



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

Année 2023

Thèse N° 199

LES INFECTIONS RESPIRATOIRES HAUTES DE L'ENFANT : ENQUÊTE AUPRÈS DES MÈRES A LA VILLE DE LAAYOUNE

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 23/06/2023

PAR

Mlle. SARA JARMOUNI

Née Le 02/09/1995 à LAAYOUNE

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Enquête – Connaissances – Mères – Infections respiratoires hautes –
automédication.

JURY

Mr. N. RADA Professeur de Pédiatrie.	PRÉSIDENT
Mr. M. BOUROUS Professeur de Pédiatrie.	RAPPORTEUR
Mme. W. LAHMINE Professeur de Pédiatrie.	
Mr. R. BOUCHENTOUF Professeur de Pneumologie.	JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

يَرْفَعِ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا مِنْكُمْ وَالَّذِينَ أُوتُوا الْعِلْمَ دَرَجَاتٍ

وَاللَّهُ بِمَا تَعْمَلُونَ خَبِيرٌ (11)

سورة المجادلة



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 doyenne à la Recherche et la Coopération : Pr. Hanane RAISS
Vice doyenne aux Affaires Pédagogiques : Pr. Ghizlane DRAISS
Vice doyen chargé de la Pharmacie : Pr. Said ZOUHAIR
Secrétaire Générale : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

LISTE NOMINATIVE DU PERSONNEL ENSEIGNANTS CHERCHEURS PERMANANT

N°	Nom et Prénom	Cadre	Spécialité
01	BOUSKRAOUI Mohammed (Doyen)	P.E.S	Pédiatrie
02	CHOULLI Mohamed Khaled	P.E.S	Neuro pharmacologie
03	KHATOURI Ali	P.E.S	Cardiologie
04	NIAMANE Radouane	P.E.S	Rhumatologie
05	AIT BENALI Said	P.E.S	Neurochirurgie
06	KRATI Khadija	P.E.S	Gastro-entérologie
07	SOUMMANI Abderraouf	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
08	RAJI Abdelaziz	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
09	KISSANI Najib	P.E.S	Neurologie
10	SARF Ismail	P.E.S	Urologie

11	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	P.E.S	Ophtalmologie
12	AMAL Said	P.E.S	Dermatologie
13	ESSAADOUNI Lamiaa	P.E.S	Médecine interne
14	MANSOURI Nadia	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
15	MOUTAJ Redouane	P.E.S	Parasitologie
16	AMMAR Haddou	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
17	ZOUHAIR Said	P.E.S	Microbiologie
18	CHAKOUR Mohammed	P.E.S	Hématologie biologique
19	EL FEZZAZI Redouane	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
20	YOUNOUS Said	P.E.S	Anesthésie-réanimation
21	BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	P.E.S	Chirurgie générale
22	ASMOUKI Hamid	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
23	BOUMZEBRA Drissi	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
24	CHELLAK Saliha	P.E.S	Biochimie-chimie
25	LOUZI Abdelouahed	P.E.S	Chirurgie-générale
26	AIT-SAB Imane	P.E.S	Pédiatrie
27	GHANNANE Houssine	P.E.S	Neurochirurgie
28	ABOULFALAH Abderrahim	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
29	OULAD SAIAD Mohamed	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
30	DAHAMI Zakaria	P.E.S	Urologie
31	EL HATTAOUI Mustapha	P.E.S	Cardiologie
32	ELFIKRI Abdelghani	P.E.S	Radiologie
33	KAMILI El Ouafi El Aouni	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
34	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	P.E.S	Pédiatrie (Néonatalogie)
35	MATRANE Aboubakr	P.E.S	Médecine nucléaire

36	AIT AMEUR Mustapha	P.E.S	Hématologie biologique
37	AMINE Mohamed	P.E.S	Epidémiologie clinique
38	EL ADIB Ahmed Rhassane	P.E.S	Anesthésie-réanimation
39	MANOUDI Fatiha	P.E.S	Psychiatrie
40	CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	P.E.S	Radiologie
41	BOURROUS Monir	P.E.S	Pédiatrie
42	ADMOU Brahim	P.E.S	Immunologie
43	TASSI Noura	P.E.S	Maladies infectieuses
44	NEJMI Hicham	P.E.S	Anesthésie-réanimation
45	LAOUAD Inass	P.E.S	Néphrologie
46	EL HOUDZI Jamila	P.E.S	Pédiatrie
47	FOURAJI Karima	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
48	ARSALANE Lamiae	P.E.S	Microbiologie-virologie
49	BOUKHIRA Abderrahman	P.E.S	Biochimie-chimie
50	KHALLOUKI Mohammed	P.E.S	Anesthésie-réanimation
51	BSISS Mohammed Aziz	P.E.S	Biophysique
52	EL OMRANI Abdelhamid	P.E.S	Radiothérapie
53	SORAA Nabila	P.E.S	Microbiologie-virologie
54	KHOUCHANI Mouna	P.E.S	Radiothérapie
55	JALAL Hicham	P.E.S	Radiologie
56	OUALI IDRISSE Mariem	P.E.S	Radiologie
57	ZAHLANE Mouna	P.E.S	Médecine interne
58	BENJILALI Laila	P.E.S	Médecine interne
59	NARJIS Youssef	P.E.S	Chirurgie générale
60	RABBANI Khalid	P.E.S	Chirurgie générale

61	HAJJI Ibtissam	P.E.S	Ophtalmologie
62	EL ANSARI Nawal	P.E.S	Endocrinologie et maladies métabolique
63	ABOU EL HASSAN Taoufik	P.E.S	Anesthésie-réanimation
64	SAMLANI Zouhour	P.E.S	Gastro-entérologie
65	LAGHMARI Mehdi	P.E.S	Neurochirurgie
66	ABOUSSAIR Nistrine	P.E.S	Génétique
67	BENCHAMKHA Yassine	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
68	CHAFIK Rachid	P.E.S	Traumato-orthopédie
69	MADHAR Si Mohamed	P.E.S	Traumato-orthopédie
70	EL HAOURY Hanane	P.E.S	Traumato-orthopédie
71	ABKARI Imad	P.E.S	Traumato-orthopédie
72	EL BOUIHI Mohamed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
73	LAKMICHI Mohamed Amine	P.E.S	Urologie
74	AGHOUTANE El Mouhtadi	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
75	HOCAR Ouafa	P.E.S	Dermatologie
76	EL KARIMI Saloua	P.E.S	Cardiologie
77	EL BOUCHTI Imane	P.E.S	Rhumatologie
78	AMRO Lamyae	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
79	ZYANI Mohammad	P.E.S	Médecine interne
80	GHOUNDALE Omar	P.E.S	Urologie
81	QACIF Hassan	P.E.S	Médecine interne
82	BEN DRISS Laila	P.E.S	Cardiologie
83	MOUFID Kamal	P.E.S	Urologie
84	QAMOUSS Youssef	P.E.S	Anesthésie réanimation
85	EL BARNI Rachid	P.E.S	Chirurgie générale

86	KRIET Mohamed	P.E.S	Ophtalmologie
87	BOUCHENTOUF Rachid	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
88	ABOUCHADI Abdeljalil	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
89	BASRAOUI Dounia	P.E.S	Radiologie
90	RAIS Hanane	P.E.S	Anatomie Pathologique
91	BELKHOU Ahlam	P.E.S	Rhumatologie
92	ZAOUI Sanaa	P.E.S	Pharmacologie
93	MSOUGAR Yassine	P.E.S	Chirurgie thoracique
94	EL MGHARI TABIB Ghizlane	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
95	DRAISS Ghizlane	P.E.S	Pédiatrie
96	EL IDRISSE SLITINE Nadia	P.E.S	Pédiatrie
97	RADA Nouredine	P.E.S	Pédiatrie
98	BOURRAHOUE Aicha	P.E.S	Pédiatrie
99	MOUAFFAK Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
100	ZIADI Amra	P.E.S	Anesthésie-réanimation
101	ANIBA Khalid	P.E.S	Neurochirurgie
102	TAZI Mohamed Illias	P.E.S	Hématologie clinique
103	ROCHDI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
104	FADILI Wafaa	P.E.S	Néphrologie
105	ADALI Imane	P.E.S	Psychiatrie
106	ZAHLANE Kawtar	P.E.S	Microbiologie- virologie
107	LOUHAB Nisrine	P.E.S	Neurologie
108	HAROU Karam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
109	BASSIR Ahlam	P.E.S	Gynécologie obstétrique
110	BOUKHANNI Lahcen	P.E.S	Gynécologie obstétrique

111	FAKHIR Bouchra	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
112	BENHIMA Mohamed Amine	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
113	HACHIMI Abdelhamid	P.E.S	Réanimation médicale
114	EL KHAYARI Mina	P.E.S	Réanimation médicale
115	AISSAOUI Younes	P.E.S	Anesthésie-réanimation
116	BAIZRI Hicham	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
117	ATMANE El Mehdi	P.E.S	Radiologie
118	EL AMRANI Moulay Driss	P.E.S	Anatomie
119	BELBARAKA Rhizlane	P.E.S	Oncologie médicale
120	ALJ Soumaya	P.E.S	Radiologie
121	OUBAHA Sofia	P.E.S	Physiologie
122	EL HAOUATI Rachid	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
123	BENALI Abdeslam	P.E.S	Psychiatrie
124	MLIHA TOUATI Mohammed	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
125	MARGAD Omar	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
126	KADDOURI Said	P.E.S	Médecine interne
127	ZEMRAOUI Nadir	P.E.S	Néphrologie
128	EL KHADER Ahmed	P.E.S	Chirurgie générale
129	LAKOUICHMI Mohammed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
130	DAROUASSI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
131	BENJELLOUN HARZIMI Amine	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
132	FAKHRI Anass	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique
133	SALAMA Tarik	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
134	CHRAA Mohamed	P.E.S	Physiologie
135	ZARROUKI Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation

