inférieures à 38°C. Dans un autre travail en 2014, Athamneh et al. [19] avaient découvert que 10% des parents croyaient que 38 ou 39°C était la température normale du corps,

alors que 14% considéraient un enfant avec une température de 36 ou 37°C comme févreux. L'étude d'Elkon et al. [20] en 2017 a montré que 16% des parents considéraient comme fièvre, une température inférieure à 38°C et que seulement 45% définissaient son seuil à 38°C. En 2016, selon Lesoin et al. [29], la fièvre a été définie par une température inférieure à 38°C par 26,3% des parents et seulement 47,4% avaient la bonne réponse.

La perception et la prise en charge initiale de la fièvre par les parents dépend de plusieurs facteurs, à savoir les niveaux sociodémographiques, intellectuels et socioéconomiques.

D'autres études ont montré un haut niveau de connaissances. En 2014, De Bont et al. [30] (Pays-Bas) a affirmé que plus de 88% des parents considéraient la fièvre comme une température supérieure à 38°C. A cela, se joint l'étude de Zyoud et al. [31] en Palestine dont 78,3% des parents confirmaient cette définition.

Tableau II : Définition de la fièvre selon les parents dans les différentes études

Définition de la fièvre	Température > 38° C
Hiddou (Maroc,2007) [11]	18,5%
Selliet-joliot (France,2012) [16]	59,5%
Zyoud (Palestine,2013) [31]	78,3%
Elbur (Arabie Saoudite,2014) [22]	38%
De Bont (Pays-bas,2014) [30]	88%
Rkain (Maroc,2014) [13]	3,5%
Lesoin (France,2016) [29]	47,4%
Elkon (Israel,2017) [20]	45%
Notre étude (Maroc,2018)	25%

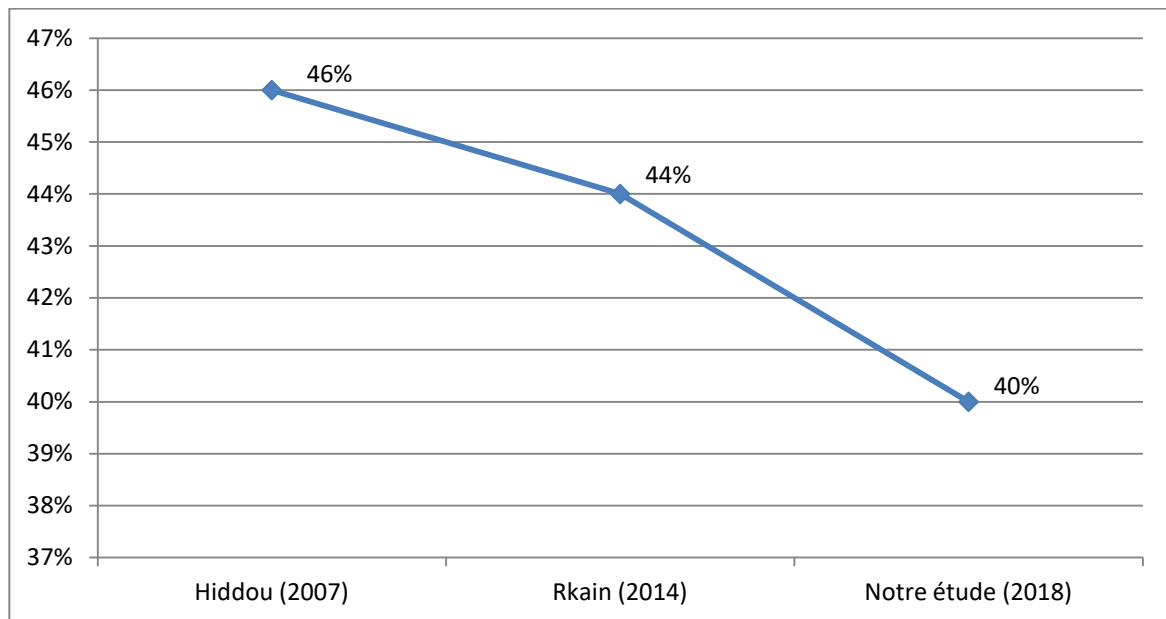


Figure 21 : Evolution du taux de parents définissant la fièvre de façon subjective selon les séries marocaines

2. Utilité et danger de la fièvre

Le rôle de la fièvre est essentiellement de lutter contre les infections. En effet, l'augmentation de la température va bloquer la prolifération de nombreux pathogènes et en tuer certains. La fièvre va également diminuer les concentrations d'éléments nécessaires à la prolifération des bactéries comme le zinc, le cuivre ou le fer [32].

Il ne faut pas confondre fièvre et hyperthermie. En effet, l'hyperthermie correspond au dépassement des mécanismes thermorégulateurs (environnement très chaud, effort physique intense...) et la température corporelle ne peut pas être maintenue à 37 °C [33].

La constatation d'une fièvre chez l'enfant doit conduire à la recherche de sa cause mais aussi de ses signes de gravité [34].

Ces signes sont :

- Des troubles du comportement ou de la vigilance.
- Des troubles hémodynamiques.

- Des troubles ventilatoires.
- Des modifications cutanées ; pâleur, marbrure, purpura ecchymotique ou nécrotique.

Toute fièvre chez un nourrisson de moins d'un mois doit être considérée, jusqu'à preuve du contraire, comme une infection materno-fœtale [34]

Les complications sont rares :

- Déshydratation.
- Convulsions hyperthermiques.
- Hyperthermie majeure : tableau rare, surtout chez le petit nourrisson : choc, température à 41°C ou plus, syndrome hémorragique avec parfois atteinte pluriviscérale. Le pronostic vital est mis en jeu [34].

Dans notre contexte, l'étude faite en 2007 [11] a montré que tous les parents décrivaient la fièvre comme dangereuse. Les justifications avancées étaient le risque d'handicap (56,6%), risque de décès (29,5%), l'atteinte cérébrale (26,8%) et le risque de convulsion (8,5%). Ces chiffres n'ont pas évolué depuis 2007, puisque dans notre étude, les parents interrogés ont tous affirmé que la fièvre était dangereuse pour leurs enfants. L'atteinte neurologique, généralement décrite par l'handicap et l'atteinte visuelle, était l'essentielle crainte des parents (65,1%), suivie par le décès puisque 39% des parents craignaient pour la vie de leurs enfants fébriles.

D'après son étude, Schmidt [3] a déclaré que les dangers principaux de la fièvre selon les parents étaient les convulsions fébriles (48%), l'atteinte du système nerveux central (27%) et le décès (11%).

L'étude réalisée par Zyoud et al. [31] en Palestine a démontré que l'atteinte du système nerveux central (dommages cérébraux et perte de connaissance) était déclarée par 52% des parents comme effet néfaste de la fièvre suivie de la déshydratation (15,7%).

Dans l'étude d'Abubaker et al.[22], 47,7% des parents croyaient que la fièvre provoquait le délire, 35,3% les convulsions, 25% la déshydratation, 11% le coma et 2,6% le décès.

L'étude effectuée par Rkain et al. [13] à Rabat, a démontré que la fièvre était une condition très sérieuse pour les parents, elle pourrait entraîner des effets secondaires tels que les lésions cérébrales (28,9%), les convulsions(18,8%), la paralysie (19,5%), les difficultés respiratoires (14,8%) et le coma (14,8%).

Tableau III : Complications de la fièvre selon les parents des différentes études

Complications de la fièvre selon les parents	Hiddou (2007)[11]	Schmidt (1980)[3]	Zyoud (2013) [31]	Elbur (2014) [22]	Rkain (2014) [13]	Notre étude (2018)
Atteinte du SNC	26,8%	27%	52%	11%	28,9%	65,1%
Convulsion fébrile	8,5%	48%	4%	35,3%	18,8%	-
Déshydratation	-	-	15,7%	25%	-	13,6%
Atteinte rénale	-	-	14,2%	-	-	10,2%
Difficultés respiratoires	-	-	-	-	14,8%	-
Décès	29,5%	41%	-	-	-	39,1%

3. Méthodes de mesure de la fièvre :

Le thermomètre rectal électronique reste actuellement la méthode de référence de mesure de la température. Cette méthode a fait ses preuves dans beaucoup études [35-42].

Dans notre étude, nous étions loin de ces recommandations car la prise de température axillaire était la plus utilisée par les parents (37,8%), suivie par la voie rectale (26,8%). Ceci était expliqué par les parents par le risque traumatique de la voie rectale qui est considérée comme non hygiénique, provoque une gêne chez le préadolescent et l'adolescent, et pourrait même causer une perforation anale chez l'enfant en période néonatale. La méthode subjective avec main au front était toujours présente dans notre contexte puisque 40% des parents n'utilisaient pas de thermomètre pour la mesure de la température. Par contre, ces chiffres sont en amélioration par rapport aux résultats de l'étude de 2007 qui a montré que 50% des parents utilisaient la méthode de palpation à la place du thermomètre.



Figure 22 : Thermomètre électronique, le plus utilisé pour mesurer la température

L'étude de Polat [15] en Turquie avait montré que le site de mesure préféré des parents était la voie axillaire (57,3%) suivi par la voie auriculaire (19,1%). La voie de référence (rectale) n'était utilisée que par 0,4% des parents et 15,5% identifiaient la fièvre de façon subjective.

L'étude de Poirier aux Etats unis [43], a signalé que près de 60% des parents prenaient la température par voie buccale et juste 7,4% l'identifiait par palpation.

Le choix du site de mesure de la température corporelle est donc important et sa technique doit être bien maîtrisée, afin d'obtenir une valeur fiable sur laquelle on pourra se baser pour une bonne prise en charge de l'enfant. Ce choix dépend donc de plusieurs facteurs comme l'âge de l'enfant, le niveau intellectuel des parents et la possession ou non d'un thermomètre [44].

Tableau IV: Voies d'utilisation du thermomètre par les parents dans les différentes études

	Voie buccale	Voie axillaire	Voie auriculaire	Voie rectale	Subjective
Polat[15]	-	57,3%	19,1%	0,4%	15,5%
Poirier[43]	60%	-	-	-	7,4%
Hiddou[11]	-	5,7%	-	43,8%	50,5%
De Bont[30]	1,1%	1,4%	17,4%	76,6%	64,2%
Notre étude	7%	37,8%	2,7%	26,8%	40,1%

En pratique quotidienne, certaines méthodes de dépistage, moins précises, sont intéressantes parce qu'elles évitent le stress, voire les traumatismes, que peut entraîner la prise de température rectale ; on peut ainsi utiliser les bandeaux à cristaux liquides à mettre sur le front, le thermomètre électronique par voie buccale ou axillaire (qui nécessite des temps de prise plus longs et a l'inconvénient d'une sous-estimation fréquente) et le thermomètre à infrarouge, généralement utilisé par voie auriculaire, qui présente l'avantage d'un temps de prise très rapide (une seconde) [45,46].



Figure 23 : Thermomètre à infrarouge

IV. Prise en charge parentale de la fièvre de l'enfant :

1. Conduite immédiate :

Le recours fréquent aux services hospitaliers et aux services des urgences par les parents en cas de fièvre avait été rapporté dans la littérature [1,17]. Cela constitue la conséquence de leur inquiétude exagérée et de leur préoccupation de l'état de santé de l'enfant. Cela peut être

expliqué par leur incapacité à gérer la fièvre à domicile du fait de leur niveau d'instruction bas, tout en sachant que le niveau d'instruction ne peut pas tout expliquer. D'autres facteurs, comme l'accessibilité aux soins de santé et l'inefficacité partielle des programmes d'informations et d'éducation parentale en matière de la santé infantile, peuvent jouer aussi un rôle important. La majorité des parents de notre échantillon étaient d'origine urbaine (55%) ou périurbaine où les soins de santé sont relativement disponibles, la question de l'accessibilité aux soins n'était pas un facteur influençant sur le choix des parents.

Les recommandations stipulent, qu'en cas de fièvre bénigne, la consultation n'est pas justifiée dans les 24 premières heures [5] sauf en cas de signe de gravité ; pourtant la fièvre est le motif de recours principal des parents en urgences pédiatriques [1]. Dans notre étude, la majorité des parents (45,6%) traitaient eux même la fièvre de leurs enfants sans avoir recours à une unité de soins. Cela peut s'expliquer par leur niveau socio-économique. Puisque 86% avaient un niveau moyen ou défavorable donc préfèrent minimiser les dépenses médicales. Presque 31,3% des parents consultaient après traitement à domicile et échec du traitement entrepris alors que 23% consultaient en urgence par manque d'information concernant la définition de la fièvre, ses méthodes de mesure, ses signes de gravité et sa prise en charge. Notre étude montre que l'évolution des connaissances dans ce domaine reste relativement figée et perfectible par rapport à l'étude de 2007.

Dans l'étude menée par Elkon et al. [20] en 2017, 31% des parents avançaient qu'ils donneraient des antipyrétiques à un enfant d'apparence confortable avec une température de 38°C, et 10% administraient des antipyrétiques à un enfant d'apparence confortable dont la température se situerait entre 37,4 et 37,8 °C et 25% des parents estimaient qu'un enfant fébrile devrait toujours être examiné par un médecin.

En Irlande, Kelly et al. [23] en 2017 a trouvé qu'une forte proportion de parents (69,8%) a visité le médecin généraliste à cause de la fièvre chez leurs enfants. Parmi les raisons les plus courantes des consultations étaient une fièvre qui a duré plus de 3 jours et une fièvre accompagnée d'une éruption cutanée. Plus de la moitié des parents (51,6%) avaient visité un

médecin généraliste en dehors des heures de travail. Les principales attentes des parents lorsqu'ils consultaient, étaient un examen clinique chez 72,2% des parents, obtenir des conseils sur les signes de gravité (9,4%), être rassurés (5,4%), la prescription d'antibiotiques (2,9%) et d'antipyrétiques (2,3%).

De Bont et al. [30] dans son étude, montrent que la plupart des parents ont visité leur propre médecin ou une clinique en dehors des heures de travail lors d'un épisode de fièvre, et 91,4% ont indiqué qu'ils traitaient généralement leur enfant avec des antipyrétiques. Plus de la moitié des parents (53,6%) ont priorisé un examen physique comme le plus important aspect de la consultation, alors qu'obtenir une prescription (antibiotiques ou antipyrétiques) a été considéré moins importante.

L'analyse dans l'étude d'Enarson et al. [9] au Canada a montré que les parents, les plus jeunes et ceux ayant les plus jeunes enfants, étaient plus susceptibles d'appeler un médecin ou une infirmière que les parents avec plus d'enfants.

Tableau V : Attitudes des parents face à la fièvre de l'enfant dans les différentes études

Attitude des parents face à la fièvre	Automédication	Consultation après traitement à domicile	Consultation en urgence
Hiddou (2007)[11]	84,8%	2,7%	12,5%
Zyoud (2013)[31]	8,5%	36,3%	2,2%
De Bont (2014)[30]	91,4%	-	-
Elkon (2017)[20]	31%	-	25%
Kelly (2017)[17]	-	69,8%	-
Notre étude (2018)	45,6%	31,3%	23,1%

2. Antipyrétiques utilisés par les parents :

Quatre médicaments peuvent être utilisés en pédiatrie pour lutter contre la fièvre :

- Le paracétamol.
- L'ibuprofène.
- Le kétoprofène.
- L'aspirine.

La Société Française de Pédiatrie et l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament en France préconisent l'utilisation du paracétamol en monothérapie [28,47]. D'autres études partagent cette recommandation [48].

En effet les autres traitements peuvent provoquer des effets indésirables graves. Ainsi, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) peuvent provoquer :

- des insuffisances rénales aiguës surtout dans un contexte de déshydratation [28,49-51],
- des infections graves des tissus mous (abcès, fasciites nécrosantes) lors d'infection par le virus de la varicelle [52]. Ces complications sont exceptionnelles et peuvent également apparaître sans utilisation d'AINS lors d'une infection par le virus de la varicelle. Cependant, la gravité des complications imposent la prudence [5,28,53].
- des complications digestives : hémorragies digestives ou ulcérations gastroduodénales [54].
- des complications immuno-allergiques (syndrome de Stevens-Johnson, syndrome de Lyell), hématologiques (anémie hémolytique, neutropénie) [28].

L'aspirine partage les risques digestifs, allergiques et rénaux [49]. Mais ce traitement est également impliqué dans :

- le syndrome de Reye : atteinte cérébrale et hépatique après l'utilisation d'aspirine dans un contexte d'infection virale. Ce syndrome est rare mais souvent mortel [28,55].
- un allongement du temps de saignement du fait d'une inhibition réversible de la cyclo-oxygénase plaquettaire.
- une toxicité aiguë pour une dose unitaire supérieure à 120 mg/kg, entraînant des signes respiratoires (hyperpnée), des troubles métaboliques (acidose), des troubles neurologiques et digestifs.

Le paracétamol présente comme effets indésirables:

- l'atteinte hépatique : en cas de prise massive (plus de 150 mg/kg chez l'enfant) ou en cas de prise supra-thérapeutique de façon répétée [56,57].

- une réaction allergique.
- une thrombopénie et neutropénie, exceptionnellement [28,58].

Les professionnels de la santé recommandaient souvent un traitement pour les enfants atteints de fièvre qui combine ou alterne paracétamol et ibuprofène [48,59]. Cependant, les lignes directrices recommandent que le paracétamol et l'ibuprofène ne doit pas être utilisé ensemble [60].