136	AIT BATAHAR Salma	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
137	ADARMOUCH Latifa	P.E.S	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
138	BELBACHIR Anass	P.E.S	Anatomie pathologique
139	HAZMIRI Fatima Ezzahra	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique
140	EL KAMOUNI Youssef	P.E.S	Microbiologie-virologie
141	SERGHINI Issam	P.E.S	Anesthésie-réanimation
142	EL MEZOUARI El Mostafa	P.E.S	Parasitologie mycologie
143	ABIR Badreddine	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
144	GHAZI Mirieme	P.E.S	Rhumatologie
145	ZIDANE Moulay Abdelfettah	P.E.S	Chirurgie thoracique
146	LAHKIM Mohammed	P.E.S	Chirurgie générale
147	MOUHSINE Abdelilah	P.E.S	Radiologie
148	TOURABI Khalid	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
149	NADER Youssef	Pr Ag	Traumatologie-orthopédie
150	SEDDIKI Rachid	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
151	ARABI Hafid	Pr Ag	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
152	BELHADJ Ayoub	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
153	BOUZERDA Abdelmajid	Pr Ag	Cardiologie
154	ARSALANE Adil	Pr Ag	Chirurgie thoracique
155	ABDELFETTAH Youness	Pr Ag	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle
156	REBAHI Houssam	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
157	BENNAOUI Fatiha	Pr Ag	Pédiatrie
158	ZOUIZRA Zahira	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
159	SEBBANI Majda	Pr Ag	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)

160	ABDOU Abdessamad	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
161	HAMMOUNE Nabil	Pr Ag	Radiologie
162	ESSADI Ismail	Pr Ag	Oncologie médicale
163	MESSAOUDI Redouane	Pr Ag	Ophtalmologie
164	ALJALIL Abdelfattah	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
165	LAFFINTI Mahmoud Amine	Pr Ag	Psychiatrie
166	RHARRASSI Issam	Pr Ag	Anatomie-pathologique
167	ASSERRAJI Mohammed	Pr Ag	Néphrologie
168	JANAH Hicham	Pr Ag	Pneumo-phtisiologie
169	NASSIM SABAH Taoufik	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
170	ELBAZ Meriem	Pr Ag	Pédiatrie
171	BELGHMAIDI Sarah	Pr Ag	Ophtalmologie
172	FENANE Hicham	Pr Ag	Chirurgie thoracique
173	GEBRATI Lhoucine	Pr Hab	Chimie
174	FDIL Naima	Pr Hab	Chimie de coordination bio-organique
175	LOQMAN Souad	Pr Ass	Microbiologie et toxicologie environnementale
176	BAALLAL Hassan	Pr Ag	Neurochirurgie
177	BELFQUIH Hatim	Pr Ag	Neurochirurgie
178	MILOUDI Mouhcine	Pr Ag	Microbiologie-virologie
179	AKKA Rachid	Pr Ag	Gastro-entérologie
180	BABA Hicham	Pr Ag	Chirurgie générale
181	MAOUJOURD Omar	Pr Ag	Néphrologie
182	SIRBOU Rachid	Pr Ag	Médecine d'urgence et de catastrophe
183	EL FILALI Oualid	Pr Ag	Chirurgie Vasculaire périphérique
184	EL- AKHIRI Mohammed	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie

185	HAJJI Fouad	Pr Ag	Urologie
186	OUMERZOUK Jawad	Pr Ag	Neurologie
187	JALLAL Hamid	Pr Ag	Cardiologie
188	ZBITOU Mohamed Anas	Pr Ag	Cardiologie
189	RAISSI Abderrahim	Pr Ag	Hématologie clinique
190	BELLASRI Salah	Pr Ag	Radiologie
191	DAMI Abdallah	Pr Ass	Médecine Légale
192	AZIZ Zakaria	Pr Ass	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
193	ELOUARDI Youssef	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
194	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Pr Ag	Hématologie clinique
195	EL FAKIRI Karima	Pr Ass	Pédiatrie
196	NASSIH Houda	Pr Ag	Pédiatrie
197	LAHMINE Widad	Pr Ag	Pédiatrie
198	BENANTAR Lamia	Pr Ag	Neurochirurgie
199	EL FADLI Mohammed	Pr Ag	Oncologie médicale
200	AIT ERRAMI Adil	Pr Ag	Gastro-entérologie
201	CHETTATI Mariam	Pr Ag	Néphrologie
202	SAYAGH Sanae	Pr Ass	Hématologie
203	BOUTAKIOUTE Badr	Pr Ag	Radiologie
204	DOUIREK Fouzia	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
205	EL HAKKOUNI Awatif	Pr Ass	Parasitologie mycologie
206	BELARBI Marouane	Pr Ass	Néphrologie
207	AMINE Abdellah	Pr Ass	Cardiologie
208	CHETOUI Abdelkhalek	Pr Ass	Cardiologie
209	WARDA Karima	Pr Ass	Microbiologie
210	EL AMIRI My Ahmed	Pr Ass	Chimie de Coordination bio-organique

211	CHAHBI Zakaria	Pr Ass	Maladies infectieuses
212	MEFTAH Azzelarab	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
213	ROUKHSI Redouane	Pr Ass	Radiologie
214	EL GAMRANI Younes	Pr Ass	Gastro-entérologie
215	ARROB Adil	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
216	SALLAHI Hicham	Pr Ass	Traumatologie-orthopédie
217	ACHKOUN Abdessalam	Pr Ass	Anatomie
218	DARFAOUI Mouna	Pr Ass	Radiothérapie
219	EL-QADIRY Rabiy	Pr Ass	Pédiatrie
220	ELJAMILI Mohammed	Pr Ass	Cardiologie
221	HAMRI Asma	Pr Ass	Chirurgie Générale
222	ELATIQUI Oumkeltoum	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
223	BENZALIM Meriam	Pr Ass	Radiologie
224	ABOULMAKARIM Siham	Pr Ass	Biochimie
225	LAMRANI HANCHI Asmae	Pr Ass	Microbiologie-virologie
226	HAJHOUI Farouk	Pr Ass	Neurochirurgie
227	EL KHAASSOUI Amine	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
228	SBAAI Mohammed	Pr Ass	Parasitologie-mycologie
229	FASSI Fihri Mohamed jawad	Pr Ass	Chirurgie générale
230	BENCHAFAI Ilias	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
231	SLIOUI Badr	Pr Ass	Radiologie
232	EL JADI Hamza	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
233	AZAMI Mohamed Amine	Pr Ass	Anatomie pathologique
234	YAHYAOUI Hicham	Pr Ass	Hématologie
235	ABALLA Najoua	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
236	MOUGUI Ahmed	Pr Ass	Rhumatologie
237	SAHRAOUI Houssam Eddine	Pr Ass	Anesthésie-réanimation

238	AABBASSI Bouchra	Pr Ass	Pédopsychiatrie
239	SBAI Asma	Pr Ass	Informatique
240	HAZIME Raja	Pr Ass	Immunologie
241	CHEGGOUR Mouna	Pr Ass	Biochimie
242	RHEZALI Manal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
243	ZOUITA Btissam	Pr Ass	Radiologie
244	MOULINE Souhail	Pr Ass	Microbiologie-virologie
245	AZIZI Mounia	Pr Ass	Néphrologie
246	BENYASS Youssef	Pr Ass	Traumato-orthopédie
247	BOUHAMIDI Ahmed	Pr Ass	Dermatologie
248	YANISSE Siham	Pr Ass	Pharmacie galénique
249	DOULHOUSNE Hassan	Pr Ass	Radiologie
250	KHALLIKANE Said	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
251	BENAMEUR Yassir	Pr Ass	Médecine nucléaire
252	ZIRAOUI Oualid	Pr Ass	Chimie thérapeutique
253	IDALENE Malika	Pr Ass	Maladies infectieuses
254	LACHHAB Zineb	Pr Ass	Pharmacognosie
255	ABOUDOURIB Maryem	Pr Ass	Dermatologie
256	AHBALA Tariq	Pr Ass	Chirurgie générale
257	LALAOUI Abdessamad	Pr Ass	Pédiatrie
258	ESSAFTI Meryem	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
259	RACHIDI Hind	Pr Ass	Anatomie pathologique
260	FIKRI Oussama	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
261	EL HAMDAOUI Omar	Pr Ass	Toxicologie
262	EL HAJJAMI Ayoub	Pr Ass	Radiologie
263	BOUMEDIANE El Mehdi	Pr Ass	Traumato-orthopédie

264	RAFI Sana	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
265	JEBRANE Ilham	Pr Ass	Pharmacologie
266	LAKHDAR Youssef	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
267	LGHABI Majida	Pr Ass	Médecine du Travail
268	AIT LHAJ El Houssaine	Pr Ass	Ophtalmologie
269	RAMRAOUI Mohammed-Es-said	Pr Ass	Chirurgie générale
270	EL MOUHAFID Faisal	Pr Ass	Chirurgie générale

LISTE ARRETEE LE 04/10/2023



DEDICACES



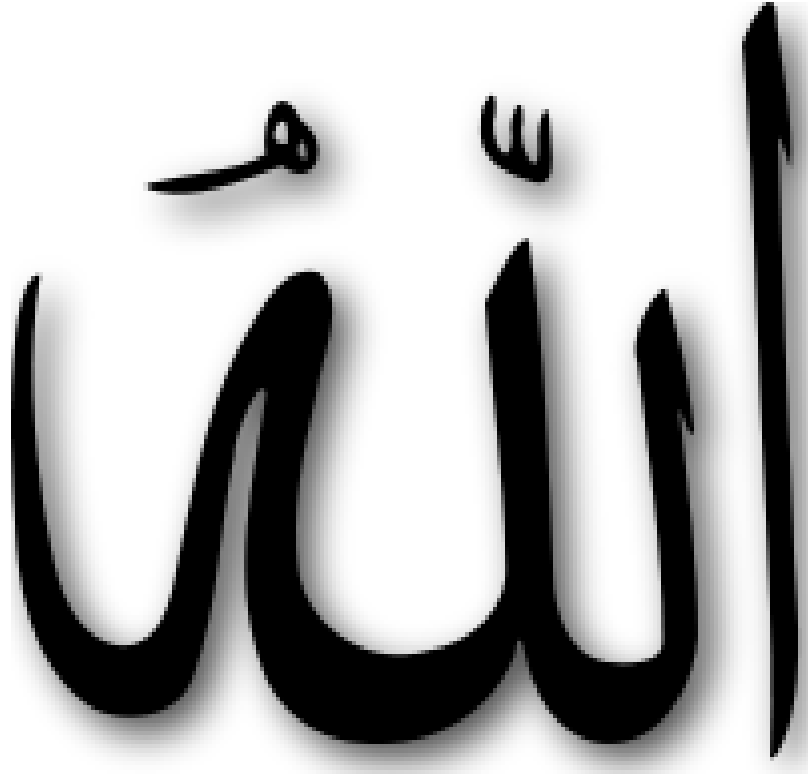
*« Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent
du bonheur ; elles sont les charmants jardiniers par
qui nos âmes sont fleuries »
Marcel Proust.*



*Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...
Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude,
L'amour, Le respect, la reconnaissance... Aussi, c'est tout simplement que*

... Je dédie cette Thèse...

Tout d'abord à ALLAH



*AU GRAND ALLAH, TOUT PUISSANT EN SIGNE DE MA FOI ET MA
GRATITUDE*

*LOUANGE A ALLAH TOUT PUISSANT, QUI M'A PERMIS
DE VOIR CE JOUR TANT ATTENDU.*

*LE TOUT PUISSANT ET MISERICORDIEUX, QUI M'A DONNE LA FORCE ET LA
PATIENCE D'ACCOMPLIR CE MODESTE TRAVAIL.
QUI M'A INSPIRE ET GUIDE DANS LE BON CHEMIN, JE LUI DOIS CE QUE JE SUIS
DEVENUE.*

LOUANGES ET REMERCIEMENTS POUR SA CLEMENCE ET SA MISERICORDE.

Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif. C'est avec amour, respect et gratitude.

A la mémoire de mes grands Pères

Vos images demeurent toujours présentes à mon esprit. Tellement vous me manquez ce jour-là. J'aurais tant aimé que vous soyez présents Que Dieu ait vos âmes dans sa sainte miséricorde.

A Mes grand-mères

Aucune dédicace ne saurait exprimer tout ce que je ressens pour vous. Je vous remercie pour l'amour exceptionnel que vous me portez depuis mon enfance et j'espère que vôtres bénédictions m'accompagneront toujours. Que Dieu vous garde et vous procure santé et bonheur éternel.

A MES PARENTS, LES ÊTRES LES PLUS CHÈRS,

Bouali Jarmouni et Najat elouati

Aucun mot, aucune expression aucun remerciement ne saurait exprimer ma gratitude et ma reconnaissance pour tout ce que vous m'avez offert, pour tout ce que vous avez enduré pour que je puisse être là où je suis maintenant. Grâce à vos prières j'ai pu surmonter tous les obstacles. Votre présence à mes côtés était pour moi source de courage et de confiance. Veuillez, cher père, chère mère, accepter cet humble travail qui n'égale en rien vos sacrifices mais qui témoignera de mon grand amour et reconnaissance. J'espère pouvoir vous honorer de plus en plus et être à l'image de vos souhaits. Que Dieu vous offre santé, prospérité, longévité et nous unisse dans son paradis.

A mes très chers frères Abderrahmane,

Mohamed, Amine, Anass et ma chère sœur Asmae

Votre aide et votre attachement familial resteront la lumière qui éclairera mon chemin. Je ne vous remercierais jamais assez pour ce que vous faites pour moi ainsi que pour notre famille. Que ce travail soit le témoignage de mes sentiments les plus sincères et les plus affectueux. Merci pour tous vos efforts et vos sacrifices afin de me soutenir dans mes études. Puissent l'amour et la fraternité nous unir à jamais.

A ma chère amie Maroua elghazouani

Tu es pour moi plus qu'une amie, je ne saurais trouver une expression témoignant de ma reconnaissance et des sentiments d'amour que je te porte. Tu étais toujours présente pour me soutenir, m'écouter et me gâter, tu m'as beaucoup aidée, je t'en serai toujours reconnaissante.

A mes amours, fatima zahra jaloul , safia idouisadoune sara kabir, fatma baddaz ,sara jander et imane jahid

Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour vous exprimer mon affection et mes pensées, vous êtes pour moi des sœurs et des amies sur qui je peux compter. En témoignage de l'amitié qui nous unit et des souvenirs de tous les moments que nous avons passés ensemble, je vous dédie ce travail en vous souhaitant une vie pleine de bonheur et de prospérité et un avenir plein de succès et d'accomplissement. Je vous aime!!

À tous mes amies et collègues,

Je vous dédie ce travail avec tous mes vœux de bonheur et de réussite.

Aux personnes que j'ai côtoyées au cours de mon parcours médical dans les différents services sans distinction.

A Jarmouni sara (moi-même),

Merci d'avoir tenu le coup, d'avoir sacrifiée et surtout de ta patience.

Tu es une guerrière.

A tous ceux dont l'oubli de la plume n'est pas celui du cœur.

Merci d'avoir été là pour moi.



REMERCIEMENTS



J'ai longuement hésité à choisir des mots dont la sémantique se hisse au niveau des sentiments de remerciement, de reconnaissance et de gratitude que je désire exprimer à votre intention. Ayez l'amabilité, vous prie-je, de combler ces mots de leur sens le plus fort et le plus profond.

**A MON MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE, MONSIEUR LE
PROFESSEUR « Mounir Bourous », PROFESSEUR DE PÉDIATRIE**

Vous m'avez accordé un immense honneur et un grand privilège en acceptant de diriger mon travail. Votre disponibilité et vos précieuses recommandations ont été pour moi d'une grande aide. Je vous remercie pour votre sympathie, votre modestie et vos qualités humaines, pour avoir consacré à ce travail une partie de votre temps, et de m'avoir guidé avec rigueur et bienveillance. J'ai été très touché par votre disponibilité et par le réconfort que vous m'avez apporté lors de l'élaboration de ce travail. Vos qualités professionnelles et humaines me servent d'exemple. Veuillez trouver ici, Professeur, l'expression de ma profonde gratitude.

**A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE, MONSIEUR LE
PROFESSEUR « RADA NOUREDDINE », PROFESSEUR EN PÉDIATRIE**

Je vous remercie infiniment, cher maître, pour l'honneur que vous me faites en acceptant de juger et présider le jury de cette thèse. Votre gentillesse extrême, votre compétence pratique, vos qualités humaines et professionnelles, ainsi que votre compréhension à l'égard des étudiants nous inspirent une grande admiration et un profond respect. Veuillez trouver ici, cher maître, le témoignage de ma grande estime.

**A MON MAITRE ET JUGE DE THESE, MONSIEUR LE PROFESSEUR
«RACHID BOUCHENTOUF», PROFESSEUR EN PNEUMOLOGIE**

*Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de faire part de cet honorable jury et je vous remercie de la confiance que vous avez bien voulu m'accorder. J'ai eu le privilège de profiter de votre enseignement, Votre savoir, vos compétences et vos qualités humaines m'ont particulièrement touchés.
Permettez-moi de vous exprimer mes sincères remerciements.*

**A MON PROFESSEUR ET JUGE DE THESE, MADAME LE
PROFESSEUR «WIDAD LAHMINE», PROFESSEUR DE PEDIATRIE**

Je suis très privilégié de vous avoir comme juge. La spontanéité avec laquelle vous avez accepté d'évaluer mon travail et de statuer sur mon mérite à porter le titre de Docteur en médecine représente pour moi un honneur insigne. Vous avez toujours été proche de vos étudiants et à l'écoute de leurs besoins. Votre énergie positive est contagieuse et illumine tous ceux qui vous entourent. Veuillez accepter l'assurance de mes sentiments respectueux et dévoués. Je rends hommage à votre grand sens du professionnalisme, à votre disponibilité, ainsi qu'à vos qualités humaines qui font votre réputation. Permettez-moi de vous exprimer mes sincères remerciements.