Dans notre étude, le paracétamol était de loin (69,2%) la molécule la plus utilisée par les parents comme antipyrétique, suivie par l'ibuprofène (23,2%). La fréquence respectée par la majorité des parents (38%) était une dose d'antipyrétique toute les 6h. La voie rectale était largement la plus utilisée (70%).

L'aspirine était largement utilisée par les parents en 2007 [11] (25,5%). Ce chiffre a baissé puisque en 2018 seul 7,5% des parents l'ont utilisé. Ce chiffre, même s'il paraît bas, reste considérable vu les effets potentiellement graves de l'aspirine. Cela s'explique par le manque d'information des parents concernant les risques des antipyrétiques.

Ces données concordent avec celles rencontrées dans la littérature, puisque Rkain et al. [13] en 2014 ont noté que le paracétamol était largement utilisé (85,9%) par voie rectale (64,2%). Ce choix des parents peut être expliqué par le fait que la voie rectale était plus facile pour l'administration des médicaments aux enfants souvent agités ou bien affaiblis par la fièvre, ce qui rend l'administration par voie orale souvent difficile [61].

Kelly et al. [23] en 2016 confirment que les principaux produits pharmaceutiques utilisés étaient le paracétamol et l'ibuprofène. Selon les parents, ces médicaments diminuent les températures élevées. La principale raison de choisir un antipyrétique particulier était liée à l'attitude de l'enfant et sa préférence. Certains parents croyaient que l'ibuprofène était plus efficace que le paracétamol pour réduire une température élevée. Il y avait preuve que certains parents alternaient les antipyrétiques, ils croyaient que cette pratique diminue les températures élevées plus efficacement que l'utilisation d'un seul antipyrétique.

Richardson et al. [62] dans leur étude comparative, affirme que le paracétamol et l'ibuprofène sont tous les deux les médicaments les plus utilisés pour le traitement de la fièvre [63]. Ils ont

montré que l'ibuprofène produit une réduction de la température du corps légèrement plus importante que le paracétamol. L'effet de l'ibuprofène semble également durer plus longtemps. De plus, l'effet sur la température du corps était le seul résultat rapporté dans la plupart des études. Les données sur l'effet sur les symptômes associés à la fièvre, tels que l'inconfort, sont rares. Nous n'avons trouvé qu'une seule étude comparative à la limite de notre recherche qui a confirmé une similitude de l'effet du paracétamol et de l'ibuprofène contre de tels symptômes [64].

Dans l'étude réalisée par Sahm et al. [65] en 2015, les parents avaient connaissance des effets secondaires possibles des médicaments, y compris les antipyrétiques [66]. Le statut en vente libre du paracétamol n'a pas encouragé l'utilisation libérale de cette molécule. Cela contraste avec les résultats précédents où il y avait une utilisation croissante de ces moyens médicamenteux [67-70].

Tableau VI : Molécules utilisées par les parents contre la fièvre selon les différentes études

Molécules utilisées par les parents	Paracétamol	Ibuprofène	Aspirine
Hiddou (2007)[11]	71,7%	2,8%	25,5%
Rkain (2014)[13]	85,9%	5,2%	8,9%
VierineNzame (2014)[71]	65,1%	11,1%	-
Selliet-Joliot (2015)[16]	91,5%	64%	16%
Lesoin (2016)[29]	86%	1%	-
Notre série (2018)	69,2%	23,2%	7,5%

3. Moyens physiques utilisés par les parents :

Les moyens physiques utilisés contre la fièvre reproduisent les échanges physiques naturels de notre organisme avec le milieu extérieur [34] :

- la radiation (rayonnement) : permise par le déshabillage,
- la conduction : prise de boissons fraîches, poches de glace, bains frais,
- l'évaporation : brumisation, mouillage,
- la convection : l'utilisation d'un ventilateur ou l'aération potentialise l'effet du mouillage ou du déshabillage.

L'efficacité de ces méthodes est controversée. En effet, le but étant d'améliorer le confort de l'enfant, certains moyens au contraire augmenteraient l'inconfort (frissons, chair de poule...) [72]. C'est le cas du bain frais, qui diminue trop rapidement la température centrale et produit un inconfort, de même pour le déshabillage lorsque la température est en phase ascendante [73].

Au total, trois mesures simples, en association au traitement médicamenteux, sont à privilégier [5]:

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

Dans notre étude, 61,9% des parents utilisaient des moyens physiques associés au traitement médicamenteux pour baisser la température de leur enfant. Nos chiffres n'ont pas répondu aux attentes puisque l'utilisation d'une serviette mouillée sur le front était la méthode la plus utilisée par les parents (33,4%).

Nos résultats concordent avec ceux de l'étude faite à Libreville au Gabon [71], laquelle montre que les moyens physiques cités étaient, entre autres, l'application d'une serviette froide sur le front (83,7%) ou l'hydratation (7%).

Par contre, en Turquie, 66,8% des parents se sont assurés que l'enfant fébrile avait une boisson à boire [74]. A Rabat, les parents sollicités par Rkain et al. [13] ont utilisé généralement un bain pour la diminution de température (46,8%), d'autres moyens étaient aussi utilisés comme le déshabillage (21,1%), la serviette mouillée (16,4%) et l'hydratation (15,8%).

En 2015, Selliet-Joliot et al. [16] dans une étude comparative entre deux travaux effectués en 2006 et 2012, a montré que moins de 2 % des parents n'ont cité que les trois mesures physiques recommandées par l'AFSSAPS dans les deux travaux. En revanche, en 2012, ils ont été 88% à n'avoir cité aucune mesure inadaptée (susceptible d'aggraver l'inconfort

thermique de l'enfant). Le bain restait la première méthode mentionnée à 91,9% en 2006 et 71,9% en 2012.

« Déshabiller l'enfant » était quasiment aussi souvent cité mais n'avait enregistré qu'une faible progression depuis 2006. L'hydratation (28,4%) et la baisse de la température ambiante (6,8%) restaient peu citées, loin derrière les applications rafraîchissantes et étaient même moins représentées en 2012. En général, une concordance élevée avec les recommandations était associée au niveau d'éducation élevé des parents [75].

Tableau VII : Méthodes physiques utilisées par les parents selon les différentes études

Méthodes physiques utilisées par les parents	Serviette mouillée sur le front	Bain	Hydratation	Déshabillage de l'enfant	Aération de la pièce
Hiddou (2007) [11]	47,3%	12%	14,7%	7%	-
VierineNzame (2014)[71]	83,7%	-	7%	-	-
Cinar (2014)[74]	-	-	66,8%	-	-
Rkain (2014)[13]	16,4%	46%	15,8%	21,1%	-
Selliet-Joliot (2015)[16]	-	71,9%	28,4%	-	6,8%
Notre étude (2018)	33,4%	15,4%	6%	9,1%	-

4. Moyens traditionnels utilisés par les parents :

L'utilisation de moyens traditionnels n'a pas prouvé son efficacité contre la fièvre de l'enfant. Le Centre antipoison et de pharmacovigilance du Maroc (CAPM) met d'ailleurs en garde les citoyens contre l'utilisation de M'khinza ou ansérine vermifuge. Le centre avait émis une alerte après avoir reçu plusieurs déclarations d'effets indésirables et graves suite à l'usage de cette plante herbacée. Les effets indésirables rapportés ont été digestifs (vomissement, douleurs épigastriques), cardio-vasculaires (tachycardie), neurologiques (céphalées, convulsions voire coma), rénaux (insuffisance rénale aiguë), hémorragiques et cutanés (prurit, purpura).

Quant au principal danger de cette plante, le CAPM relève que le principe actif de M'khinza est une huile essentielle qui contient de l'ascaridol, de l'aritasone, de la L-pinocarvone

et des carbures terpéniques. Sa toxicité serait en relation avec la dose utilisée car la dose toxique est très proche de la dose supposée efficace.



Figure 24 : Ansérine vermifuge (M'khinza)

Cette plante est très consommée par les Marocains. Elle est utilisée au Maroc en tant que vermifuge, galactogène contre les affections gastro-intestinales, la typhoïde, la dysenterie, les abcès buccaux, les ulcérations. A ce sujet, le CAPM ne manque pas de préciser que c'est souvent la partie aérienne de M'khinza qui est utilisée contre la fièvre en cataplasmes sur le front et les tempes du patient. Celle-ci peut également être ingérée sous forme d'une infusion ou d'une décoction. Dans d'autres pays, on l'utilise pour soulager les coliques et les maux d'estomac. Grâce à son action antispasmodique, l'ansérine est employée dans le traitement des toux spasmodiques et de l'asthme. Elle peut également servir en usage externe. Le jus extrait de la plante entière est appliqué en compresse sur les hémorroïdes.

Quant aux bienfaits de cette plante, le CAPM tient à signaler que ces propriétés restent non fondées sur le plan scientifique. Le centre recommande de ne pas utiliser cette plante chez l'enfant. Pour leur part, les cliniciens doivent évoquer la possibilité d'ingestion de M'khinza devant les effets indésirables [76].