LISTE DES FIGURES



Liste des tableaux

- Tableau I** : répartition selon le niveau scolaire
- Tableau II** : répartition selon les antécédents chirurgicaux.
- Tableau III** : répartition du niveau d'études des mamans
- Tableau IV** : agent causal infectieux selon les mamans
- Tableau V** : les signes cliniques constatés par les mères chez leurs enfants
- Tableau VI** : conduite à tenir initial
- Tableau VII** : répartition des mesures de prévention des infections respiratoires hautes
- Tableau VIII** : signes cliniques de rhinopharyngite nécessitant une consultation en urgence
- Tableau IX** : signes cliniques des angines nécessitant une consultation en urgence
- Tableau X** : signes cliniques d'otite nécessitant une consultation en urgence
- Tableau XI** : signes cliniques de la sinusite nécessitant une consultation en urgence
- Tableau XII** : répartition des recettes traditionnelles
- Tableau XIII** : Comparaison de l'âge moyen des mamans avec certains données de la littérature
- Tableau XIV** : comparaison du niveau scolaire des mères à certaines données de la littérature
- Tableau XV** : comparaison des professions des mamans à certaines données de la littérature
- Tableau XVI** : comparaison des moyens d'informations des mamans avec certaines données de la littérature
- Tableau XVII** : comparaison du taux d'automédication avec certaines données de la littérature

Liste des figures

- Figure 1** : Répartition des enfants selon les tranches d'âges
- Figure 2** : Répartition selon le sexe
- Figure 3** : Répartition selon le mode d'allaitement
- Figure 4** : Répartition des modes de garde de l'enfant
- Figure 5** : Répartition selon les antécédents médicaux
- Figure 6** : Répartition des mères selon la tranche d'âge
- Figure 7** : Répartition du niveau d'études des mamans
- Figure 8** : Répartition des professions des mères
- Figure 9** : Répartition selon la situation familiale
- Figure10** : Répartition selon le nombre d'enfants
- Figure11** : Répartition des différentes sources d'information sur les infections respiratoires hautes
- Figure 12** : caractère contagieux des infections respiratoires hautes
- Figure 13** : mode de contamination évoqué par les mères
- Figure 14** : Répartition des mesures à réaliser pour améliorer les symptômes dus aux infections respiratoires hautes
- Figure 15** : Répartition selon le nombre d'épisode d'angine
- Figure 16** : Répartition des traitements
- Figure 17** : photo de la plante ansérine
- Figure 18** : les voies aériennes supérieures



LISTE DES ABRÉVIATIONS

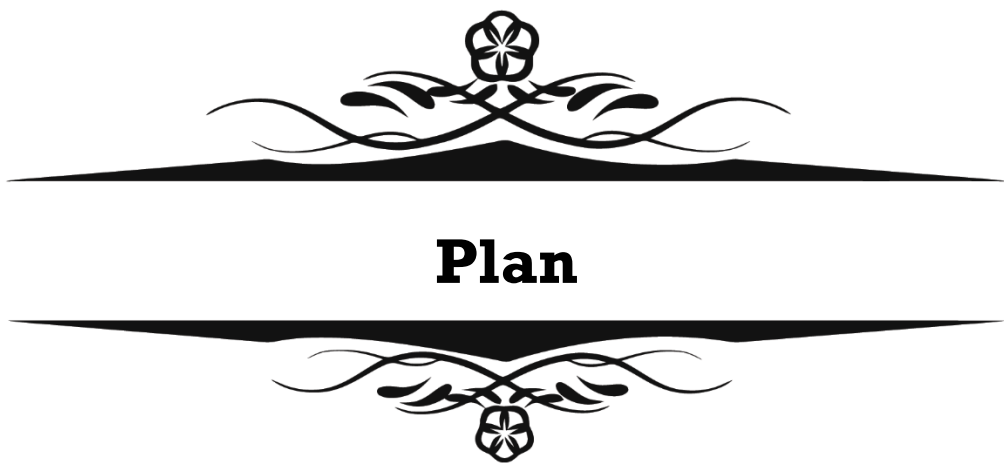


Liste des abréviations:

ADP : adénopathie cervicale

IVRS : infections des voies respiratoires supérieurs

CAPM : centre antipoison et de pharmacovigilance au Maroc



Plan

INTRODUCTION	1
MATERIELS ET METHODES	3
I. Type de l'étude :	4
II. Milieu et période de l'étude :	4
III. Population cible :	4
IV. Variables étudiées :	4
V. Collecte des données :	5
VI. Saisie et analyse des données :	5
RESULTATS	6
I. Situation familiale :	7
1. Ses enfants :	7
2. Les mamans :	11
II. Les infections respiratoires hautes :	14
1. Moyens et suffisance d'information sur les infections respiratoires hautes :	14
2. La période de survenue :	14
3. Contagiosité et mode de contamination :	15
4. Signes cliniques :	17
5. Conduite à tenir devant le premier symptôme :	18
6. Autres mesures pour améliorer les symptômes dûs aux infections respiratoires hautes :	19
7. Mesures de prévention	19
8. Environnement de l'enfant :	20
9. Les signes cliniques indicateurs d'une consultation d'urgence lors d'une rhinopharyngite :	20
10. Les signes cliniques indicateurs d'une consultation d'urgence lors des angines :	21
11. Nombre d'épisodes d'angine par année :	22
12. Les signes cliniques indicateurs d'une consultation d'urgence lors d'une sinusite :	22
13. Les signes cliniques indicateur d'une consultation d'urgence lors d'une otite :	23
14. Les traitements recommandés dans les infections respiratoires hautes :	23
15. Médecine traditionnelle :	24
DISCUSSION	25
I. Données sociodémographiques :	26
1. Age des mères	26
2. Niveau d'étude	26
3. Profession des mères	27
4. Nombre d'enfants	27
II. Les infections respiratoires hautes :	28
1. Les angines	28
2. Les rhinopharyngites	29

3. Les otites.....	30
4. Les sinusites.....	31
III. Moyens d'information des mamans.....	32
IV. Contagiosité et mode de contamination et prévention.....	33
V. L'automédication :.....	34
1. Les traitements recommandés dans les infections respiratoires hautes :.....	34
2. La médecine traditionnelle :.....	38
RECOMMANDATIONS.....	42
CONCLUSION.....	44
RESUMES.....	46
ANNEXES.....	50
BIBLIOGRAPHIE.....	59



INTRODUCTION



Les infections des voies respiratoires supérieures (IVRS) sont un motif très fréquent de consultation en médecine générale aussi bien en ambulatoire qu'aux urgences, notamment lors de la période hivernale (1)

La grande majorité des infections respiratoires hautes sont d'origine virale et causées par plus de 200 différents virus différents, alors que moins de 10% sont d'origine bactérienne. Cependant, 20-30% des épisodes d'IVRS restent de cause inconnue et présumés dus à des virus.(2)

D'autre part les attitudes des mères mènent souvent à une prescription inappropriée des antibiotiques favorisant leur résistance.

À l'échelle mondiale, l'incidence des IVRS a atteint 17.2 milliards en 2019(3)

Dans une grande majorité de pays, dont notre pays le Maroc, peu d'études ont été réalisées concernant les attitudes et les connaissances des mères envers les infections respiratoires hautes de leurs enfants. En effet, quelques études réalisées à l'échelle mondiale ont montré une insuffisance des connaissances des mères sur les IVRS de leurs enfants et leur recours à l'utilisation excessive et abusive des antibiotiques(4) ,(5) ,(6).

Au Maroc, et à notre connaissance et la limite de notre recherche aucune étude n'a été réalisée sur les connaissances et attitudes des mamans sur les infections respiratoires hautes de leurs enfants.

Dans ce contexte, notre étude est la première au Maroc.

A travers cette étude, nous nous sommes assignés les objectifs suivants :

- I. Comprendre et analyser les connaissances, les attitudes et les pratiques des mères envers les infections respiratoires de leurs enfants.
- II. Proposer des recommandations pour sensibilisation des mamans à propos des infections respiratoires hautes.



MATERIELS ET METHODES



I. Type de l'étude :

Il s'agit d'une étude transversale et analytique visant à évaluer les connaissances et attitudes des mères sur les infections respiratoires hautes chez leurs enfants.

II. Milieu et période de l'étude :

- L'enquête s'est déroulée au service des Urgences de Centre Hospitalier Provincial et les centres de santé de Laayoune.
- Elle a duré environ 8 mois.

III. Population cible :

- Pendant la période de l'étude, les mamans avec des enfants de moins de 15 ans qui se présentaient aux urgences de l'Hôpital Moulay hassan ben Mehdi de Laayoune ou aux centres de santé ont été invités, après consentement oral, à participer à l'enquête ; et ce, quel que soit le motif de consultation qui concerne leurs enfants.
- Toutes les mères questionnées ont été choisis au hasard.

IV. Variables étudiées :

Les mamans ont été interrogées sur leurs connaissances et attitudes sur les infections respiratoires hautes, leurs caractéristiques, signes cliniques, les traitements, les mesures à prendre et leur comportement dans la vie quotidienne vis-à-vis de leurs enfants en cas d'infections des voies respiratoires supérieures à la ville de Laayoune.

V. Collecte des données :

Les données avaient été collectées à travers un questionnaire pré-informatisé (annexe1) et rempli après consentement des mères.

Ce questionnaire était composé de trois parties :

- Une première partie reposant sur l'étude du profil épidémiologique de l'enfant.
- Une deuxième partie concernant le profil épidémiologique des mères.
- Une troisième partie comportait des questions de type fermé et ouvert, évaluant les connaissances et attitudes des mères sur les infections respiratoires hautes.

Les données de l'étude ont été obtenues par la méthode de l'interview directe des mamans. Cette interview s'est déroulée sous forme de questionnaire comprenant 34 questions traduites oralement en arabe dialecte.

VI. Saisie et analyse des données :

Nos données ont été saisies et analysées sur le logiciel Microsoft Excel.

Les résultats ont été fournis sous forme de Moyenne et pourcentage



RESULTATS



Le nombre de questionnaire était de 180, tous exploitables. Les parents interrogés étaient tous des mères sollicitées et ont toutes répondu au questionnaire soit un taux de réponse de 100%.

I. Situation familiale :

1. Ses enfants :

1.1. Age :

L'âge moyen de nos enfants était de 5,73 ans. La tranche d'âge de 5 à 10 ans était la plus fréquente.

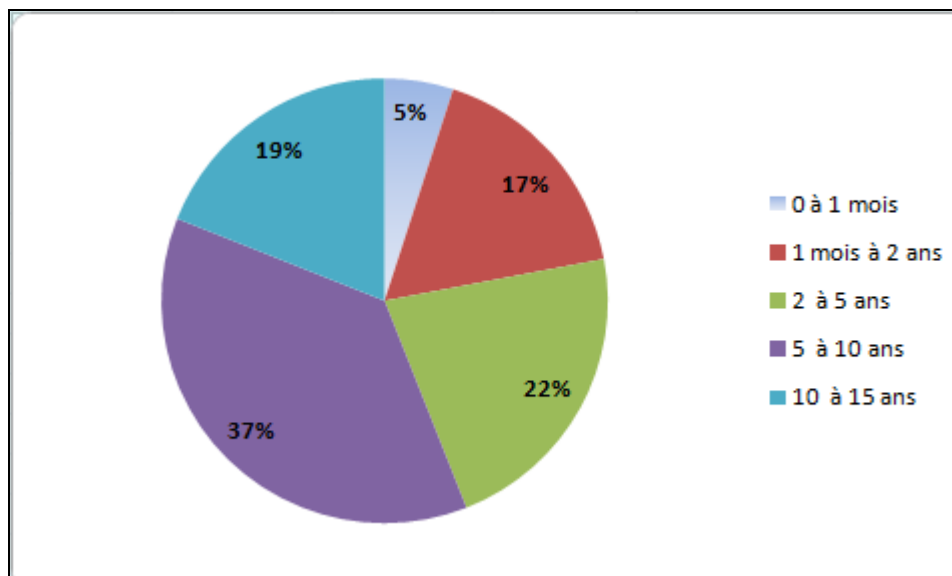


Figure 1 : Répartition des enfants selon les tranches d'âges

1.2. Sexe de l'enfant :

Nous avons noté une prédominance féminine avec un pourcentage de 60%.

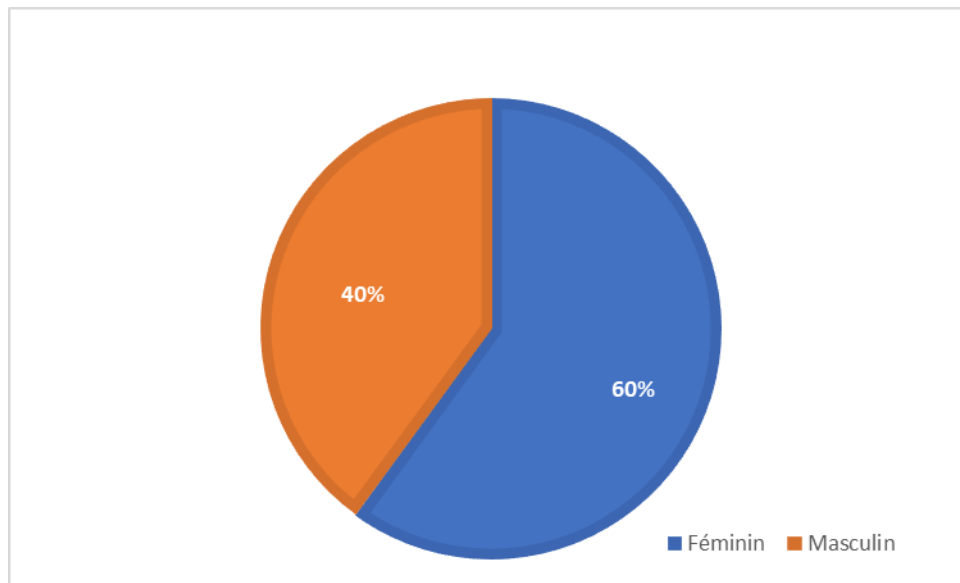


Figure 2 : Répartition selon le sexe

1.3. Allaitement des nouveau-nés et des nourrissons :

La majorité des nourrissons avaient bénéficié d'un allaitement maternel soit 61%.

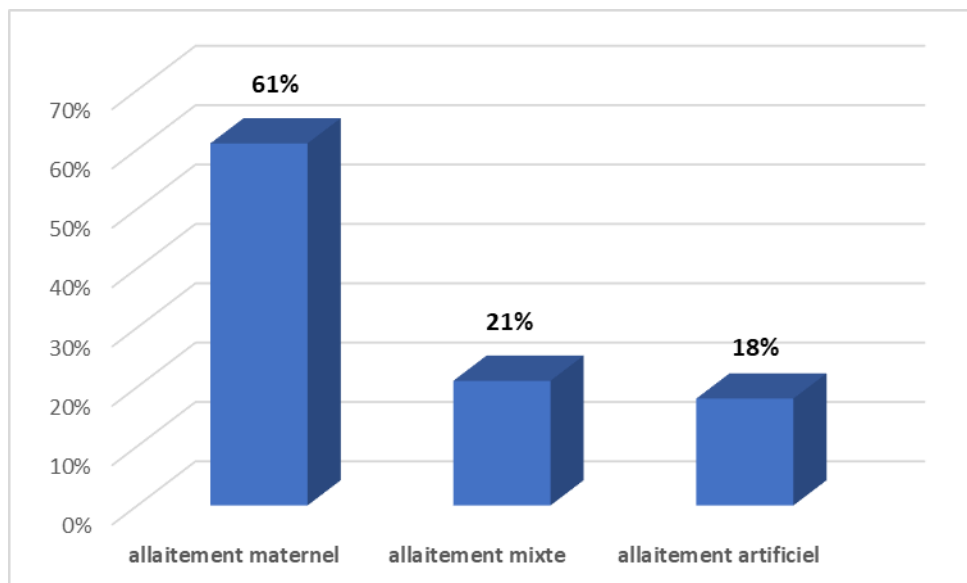


Figure 3 : Répartition selon le mode d'allaitement

1.4. Lieux de garde de l'enfant :

La plupart des enfants étaient gardés par leurs parents (70%).

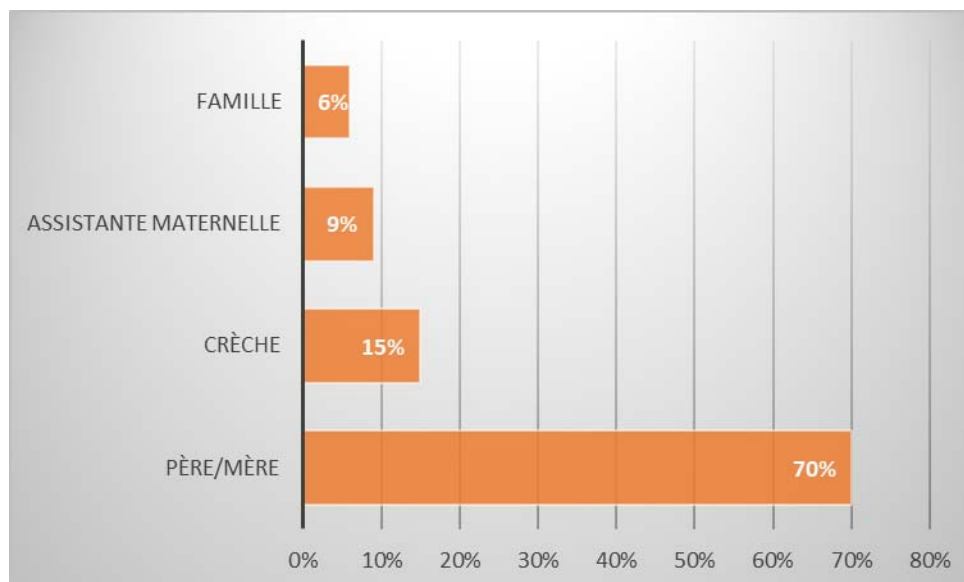


Figure 4 : Répartition des modes de garde de l'enfant

1.5. Fratricie :

Dans notre échantillon, 42% des enfants étaient les premiers de leurs fratries.

1.6. Niveau scolaire de l'enfant :

Tous les enfants (100%) étaient scolarisés, tandis que le pourcentage de 23% concerne les nouveau-nés, les nourrissons de moins de 3 ans.

Tableau I : Répartition selon le niveau scolaire

Niveau scolaire de l'enfant	Effectif	Pourcentage
Crèche	32	18%
Primaire	86	48%
Collège	19	11%
Non scolarisés	43	23%
Total	180	100%

1.7. Antécédents médicaux :

Presque les deux tiers des cas (64%) n'avaient pas d'antécédents pathologiques, alors que 15% de nos enfants avaient comme antécédent une bronchiolite virale.