Rares sont les études exploitant ce paramètre. Les études rencontrées étaient réalisées dans des pays en voie de développement où le niveau socioéconomique et intellectuel est bas et la source d'information reste insuffisante.

L'étude de Rkain et al. [13] à Rabat, mentionnait que 31,3% des parents utilisaient M'khinza, 45% l'eau de rose, 16% le vinaigre et 7,6% le citron.

Au Mali, les mères utilisent un massage au beurre de karité (12,2%) comme moyen traditionnel contre la fièvre [77].

Dans une étude réalisée en Tunisie, Yacoub et al. [78] ont signalé que les mères des enfants fébriles utilisaient fréquemment l'eau de fleur d'oranger et d'autres substances non médicamenteuses dans le traitement de la fièvre.

Dans notre étude, plus de la moitié des parents (52,4%) utilisait un traitement traditionnel contre la fièvre. La plante médicinale Ansérine vermifuge connue dans notre contexte sous le nom de M'khinza était utilisée chez un nombre important des parents (45,9%). D'autres moyens étaient utilisés comme le citron (31,2%), le vinaigre traditionnel (17%) et l'eau de rose (12,1%). Cette large utilisation de ces moyens peut s'expliquer par le manque d'informations concernant leurs dangers et effets secondaires et le niveau intellectuel (87,6% étaient analphabètes ou avaient un niveau primaire) et socioéconomique des parents (66,7% avaient un niveau socioéconomique défavorable).

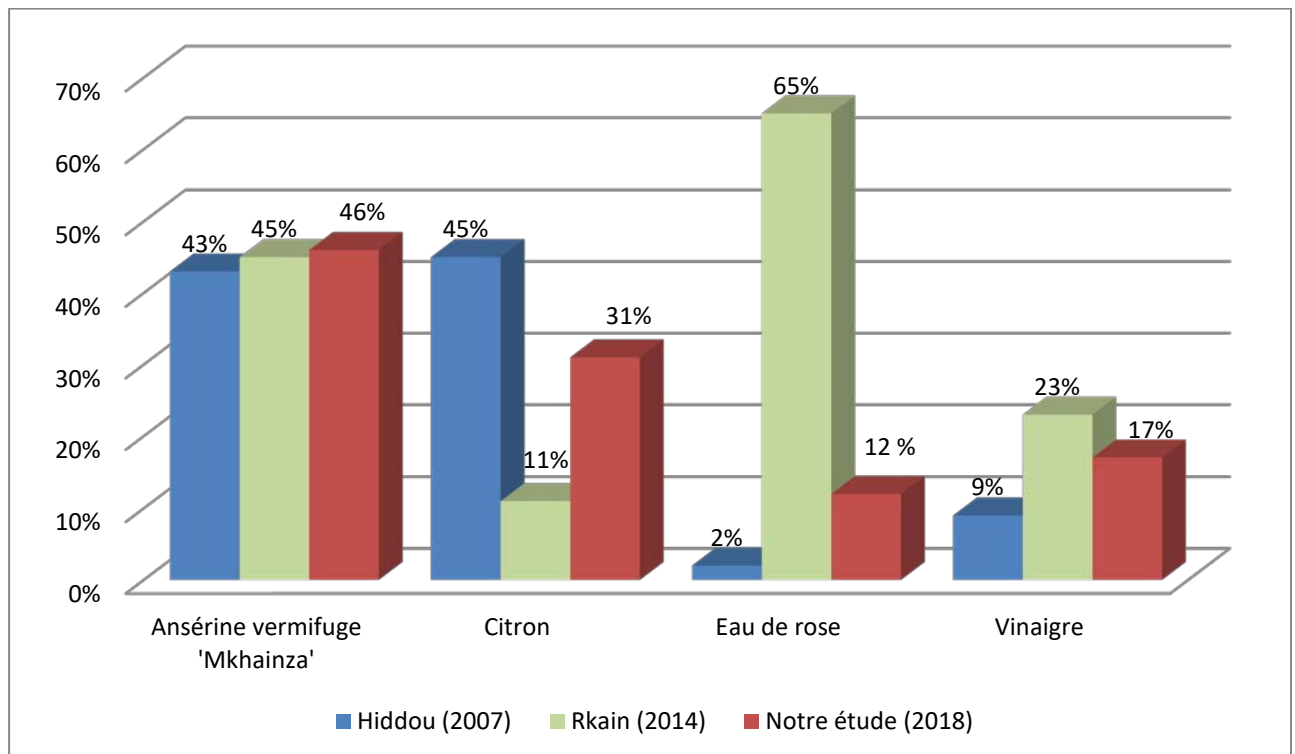


Figure 22 : Traitements traditionnels utilisés par les parents dans les séries marocaines

V. Sources d'informations et l'éducation des parents :

Les parents disposent de plusieurs moyens d'information : professionnels de santé, médias (Télévision et Radio) et internet. Les infirmiers et médecins, pédiatres ou généralistes, restent la principale source d'information des parents, leur font confiance et constituent leur modèle en matière de thérapeutique. Ce sont des interlocuteurs privilégiés dont le rôle est essentiel. Il est donc primordial que les professionnels de santé informent régulièrement les parents à chaque étape de la maternité et aux consultations de suivi de l'enfant. Les discours et pratiques médicales doivent absolument être harmonisés afin de ne pas générer de confusion. Enfin, les messages des soins transmis par les acteurs de santé primaires devraient être également relayés par les autres professionnels de santé : pharmaciens, infirmiers et puéricultrices notamment. Cette démarche a déjà prouvé son efficacité [79-81].

Seuls 43,3% des parents de notre série avaient reçu une information à propos de la fièvre et sa prise en charge. Les médecins, infirmiers et sages-femmes étaient les principales sources d'information (84%). Ces chiffres concordent avec ceux de Pereira et al. [82] au Portugal, puisque les principales sources d'information étaient le médecin (65,8%) et les infirmières (50,6%).

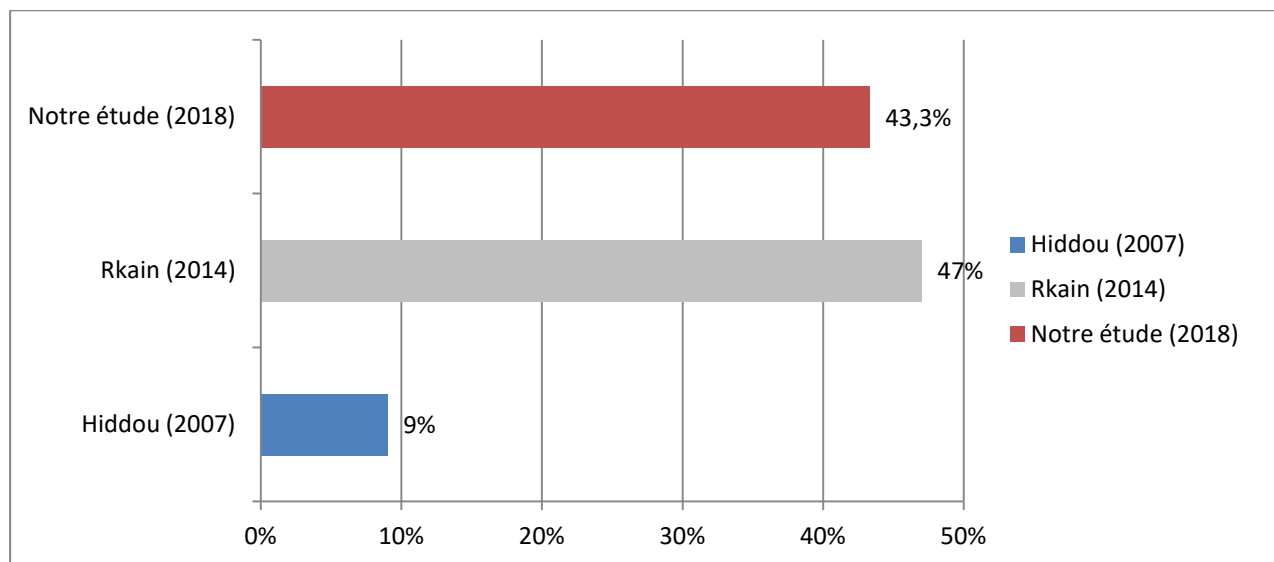


Figure 23 : Evolution du taux de parents ayant reçus des informations sur la fièvre

Tableau VIII : Sources d'information des parents selon les études

Sources d'information concernant la fièvre	Professionnels de santé	Médias (Télé, Radio, Internet)	Famille et amis
Hiddou (2007)[11]	9%	-	-
Rkain (2014)[13]	23,75%	-	16,3%
Selliet-Jeliot (2015)[16]	85,5%	25%	46,4%
Mousavi (2018)[24]	51%	1%	1%
Notre étude (2018)	36,4%	6,3%	6,7%

L'étude de Bertille et al. [83] en 2016 montre l'importance de l'exploitation de nouvelles sources d'information. Les applications mobiles produites pour les smartphones et les tablettes par le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) au Royaume-Unis a montré une forte évolution positive vers l'adaptation des messages de santé, cette approche doit être étendue et plus axée sur les parents.