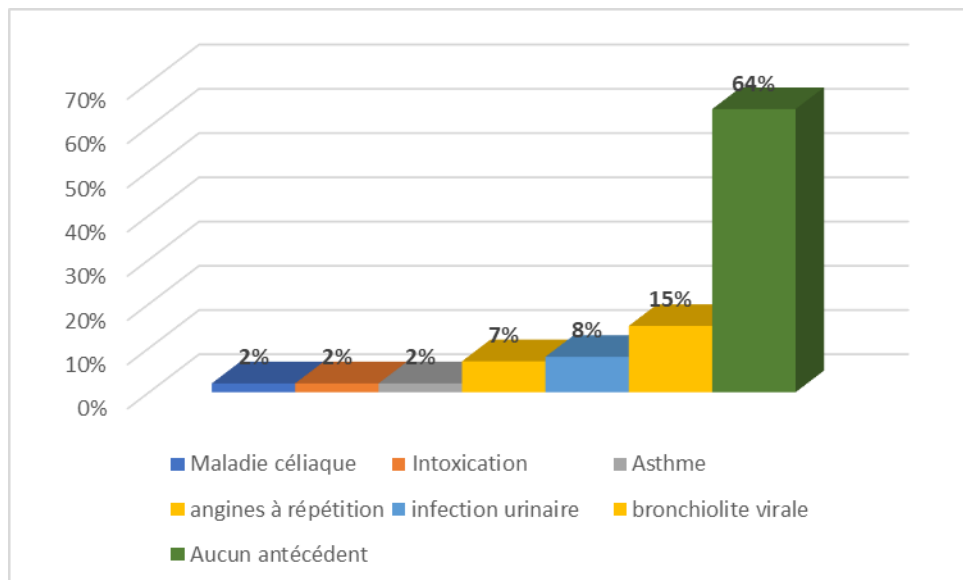


Figure 5 : Répartition selon les antécédents médicaux

1.8. Antécédents chirurgicaux :

La plupart des enfants (92%) de notre échantillon ne présentaient pas d'antécédents chirurgicaux.

Tableau II : Répartition selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Aucun antécédent	164	92%
Appendicectomie	8	4%
Amygdalectomie	4	2%
Adénoïdectomie	2	1%
Orchidopexie chirurgicale	2	1%

1.9. Etat vaccinal de l'enfant :

Tous les enfants avaient bénéficié d'une vaccination complète selon le Programme Nationale d'Immunisation.

2. Les mamans :

2.1. Age moyen des mamans :

- L'âge moyen des mères était de 35 avec des âges extrêmes de 18 et 56 ans.
- La tranche d'âge entre 25 et 45 était prédominante 65%.

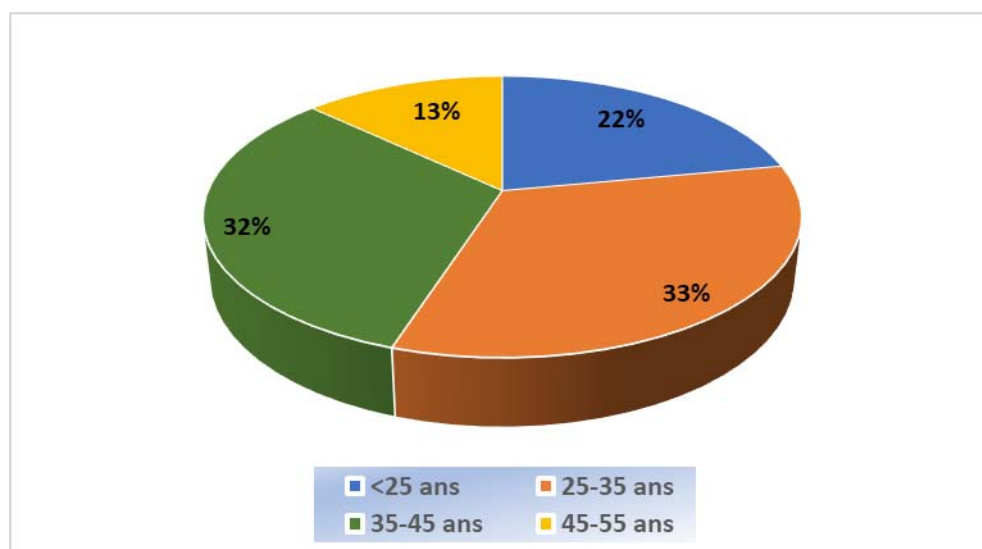


Figure 6 : Répartition des mères selon la tranche d'âge

2.2. Niveau d'étude :

- Presque les deux tiers des mères (61%) avaient un niveau inférieur au baccalauréat, alors que 13% étaient analphabètes.

Tableau III : répartition selon le niveau d'étude des mamans

Niveau d'études des mères	Nombre de cas	Pourcentage
Analphabète	24	13%
Primaire	59	33%
Secondaire	27	15%
Bac	42	23%
Université	28	16%

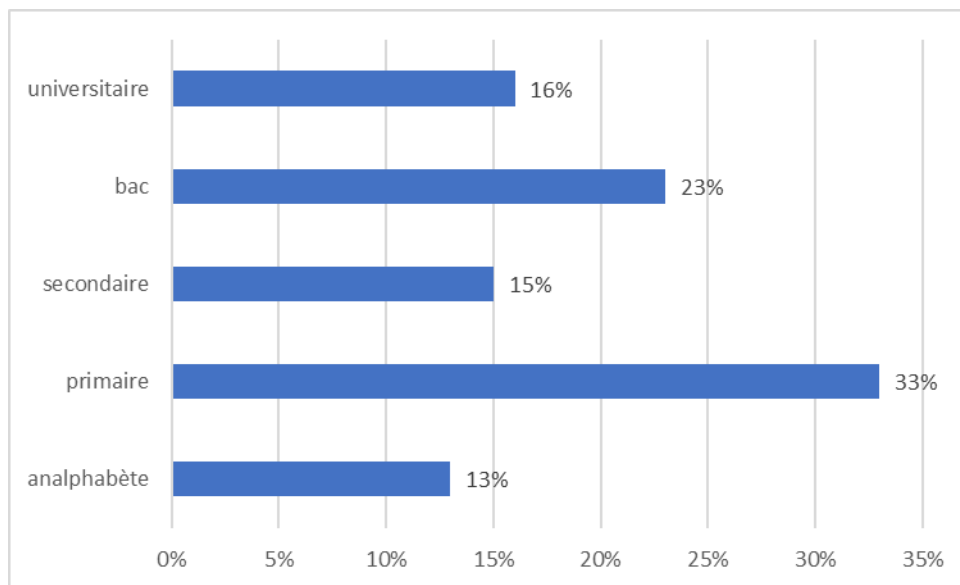


Figure 7 : Répartition du niveau d'études des mamans

2.3. Profession :

La majorité des mamans étaient des femmes au foyer soit 63% des cas.

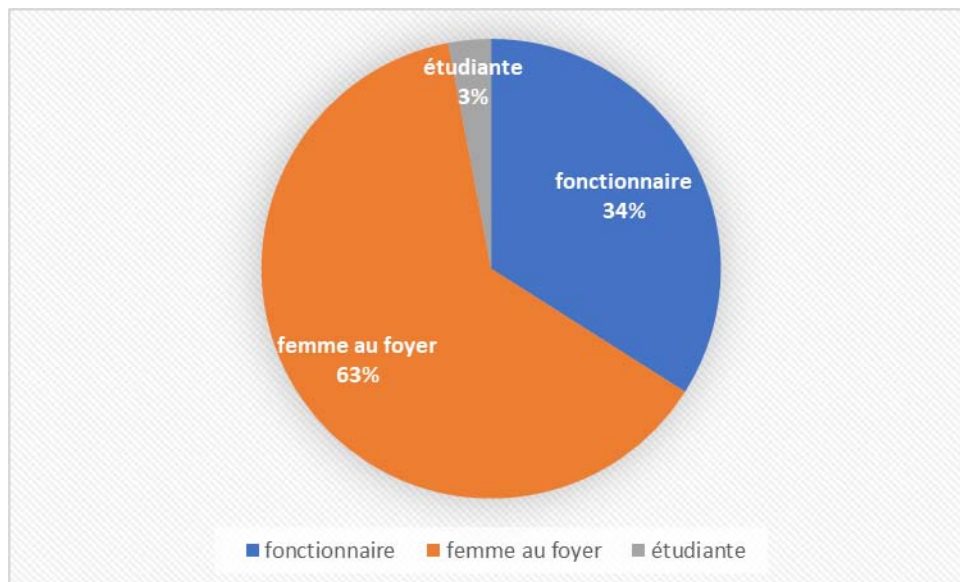


Figure 8 : Répartition des professions des mères

2.4. Situation familiale :

L'étude du statut marital a révélé que 78% des mamans étaient mariées.