La majorité des parents concernés par l'étude de Kelly et al. [17] en 2017, avait comme conviction que des informations accessibles et cohérentes étaient nécessaires. Une variété de moyens de transmission de l'information ont été suggérées, y compris les livrets, les applications, les dépliants, des livres ou via le Public Health Nurse. Les parents étaient convaincus que l'information devrait être disponible sous une forme qui pourrait être facilement accessible.

VI. Perspectives :

L'ensemble de ces résultats montre qu'une anxiété majeure des parents persiste face à la fièvre de leurs enfants, malgré les messages générés par les professionnels de santé concernant ce sujet. De plus, l'étude de 2014 de Sellier-Joliot [16] en France, a mis en évidence que les recommandations de l'ANSM de 2005 n'ont pas modifié la prise en charge parentale de l'enfant. Il est probable qu'une campagne de santé publique à grande échelle serait efficace.


Nous proposons en annexe (annexe 2) un dépliant sur la fièvre de l'enfant ayant pour objectif de réduire l'inquiétude des parents. Il reprend de façon synthétique les informations qui aideraient les parents à rester calmes et à savoir réagir face à ce symptôme. Nous avons également repris les possibilités existantes, en dehors des heures ouvertes, pour obtenir un avis médical sans systématiquement consulter aux urgences par consultation d'un centre d'avis médical disponible par téléphone.

Pour être le plus efficace possible et permettre de réduire les passages superflus aux urgences, il faudrait diffuser cette brochure le plus largement possible via par exemple : les salles d'attente des médecins, les pharmacies, les crèches et les écoles. Il est également possible de l'adapter pour l'inclure au carnet de santé, ainsi il sera facilement accessible avant l'épisode de fièvre mais aussi au cours de celui-ci.

Il semble également important de s'intéresser aux médias télévisés et radio en proposant plusieurs petits spots publicitaires comprenant ces informations, comme il a été conçu pour d'autres sujets de santé publique dans notre contexte : cancer du sein et vaccination par exemple. Ces moyens ont la possibilité d'atteindre tous les niveaux intellectuels voir même les parents analphabètes. Ces dernières campagnes ont utilisé des spots d'allure ludique avec des slogans accrocheurs. En Australie, d'autres spots notamment sur la lombalgie ont été réalisés à l'aide de personnalités célèbres et un ton parfois humoristique. La population semble bien réagir à ces spots, ce type de communication pourrait permettre de rasséréner les parents encas de fièvre [84]. Cela nous conforte qu'une campagne de santé publique explicitant les alternatives pourrait diminuer le nombre de recours aux urgences.



CONCLUSION



L'attitude parentale face à la fièvre de l'enfant dans notre contexte témoigne, comme dans les autres études concernant ce sujet, de la persistance d'une anxiété majeure des parents face à ce symptôme.

Les données scientifiques sont pourtant récentes, nombreuses et rassurantes sur la fièvre. Les recommandations, si elles sont respectées, devraient permettre une diminution de la fréquentation des urgences pour ce motif.

Ce travail a permis de mettre en évidence les lacunes à propos des connaissances, des attitudes, des pratiques et de la peur persistante des parents en matière de fièvre de l'enfant.

L'amélioration de l'accès aux soins de santé primaire et la couverture médicale peuvent améliorer la prise en charge des enfants fébriles. La généralisation et la vulgarisation des connaissances par une campagne de santé publique d'information et d'éducation sur la fièvre semblent toujours nécessaires.

La diffusion de dépliants comme celui élaborés lors de ce travail pourrait permettre une meilleure connaissance de ce symptôme et une réduction des consultations inappropriées dans les services d'urgences.



ANNEXES



Annexe 1 :

Le questionnaire

A – Qui va répondre ?

La mère

Le père

Les deux parents

B – Age des parents ?

Le père :ans

La mère :ans

C – Niveau d'instruction ?

Le père : Instruit

analphabète

– Si instruit, à quel niveau : Primaire secondaire études supérieures

La mère : Instruite

analphabète

– Si instruite, à quel niveau : Primaire secondaire études supérieures

D – Milieu de la vie ?

Rural

périurbain

urbain

E – Profession des parents ?

Le père :

La mère :

F – Niveau socio-économique ?

Favorable

moyen

défavorable

G – Le nombre d'enfants dans la famille ?

1

2

3

4

plus de 5

H – Comment définissez-vous la fièvre ?

>37

>38

>39

>40

Subjective

I – La fièvre peut être utile ?

Oui

Non

Si oui, Pourquoi:.....

J – La fièvre peut être dangereuse ?

Oui

Non

Si oui pourquoi ? Atteinte neurologique Déshydratation Atteinte rénale
Décès

Autre à préciser :.....

K – Avez-vous un thermomètre à la maison ?

Oui

Non

L – Si oui quel type de thermomètre ?

Thermomètre à mercure

thermomètre électronique

M – Comment authentifiez-vous la fièvre ?

Manière Subjective

manière objective

N – Savez-vous utiliser un thermomètre ?

Oui

Non

O – Comment mesurez-vous la température ?

Par voie rectale axillaire auriculaire orale

Autre (à préciser)

P – Savez-vous lire un thermomètre ?

Oui

Non

Q – Si vous jugez que votre enfant est fébrile, que faites-vous ?

Consulter en urgence Le traiter vous-même

Consulter après traitement à domicile

- Si vous le traitez vous-même, Comment vous le traitez ?

▷ Par médicament : oui non

Quelle molécule : Paracétamol Acide salicylique Ibuprofène

Mode d'administration : Rectal Oral

Fréquence quotidienne d'administration : 3fois/j 4fois/j 5fois/j 6fois/j Plus

▷ Par moyen physique : oui non

Serviette mouillée boisson fraîche bain frais déshabillage

autre :.....

Avez-vous déjà utilisé un traitement traditionnel ?

Oui Non

Quel type de traitement traditionnel ?

Mkhainza citron eau de rose vinaigre

Autres (à préciser) :

R - Pourquoi traitez-vous la fièvre ?

S - Quand jugez-vous qu'une consultation médicale est nécessaire ?

Echec de traitement fièvre très élevée Complications (neurologique, cutanée...)
toujours nécessaire autre :.....

T - Avez-vous déjà reçu des conseils concernant la fièvre et sa prise en charge ?

Oui Non

Si oui par qui : Professionnels de santé Média (internet, Tv, Radio...) Famille

Annexe 2 :

Fiche explicative destinée aux parents :

La fièvre est une élévation de la température corporelle au-dessus de 38°C (chez un enfant n'ayant pas fait d'effort physique, couvert normalement).

Il s'agit d'un symptôme fréquent et le plus souvent bénin.

La température mesurée grâce à un thermomètre rectal est la plus fiable.

La fièvre est un moyen de défense de l'organisme pour se défendre contre une infection, le but de son traitement est de diminuer l'inconfort de votre enfant.

Ce qui doit vous inquiéter en cas de fièvre

- des troubles du comportement ou de la vigilance (enfant endormi, ne jouant plus, moins réactif),
- des difficultés respiratoires,
- l'apparition d'une pâleur ou d'un purpura (tache rouge ne disparaissant pas lorsque l'on appuie dessus) ; ceci constitue une urgence qui nécessite une consultation immédiate.
- la déshydratation.

La fièvre avant l'âge de 3 mois doit mener systématiquement à une consultation médicale.

Ce que vous pouvez faire face à la fièvre de votre enfant pour améliorer son confort

1) Application de mesures simples :

- ne pas trop couvrir votre enfant
- ne pas lui donner de bain dans le but de diminuer sa température
- aérer la pièce
- lui proposer à boire régulièrement

2) Administration d'un traitement :

- Avant de donner un médicament vérifier toujours si votre enfant n'a pas déjà reçu le même sous un autre nom ou une autre forme.
- Le traitement médicamenteux est recommandé à partir de 38,5°C chez les enfants âgés de 3 mois à 15 ans.
- La molécule recommandée est le paracétamol, à la posologie de 15 mg par kilo. Une dose peut être administrée toutes les 6 heures.
- L'aspirine et les anti-inflammatoires non stéroïdiens ne doivent pas être utilisés en premier recours en raison d'effets indésirables potentiellement graves.