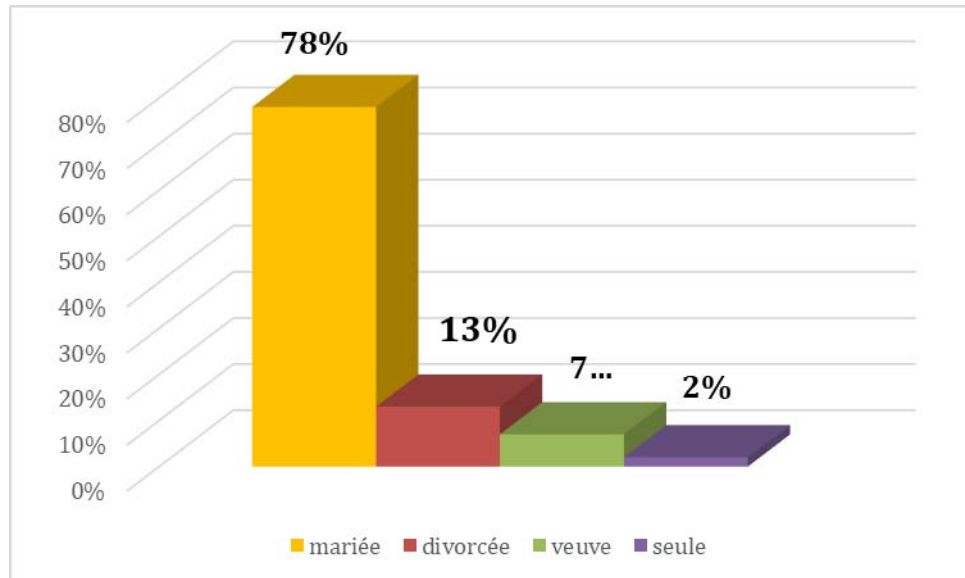
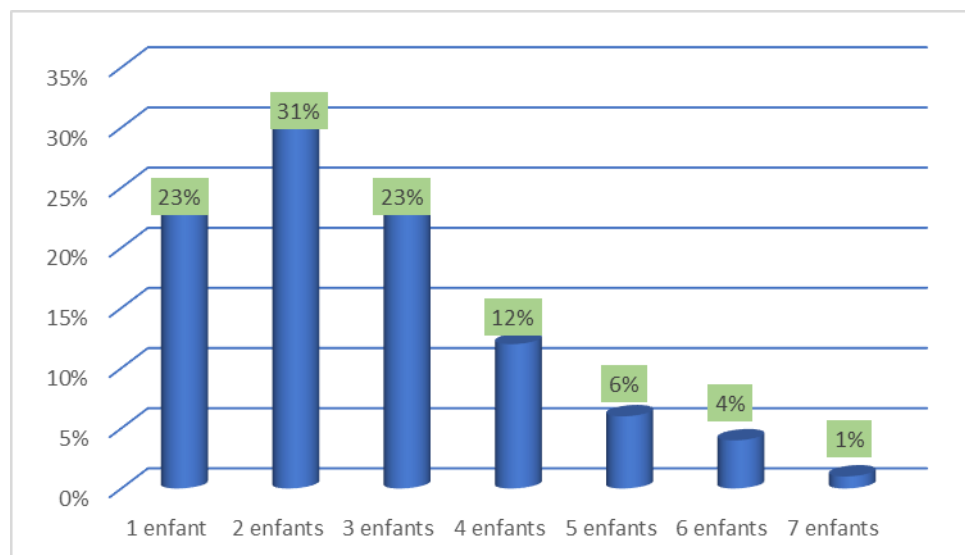


Figure 9 : Répartition selon la situation familiale

2.5. Nombre d'enfants :

Plus que la moitié des mères (54%) avaient 1 à 2 enfants.



Figures 10 : Répartition selon le nombre d'enfants

II. Les infections respiratoires hautes :

1. Moyens et suffisance des informations sur les infections respiratoires hautes:

- Presque toutes les mamans interrogées (99%) déclaraient « avoir déjà entendu parler des infections respiratoires hautes ».
- Les deux principaux moyens d'informations cités étaient par l'intermédiaire de la télévision et la radio (52%) et la présence d'antécédant (30%).

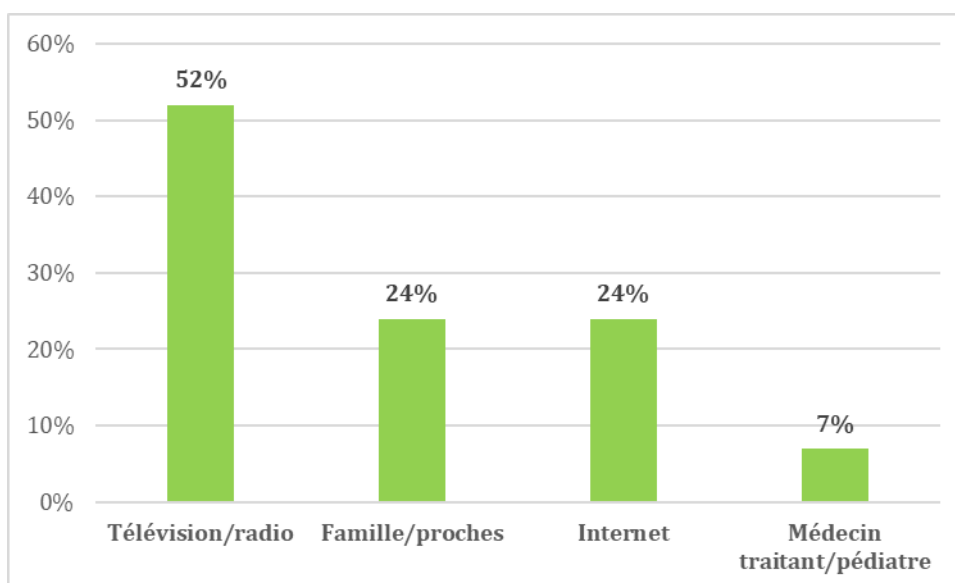


Figure 11 : Répartition des différentes sources d'information sur les infections respiratoires hautes

- Presque la moitié des mamans interrogées (51%) jugeaient être suffisamment informées sur les infections respiratoires hautes.

2. Période de survenue :

- Toutes les mamans (96%) avaient précisé que l'hiver était la saison de survenue de ces infections.

3. Contagiosité et mode de contamination :

- Concernant le caractère contagieux, plus des deux tiers (69%) des mères interrogées estimaient que les IVRS sont des maladies contagieuses.

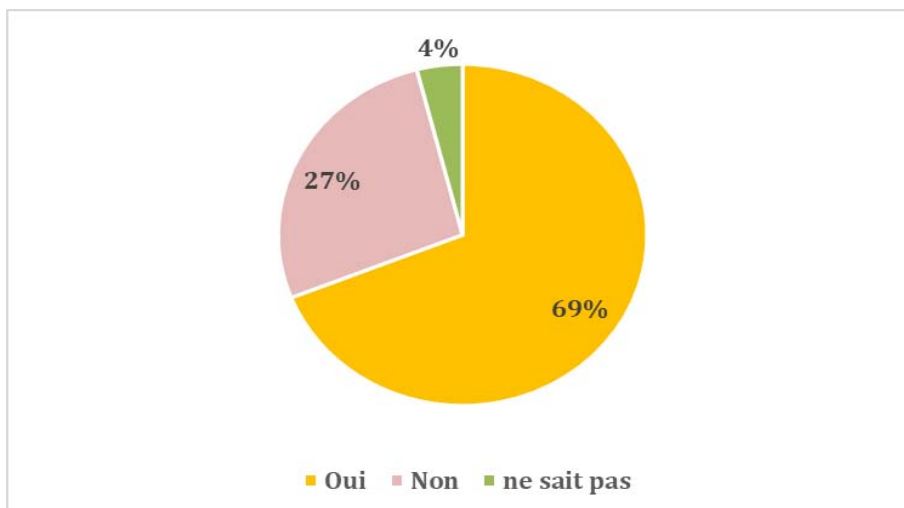


Figure 12 : Caractère contagieux des infections respiratoires hautes

- Parmi les 124 mères ayant répondu par « oui » au caractère contagieux des IVRS, le principal moyen de contamination évoqué était « l'air/la toux » dans 74%, suivis de « la salive/sécrétions nasales » pour 63%.

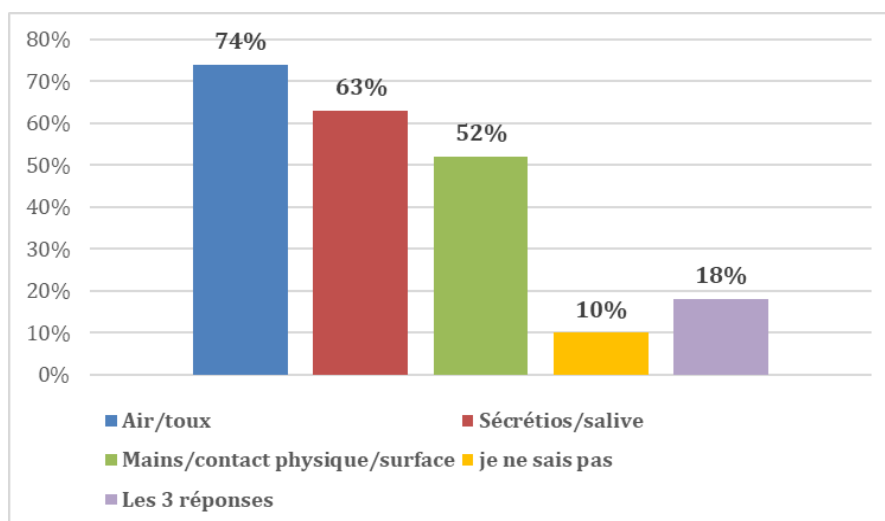


Figure 13 : Mode de contamination évoqué par les mères

- Plus d'un tiers des mères (39.4%) croyaient que les infections respiratoires hautes sont dues à un virus ; tandis que 38% pensaient que les bactéries présentent la cause principale de ces infections.

Tableau IV : Agent causal infectieux selon les mamans interrogées

Agent causal	Effectif	Pourcentage
Bactérie	69	38%
Virus	71	39.4%
Champignon	5	2.6%
Non précisé	35	20%

4. Signes cliniques des infections respiratoires hautes :

- Ils étaient dominés, selon les mères interrogées par trois maitres symptômes : la fièvre (99%), l'obstruction nasale (98%) et la toux (90%).