RÉSUMÉS



RÉSUMÉ

La fièvre est un motif fréquent de consultation pédiatrique. Les parents ont souvent des perceptions erronées concernant la fièvre chez l'enfant, et les informations sur la prise en charge des enfants fébriles à domicile sont rares au Maroc. Dans la présente étude évaluant les perceptions, les connaissances et les pratiques des familles au sujet de la fièvre chez l'enfant, 1500 parents d'enfant âgés de 0 à 15 ans ont été interrogés au sein du service d'urgence pédiatrique du Centre Hospitalier Universitaire Mohamed VI de Marrakech. Seuls 25 % des parents connaissaient le seuil de température exacte définissant un état fébrile et 40,1 % déterminaient la fièvre de leur enfant de façon subjective sans l'aide d'un thermomètre, de préférence par voie axillaire. Tous les parents considéraient que la fièvre était une affection très grave qui pouvait conduire à des effets secondaires tels que l'atteinte neurologique (65,1%), généralement décrite par l'handicap et l'atteinte visuelle, le décès (39%), la déshydratation (13,6%) et l'atteinte rénale (10,2%). Le paracétamol a été utilisé par 53,2 % des parents et administré généralement par voie rectale. Plus de 61,9 % des parents ont utilisé des moyens physiques contre la fièvre de leurs enfants. Les traitements traditionnels ont été cités par 46,5 % des parents. Cette enquête nous a permis de révéler beaucoup d'insuffisances dans les connaissances, la perception et la prise en charge parentales de la fièvre infantile et l'évolution de celle-ci au fil des années. Les lacunes étaient plus marquées parmi la population de niveaux socio-économique et intellectuel défavorables. Les résultats témoignent, comme les études antérieures, de la persistance d'une anxiété parentale majeure face à la fièvre. Une campagne de santé publique à grande échelle serait intéressante pour rassurer et informer massivement sur les réflexes à avoir en cas de fièvre chez l'enfant. Nous avons proposé un exemple de dépliant pouvant être diffusé.

SUMMARY

Fever is a common reason for pediatric consultation. Parents often have misperceptions about childhood fever, and little information is available about the home management of feverish children in Morocco. In our study of families' perceptions, knowledge and practices about children's fever, 1500 parents of children aged 0–15 years were interviewed in the pediatric emergency department of the University Hospital Center Mohamed VI of Marrakech. Only 25% of parents know the exact temperature definition of fever and 40.1% determine the fever of their child subjectively without using thermometer, preferably by the axillary route. All parents who experienced fever considered that it was a very serious condition, wish could lead to side effects such as neurological impairment (65.1%), usually described by disability and visual impairment, death (39%), dehydration (13.6%) and renal impairment (10.2%). More than 61.9% of parents used physical means against their children's fever. Traditional treatments were cited by 46.5% of parents. This survey allows us to reveal a lot of inadequacies in parental knowledge, perception and attitudes against child fever and its evolution over the years. Gaps were more marked among the population of low socio-economic and intellectual levels. Results, like previous studies, indicate the persistence of major parental anxiety with fever. A public health campaign on a large scale would be interesting to reassure and inform massively about reflexes among child fever. We have provided an example of a leaflet that can be released.

ملخص

الحمى هي سبب شائع لاستشارة طب الأطفال. غالبًا ما يكون لدى الآباء فهم خاطئ حول الحمى لدى الأطفال، كما أن المعلومات المتاحة عن التدبير العلاجي المنزلي للطفل المصاب بالحمى، نادرة في المغرب. وقد استهدفت هذه الدراسة تقييم مفاهيم ومعارف وممارسات الأسر حول الحمى لدى الأطفال، أجريت مقابلات مع 1500 من آباء الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0 و 15 سنة في قسم مستعجلات الأطفال التابع للمستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش. فأتضح أن فقط 25% من الآباء يعرفون التعريف الصحيح لدرجة الحرارة أثناء الحمى ونسبة 40.1% حددت حمى الطفل ذاتيا دون استخدام مقياس الحرارة، وأن الموضع المفضل لقياس درجة الحرارة هو الإبط. وأن جميع الآباء يعتبرون الحمى حالة خطيرة قد تقود إلى تأثيرات جانبية مثل تلف الدماغ (65.1%)، الذي يوصف عادة من قبل الآباء بالإعاقة أو ضعف البصر، الوفاة (39%)، الجفاف (13.6%)، والفشل الكلوي (10.2%). الباراسيتامول إستعمل من طرف 53.2% من الآباء والأمهات، وعادة ما تؤخذ عن طريق الشرج. أكثر من 61.9% من الآباء يستخدمون وسائل جسدية ضد حمى أطفالهم. ذكر 46.5% من الآباء استعمالهم علاجات تقليدية. مكنت لنا هذه الدراسة الكشف عن العديد من أوجه القصور في المعرفة والإدراك وتعامل الوالدين مع حمى الطفل، و تطور هذه المعارف على مر السنين. كانت الفجوات أكثر وضوحًا عند السكان ذوي مستويات اجتماعية واقتصادية وفكرية ضعيفة. تعكس النتائج، كما في الدراسات السابقة، استمرار القلق لدى الوالدين فيما يخص الحمى. حملة صحية واسعة النطاق ستكون ذات فائدة من أجل طمأنة وتوعية الآباء حول ردود الفعل في حالة الإصابة بالحمى لدى الطفل. لقد قدمنا مثالاً لمنشور يمكن توزيعه.



BIBLIOGRAPHIE



1. **Laaraje A, Mekaoui N, Karboubi L, Dakhama Badr Sououd B.**
Consultations aux urgences médicales pédiatriques : qui, pourquoi et comment? À propos de 1000 consultants. Service des urgences médicales pédiatriques, hôpital d'enfants Rabat.
Rev Epidemiol Santé Publique. 2018, 66: S157.
2. **Trajanovska M, Manias E, Cranswick N, Johnston L.**
Parental management of childhood complaints: over-the-counter medicine use and advice-seeking behaviours: Parental management of childhood complaints.
J Clin Nurs. 2010, 19(13-14): 2065-2075.
3. **Schmitt BD.**
Fever Phobia: Misconceptions of Parents About Fevers.
Am J Dis Child. 1980, 134(2): 176-181.
4. **Crocetti M, Moghbeli N, Serwint J.**
Fever phobia revisited: have parental misconceptions about fever changed in 20 years?
Pediatrics. juin 2001;107(6):1241-1246.
5. **ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.**
Le traitement de la fièvre chez l'enfant.
Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Communiques-Communiques-Points-presse/Le-traitement-de-la-fievre-chez-l-enfant>
6. **Chiappini E, Parretti A, Becherucci P, Pierattelli M, Bonsignori F, Galli L, et al.**
Parental and medical knowledge and management of fever in Italian pre-school children.
BMC Pediatrics 2012, 12: 97
7. **Purssell E.**
Fever in children – a concept analysis.
J Clin Nurs. 2014, 23(23-24): 3575-3782.
8. **Purssell E, Collin J.**
Fever phobia: The impact of time and mortality – A systematic review and meta-analysis.
Int J Nurs Stud. 2016; 56: 81-89.
9. **Enarson MC, Ali S, Vandermeer B, Wright RB, Klassen TP, Spiers JA.**
Beliefs and Expectations of Canadian Parents Who Bring Febrile Children for Medical Care.
PEDIATRICS. 2012;130(4):e905-12.
10. **Gunduz S, Usak E, Koksall T, Canbal M.**
Why Fever Phobia Is Still Common?
Iran Red Crescent Med J. 2016, 18(8): e23827.

11. **Hiddou A.**
Enquête sur la Fièvre auprès des Parents.
Thèse de Doctorat, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Cadi Ayyad, Marrakech, 2007.
12. **Aboussad A, Slaoui B, Mahmal A, Dehbi F.**
Prise en charge de la fièvre chez l'enfant enquête auprès des mères.
J Pédiatrie Puériculture. 1997, 10(3): 173-175.
13. **Rkain M, Rkain I, Safi M, Kabiri M, Ahid S, Benjelloun BDS.**
Knowledge and management of fever among Moroccan parents.
East MediterrHealth J. 2014, 20(6): 397-402.
14. **Boivin J-M, Weber F, Fay R, Monin P.**
Prise en charge de la fièvre de l'enfant: les connaissances et pratiques des parents sont-elles satisfaisantes?
Arch Pédiatrie. 2007, 14(4): 322-329.
15. **Polat M, Kara S, Tezer H, Tapısız A, Derinöz O, Dolgun A.**
A current analysis of caregivers' approaches to fever and antipyretic usage.
J Infect Dev Ctries. 2014, 8(3): 365-71.
16. **Sellier-Joliot C, Di Patrizio P, Minary L, Boivin J-M.**
Les recommandations Afssaps de 2005 n'ont pas modifié la prise en charge parentale de la fièvre de l'enfant.
Arch Pédiatrie. 2015, 22(4): 352-359.
17. **Kelly M, Sahn LJ, Shiely F, O'Sullivan R, de Bont EG, Mc Gillicuddy A, et al.**
Parental knowledge, attitudes and beliefs on fever: a cross-sectional study in Ireland.
BMJ Open. 2017, 7(7): e015684.
18. **Martins M, Abecasis F.**
Healthcare professionals approach paediatric fever in significantly different ways and fever phobia is not just limited to parents.
Acta Paediatr. 2016, 105(7): 829-33.
19. **Athamneh L, El-Mughrabi M, Athamneh M, Essien E, Abughosh S.**
Parents' Knowledge, Attitudes and Beliefs of Childhood Fever Management in Jordan: a Cross-Sectional Study.
J Appl Res Child Informing Policy Child Risk. 2014, 5(1): 8.

20. **Elkon–Tamir E, Rimon A, Scolnik D, Glatstein M.**
Fever Phobia as a Reason for Pediatric Emergency Department Visits: Does the Primary Care Physician Make a Difference?
Rambam Maimonides Med J. 2017, 8(1): e0007.
21. **Chang L–C, Lee P–I, Guo N–W, Huang M–C.**
Effectiveness of Simulation–Based Education on Childhood Fever Management by Taiwanese Parents.
Pediatr Neonatol. 2016, 57(6): 467–473.
22. **Elbur A.**
Childhood fever and its management: differences in knowledge and practices between mothers and fathers in Taif; Saudi Arabia.
World J Pharm Res. 2014, 3: 4536–3548.
23. **Kelly M, Sahm LJ, Shiely F, O’Sullivan R, Brenner M, Larkin P, et al.**
The knowledge, attitudes and beliefs of carers (parents, guardians, healthcare practitioners, crèche workers) around fever and febrile illness in children aged 5 years and under: protocol for a qualitative systematic review.
Syst Rev. 2015, 4(1): 27.
24. **Mousavi Dogahe SM, Pasha A, Chehrzad M, Atrkar Roshan Z.**
The effect of education based on the Health Belief Model in mothers about behaviors that prevent febrile seizure in children.
Int J Biomed Public Health. 2018, 1(1): 23–29.
25. **Barbi E, Marzuillo P, Neri E, Naviglio S, Krauss B.**
Fever in Children: Pearls and Pitfalls.
Children. 2017, 4(9): 81.
26. **Silbernagl S, Lang F.**
Atlas de poche de Physiopathologie – Editeur Lavoisier msp, Atlas de Poche, 3^{ème} Edition 2015, ISBN 10 : 2257205952, 448 p.
27. **Burmester G–R, Pezzutto A.**
Atlas de poche d’immunologie – Editeur Lavoisier msp, Atlas de Poche, 2^{ème} Edition 2005, ISBN 10 : 2257160762, 321 p.
28. **Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.**
Mise au Point sur la Prise en Charge de la Fièvre chez l’Enfant ; 2004.
Disponible sur : <http://ansm.sante.fr/S-informer/Communiques-Communiques-Points-presse/Le-traitement-de-la-fievre-chez-l-enfant>

29. **Lesoin L.**
Étude des connaissances et du comportement des parents face à la fièvre de leur enfant.
Thèse de Doctorat, Faculté de Médecine d'Amiens, Université de Picardie Jules Verne, 18 mars 2016.
30. **de Bont EG, Francis NA, Dinant G-J, Cals JW.**
Parents' knowledge, attitudes, and practice in childhood fever: an internet-based survey.
Br J Gen Pract. 2014, 64(618): e10-6.
31. **Zyoud SH, Al-Jabi SW, Sweileh WM, Nabulsi MM, Tubaila MF, Awang R, et al.**
Beliefs and practices regarding childhood fever among parents: a cross-sectional study from Palestine.
BMC Pediatrics. 2013, 13: 66.
32. **Kliegman R, Stanton B, St. Geme J, Schor N.**
Editor: Nelson textbook of pediatrics. 20th Edition.
Philadelphia, PA: Elsevier; 2015. ISBN: 978-1-4557-7566-8, 3888 p.
33. **Barman S, Barrett K, Boitano S, Brooks H, Ganong W.**
Physiologie médicale – Editor: De Boeck, 3rd Edition 2012, ISBN 13: 9782804169022.
34. **Bellaïche M, Viala J, Sanlaville D.**
Pédiatrie – Editor: VernazobresGrego, 8th Edition 2009, ISBN 10 : 2841369633, 690 p.
35. **Batra P, Goyal S.**
Comparison of rectal, axillary, tympanic, and temporal artery thermometry in the pediatric emergency room.
Pediatr Emerg Care. 2013, 29(1): 63-66.
36. **Charafeddine L, Tamim H, Hassouna H, Akel R, Nabulsi M.**
Axillary and rectal thermometry in the newborn: do they agree?
BMC Res Notes. 2014, 7: 584.
37. **Craig JV, Lancaster GA, Williamson PR, Smyth RL.**
Temperature measured at the axilla compared with rectum in children and young people: systematic review.
BMJ. 2000, 320(7243): 1174-1178.
38. **El-Radhi AS.**
Determining fever in children: the search for an ideal thermometer.
Br J Nurs Mark Allen Publ. 2014, 23(2): 91-94.

39. **Li Y-W, Zhou L-S, Li X.**
Accuracy of Tactile Assessment of Fever in Children by Caregivers: A Systematic Review and Meta-analysis.
Indian Pediatr. 2017, 54(3): 215-221.
40. **Allegaert K, Casteels K, van Gorp I, Bogaert G.** Tympanic, infrared skin, and temporal artery scan thermometers compared with rectal measurement in children: a real-life assessment.
Curr Ther Res Clin Exp. 2014, 76: 34-38
41. **Hissink Muller PCE, van Berkel LH, de Beaufort AJ.**
Axillary and rectal temperature measurements poorly agree in newborn infants.
Neonatology. 2008, 94(1): 31-34.
42. **Haddadin RB, Shamo'on HI.**
Study between axillary and rectal temperature measurements in children.
East Mediterr Health J Rev. 2007, 13(5): 1060-1066.
43. **Poirier MP, Collins EP, McGuire E.**
Fever Phobia: A Survey of Caregivers of Children Seen in a Pediatric Emergency Department.
Clin Pediatr. 2010, 49(6): 530-534.
44. **Abdulkadir MB, Johnson WBR, Ibraheem RM.**
Validity and accuracy of maternal tactile assessment for fever in under-five children in North Central Nigeria: a cross-sectional study.
BMJ Open. 2014, 4(10): e005776.
45. **Teller J, Ragazzi M, Simonetti G, Lava S.**
Accuracy of tympanic and forehead thermometers in private paediatric practice.
Acta Paediatr. 2014, 103(2): e80-3.
46. **Teran CG, Torrez-Llanos J, Teran-Miranda TE, Balderrama C, Shah NS, Villarroel P.**
Clinical accuracy of a non-contact infrared skin thermometer in paediatric practice: Infrared skin thermometry.
Child Care Health Dev. 2012, 38(4): 471-476.
47. **Haute Autorité de Santé.**
Prise en charge de la fièvre chez l'enfant.
J Ped Pue. 2017, 30(1): 43-44.

48. **Wong T, Stang AS, Ganshorn H, Hartling L, Maconochie IK, Thomsen AM, et al.**
Combined and alternating paracetamol and ibuprofen therapy for febrile children.
Evid-Based Child Health Cochrane Rev J. 2014, 9(3): 675–729.
49. **Ulinski T, Guignon V, Dunan O, Bensman A.**
Acute renal failure after treatment with non-steroidal anti-inflammatory drugs.
Eur J Pediatr. 2004, 163(3): 148–150.
50. **Misurac JM, Knoderer CA, Leiser JD, Nailescu C, Wilson AC, Andreoli SP.**
Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs Are an Important Cause of Acute Kidney Injury in Children.
J Pediatr. 2013, 162(6): 1153–1159.
51. **Yue Z, Jiang P, Sun H, Wu J.**
Association between an excess risk of acute kidney injury and concomitant use of ibuprofen and acetaminophen in children, retrospective analysis of a spontaneous reporting system.
Eur J Clin Pharmacol. 2014, 70(4): 479–482.
52. **Zerr DM, Alexander ER, Duchin JS, Koutsky LA, Rubens CE.**
A case-control study of necrotizing fasciitis during primary varicella.
Pediatrics. 1999;103(4 Pt 1):783-90.
53. **Louis M-L, Launay F, Guillaume J-M, Sabiani F, Chaumoître K, Retornaz K, et al.**
Dermo-hypodermite nécrosante compliquant la varicelle chez l'enfant sous anti-inflammatoires non stéroïdiens: À propos de 2 cas.
Rev ChirOrthopédiqueRéparatriceAppar Mot. 2006, 92(5): 504–507.
54. **Lesko SM.**
The safety of ibuprofen suspension in children.
Int J Clin Pract Suppl. 2003;(135):50-3.
55. **ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.**
Syndrome de Reye et Aspirine.
Disponible sur : <http://www.ansm.sante.fr/S-informer/Communiqués-Communiqués-Points-presse/Syndrome-de-Reye-et-Aspirine>.
56. **Rajanayagam J, Bishop JR, Lewindon PJ, Evans HM.**
Paracetamol-associated acute liver failure in Australian and New Zealand children: high rate of medication errors.
Arch Dis Child. 2015, 100(1): 77–80.

57. **National Institute for Health and Clinical Excellence.**
Feverish illness in children. Assessment and initial management in children younger than 5 years.
London: NICE, 2007.
58. **Petit manuel de Pharmacovigilance et Pharmacologie clinique.**
Revue prescrire, 2011.
59. **Mistry N, Hudak A.**
Combined and alternating acetaminophen and ibuprofen therapy for febrile children.
Paediatr Child Health. 2014;19(10):531-532.
60. **Fields E, Chard J, Murphy MS, Richardson M, Guideline Development Group and Technical Team.**
Assessment and initial management of feverish illness in children younger than 5 years: summary of updated NICE guidance.
BMJ. 2013;346:f2866.
61. **de Martino M, Chiarugi A.**
Recent Advances in Pediatric Use of Oral Paracetamol in Fever and Pain Management.
Pain Ther. 2015;4(2):149-68.
62. **Richardson M, Pursell E.**
Who's afraid of fever?
Arch Dis Child. 2015, 100(9): 818–820.
63. **National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK).**
Feverish Illness in Children: Assessment and Initial Management in Children Younger Than 5 Years. London: Royal College of Obstetricians & Gynaecologists (UK), 2nd Edition 2013.
Editor: Karen Packham
64. **Hay AD, Costelloe C, Redmond NM, Montgomery AA, Fletcher M, Hollinghurst S, et al.**
Paracetamol plus ibuprofen for the treatment of fever in children (PITCH): randomised controlled trial.
BMJ. 2008, 337: a1302.
65. **Sahm LJ, Kelly M, McCarthy S, O'Sullivan R, Shiely F, Rømsing J.**
Knowledge, attitudes and beliefs of parents regarding fever in children: a Danish interview study.
Acta Paediatr. 2016, 105(1): 69–73

66. **McDougall P, Harrison M.**
Fever and feverish illness in children under five years.
Nurs Stand R Coll Nurs G B 1987. 2014, 28(30): 49–59.
67. **Jensen JF, Tønnesen LL, Söderström M, Thorsen H, Siersma V.**
Paracetamol for feverish children: parental motives and experiences.
Scand J Prim Health Care. 2010, 28(2): 115–120.
68. **Kai J.**
Parents' difficulties and information needs in coping with acute illness in preschool children: a qualitative study.
BMJ. 1996, 313(7063): 987–90.
69. **Teagle AR, Powell CVE.**
Is fever phobia driving inappropriate use of antipyretics?
Arch Dis Child. 2014, 99(7): 701–702.
70. **Nijman RG, Oostenbrink R, Dons EM, Bouwhuis CB, Moll HA.**
Parental Fever Attitude and Management: Influence of Parental Ethnicity and Child's Age.
PediatrEmerg Care. 2010, 26(5): 339–342.
71. **Vierin Nzame Y, Ella Ndong Y, Mengue Maella M, Ravoro Y, Lassegue R, Ategbo S, Mousavou A.**
Comportement des mères dans la fièvre de l'enfant.
Arch Pédiatrie. 2014, 21(5): 832.
72. **Meremikwu M, Oyo-Ita A.**
Physical methods for treating fever in children.
Cochrane Database Syst Rev. 2003;(2):CD004264.
73. **Corrard F.**
Confort thermique et fièvre où la recherche du mieux être.
Arch Pédiatrie. 1 janv 1999;6(1):93-6.
74. **Cinar ND, Altun I, Altinkaynak S, Walsh A.**
Turkish parents' management of childhood fever: A cross-sectional survey using the PFMS-TR.
Australas Emerg Nurs J. 2014, 17(1): 3–10.
75. **Bertille N, Fournier-Charrière E, Pons G, Chalumeau M.**
Managing fever in children: a national survey of parents' knowledge and practices in France.
PLoS One. 2013, 8(12): e83469.

76. **Centre antipoison et de pharmacovigilance du Maroc (CAPM).**
Phytovigilance – CAPM Plateforme .
Disponible sur: <http://www.capm.ma/pv-phytovigilance>
77. **Coulibaly S.**
Connaissances, Attitudes et pratiques des parents face à la fièvre chez l'enfant au service de pédiatrie du CHU Gabriel Toure.
Thèse de Doctorat, Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie, Université de Bamako, 2010.
78. **Yacoub E, Yacoub L, Khlaifi S.**
Mothers'attitudes towards fever in children.
Revue Maghrébine de Pédiatrie. 2002, 12(3): 133–138.
79. **Stagnara J, Racle B, Vermont J, Kassai B, Jacquel J, Duquesne A, et al.**
Information et éducation des familles des enfants en situation d'urgence : objectifs des messages de santé.
Arch Pédiatrie. 1 juin 2010;17(6):850-1.
80. **Joder M.**
Fièvre chez l'enfant : comportements des parents et évaluation d'un message de santé.
[Lyon]: Université Claude Bernad; 2013.
81. **Garet E.**
Fièvre de l'enfant : Connaissance et croyances parentales et leur influence sur le respect des recommandations.
[Faculté de Médecine Henri Warenbourg]: Université Lille 2 Droit et Santé; 2016.
82. **Pereira M, Bica I, Duarte J, Santos MR, Silva E, Costa P.**
OC42 – What do parents know about fever?
Nurs Child Young People. 2016, 28(4): 83.
83. **Bertille N, Pursell E, Corrad F, Chiappini E, Chalumeau M.**
Fever phobia 35 years later: did we fail?
Acta Paediatr. 2016, 105(1): 9–10.
84. **Foult C.**
Fièvre chez l'enfant : état des lieux des recours aux urgences pédiatriques de Tours.
Thèse de Doctorat en médecine: Université François-Rabelais Tours. 2017.



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
قَسَمُ الطَّبِيبِ

أَقْسَمُ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ
أَنْ أَر_اقِبَ اللَّهَ فِي مِيقَتَيْهِ
وَأَنْ أَصُونَ حَيَاةَ الْإِنْسَانِ فِي كَافَّةِ أَحْوَارِهَا؛ فِي
كُلِّ الضُّرُوفِ وَالْأَحْوَالِ، بِإِخْلَافِ وَسْعِي فِي اسْتِنْقَالِهَا
مِنَ الْفَلَاكِ وَالْمَرَضِ وَالْأَلَمِ وَالْقَلْقِ
وَأَنْ أَحْفَظَ لِلنَّاسِ كِرَامَتَهُمْ وَأَسْتُرَ عَوْرَتَهُمْ وَأَكْتُمَ
سِرَّهُمْ
وَأَنْ أَكُونَ عَلَى الدَّوَامِ مِنْ وَسَائِلِ رَحْمَةِ اللَّهِ، بِإِخْلَافِ
رِعَايَتِي الْكُفَيَّةَ لِلْقَرِيبِ وَالْبَعِيدِ، لِلصَّالِحِ وَالصَّالِحِ،
وَالصَّادِقِ وَالْعَدُوِّ
وَأَنْ أَتَابِرَ عَلَى كَلْبِ الْعِلْمِ أَسْحَرَهُ لِنَفْعِ الْإِنْسَانِ لَا
لِأَعْمَالِهِ
وَأَنْ أَوْقِرَ مَنْ عَلَّمَنِي وَأَعَلَّمَ مَنْ يَصَغُرُنِي وَأَكُونَ أَخًا
لِكُلِّ زَمِيلٍ فِي الْمِهْنَةِ الْكُفَيَّةِ، مُتَعَاوِنِينَ عَلَى الْبِرِّ
وَالتَّقْوَى
وَأَنْ تَكُونَ حَيَاتِي مُصَدِّقَ إِيمَانِي فِي سِرِّي وَعِلَانِيَّتِي،
ثَقِيَّةً مِمَّا يُشِينُنَا الْجَاهُ اللَّهُ وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنِينَ
وَاللَّهُ عَلَى مَا أَقُولُ شَهِيدٌ

تطور معارف و مواقف الآباء اتجاه حمى الطفل

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 11 / 07 / 2018
من طرف

السيد كريم لكريمي

المزداد في 26 أكتوبر 1990 بمراكش

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

معارف - مواقف - الآباء - الحمى - الطفل

اللجنة

الرئيس

المشرف

الحكام

السيد

السيد

السيدة

السيد

س. زهير

أستاذ في علم البكتيريا والفيروسات

م. بوالروس

أستاذ طب الأطفال

ن. الإدريسي سليطين

أستاذة مبرزة في طب الأطفال

ع. هاشمي

أستاذ مبرز في الإنعاش الطبي