Tableau V : les signes cliniques constatés par les mères chez leurs enfants

Symptômes	Effectif	Pourcentage
Fièvre	178	99%
Obstruction nasale	176	98%
Toux	162	90%
Rhinorrhée muqueuse	115	64%
Perte d'appétit	102	57%
Réveils nocturnes	95	53%
Vomissements	92	51%
Diarrhée	80	45%
Douleur pharyngée	80	44%
Odynophagie	65	36%
Gêne respiratoire	60	33%
Oropharynx inflammé	60	33%
Somnolence	50	28%
Voix rauque	45	25%
ADP cervicales douloureuses	45	25%
Changement du comportement de l'enfant	40	22%
Irritabilité	40	22%
Douleur dentaire	40	22%
Douleur sous orbitaire	38	21%
Rhinorrhée mucopurulente	30	17%
Otalgie	30	17%
Otorrhée	29	16%
Tympan congestifs	25	14%
Conjonctivite	20	11%
Œdème palpébral	18	10%

5. Conduite à tenir devant le premier symptôme :

- Presque un tiers des mères (29%) avait confirmé leurs recours aux recettes traditionnelles à la maison dès l'apparition du premier symptôme ; tandis que 24% préféraient l'automédication.
- Alors qu'une partie des mamans (19%) avaient déclaré qu'elles avaient besoin de l'aide des guérisseurs traditionnels.

Tableau VI : Conduite à tenir initial devant le premier symptôme

Conduite à tenir initial	Effectif	Pourcentage
Consulter le médecin généraliste de centre de santé	26	14%
Consulter le pédiatre	18	10%
Partir directement chez le pharmacien	43	24%
Consulter les urgences	7	4%
Faire des recettes traditionnelles à la maison	52	29%
Partir à des guérisseurs traditionnels	34	19%

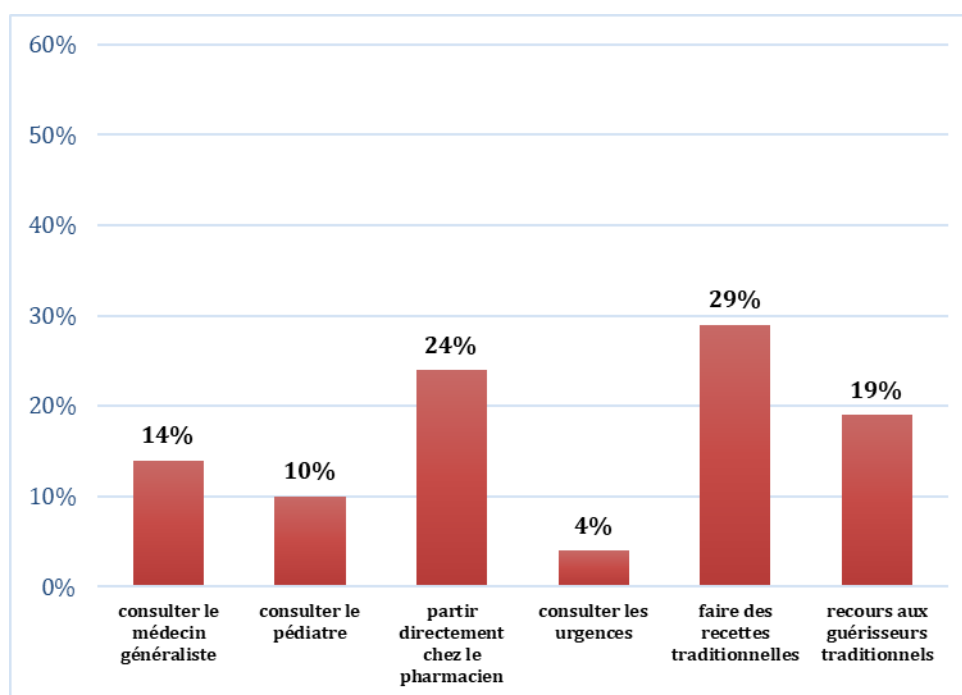


Figure 13 : Conduite à tenir initial

6. Autres mesures pour améliorer les symptômes dûs aux infections respiratoires hautes :

- Presque les deux tiers des mamans (69%) avaient réclamé leur recours à la médecine traditionnelle et les mesures d'hygiène dont le lavement régulier des mains, se moucher correctement et prendre des douches régulièrement.
- Nous avons noté aussi que les deux tiers des mères (67%) préconisaient le proclive dorsal en mettant un oreiller pour soulever la tête de l'enfant comme mesure d'amélioration des symptômes de leurs enfants.
- Le lavage répété des mains était préconisé par 47% des mamans.

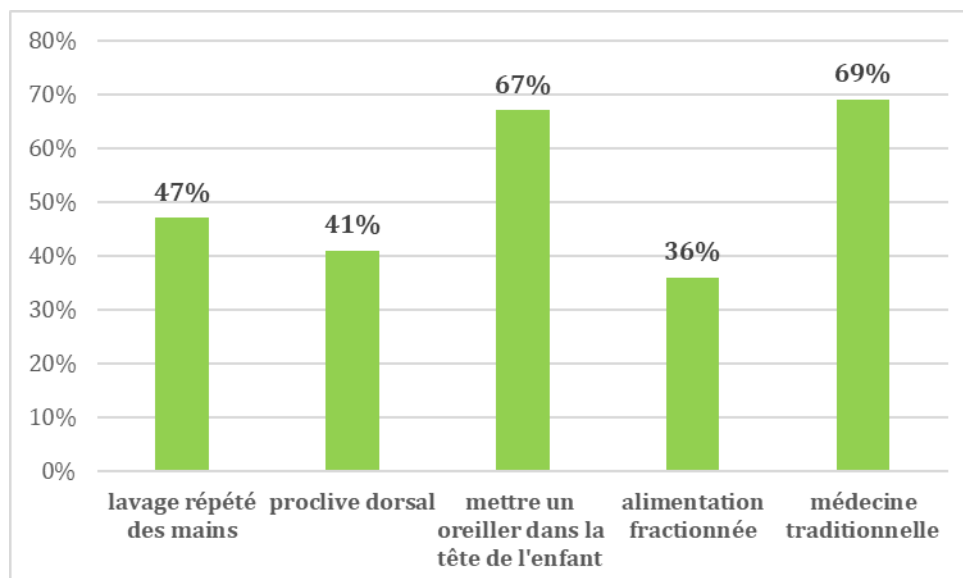


Figure 14 : Répartition des mesures à réaliser pour améliorer les symptômes dus aux infections respiratoires hautes

7. Mesures de prévention

- La plupart des mères (97%) préconisaient de bien couvrir l'enfant pendant la nuit comme mesure de prévention.

- Parmi les mesures de prévention, 86% des mamans préconisaient l'aération de la chambre au moins 10 minutes par jour.
- La majorité des mamans (83%) préconisaient l'éviction du tabagisme passif comme solution.

Tableau VII : Répartition des mesures de prévention des infections respiratoires hautes

Mesures de prévention	Effectif	Pourcentage
Bien couvrir l'enfant la nuit	175	97%
Ne pas sortir l'enfant dehors s'il fait froid	130	72%
Ne pas manger de glaces	142	79%
Se laver les mains plusieurs fois par jour	75	42%
Faire des lavages de nez en préventif	55	31%
Eviter d'emmener son enfant dans les endroits publics confinés	54	30%
Eviter de partager les biberons, sucettes, non lavés	60	33%
Aération des chambres des enfants	155	86%
Ne pas fumer à côté des bébés et des enfants	150	83%

8. Environnement de l'enfant :

- Presque la moitié des mères (48%) confirmaient la présence d'un fumeur à la maison.
- Presque un tiers des mères (30%) avait des animaux domestiques à la maison.
- Plus d'un tiers des familles (36%) de notre échantillon était composées de 4 membres.

9. Signes cliniques indicateurs d'une consultation d'urgence lors d'une rhinopharyngite :

La fièvre rebelle au paracétamol (94%), l'altération de l'état général (90%), et la gêne respiratoire (86%) étaient les principaux signes cliniques indicateurs d'une consultation d'urgence lors d'une rhinopharyngite.

Tableau VIII : Signes cliniques de rhinopharyngite nécessitant une consultation en urgence selon les mères interrogées

Symptômes cliniques	Pourcentage	Effectif
Fièvre rebelle au paracétamol	170	94%
Gêne respiratoire	185	86%
Dyspnée	100	56%
Diminution des prises alimentaire	115	64%
Altération de l'état général	90	90%
Comportement anormal	120	67%
Enfant somnolent	135	75%
Pleurs inhabituels	65	36%

10. Signes cliniques indicateurs d'une consultation d'urgence lors des angines :

Ils étaient dominés par la fièvre rebelle au paracétamol (92%), une déshydratation sévère (89%), et l'altération de l'état général (72%).

Tableau IX : Signes cliniques des angines nécessitant une consultation en urgence

Symptômes	Effectif	Pourcentage
Fièvre rebelle au paracétamol	155	92%
Vomissements	55	32%
Diarrhée	30	17%
Altération de l'état général	130	72%
Dyspnée	95	53%
ADP(s) cervicale(s) sensible(s)	93	52%
Dysphagie	100	56%
Voix étouffée	60	33%
Déshydratation sévère	160	89%

11. Nombre d'épisodes d'angine par année :

Plus que la moitié des mères (55%) déclaraient 2 à 3 épisodes.

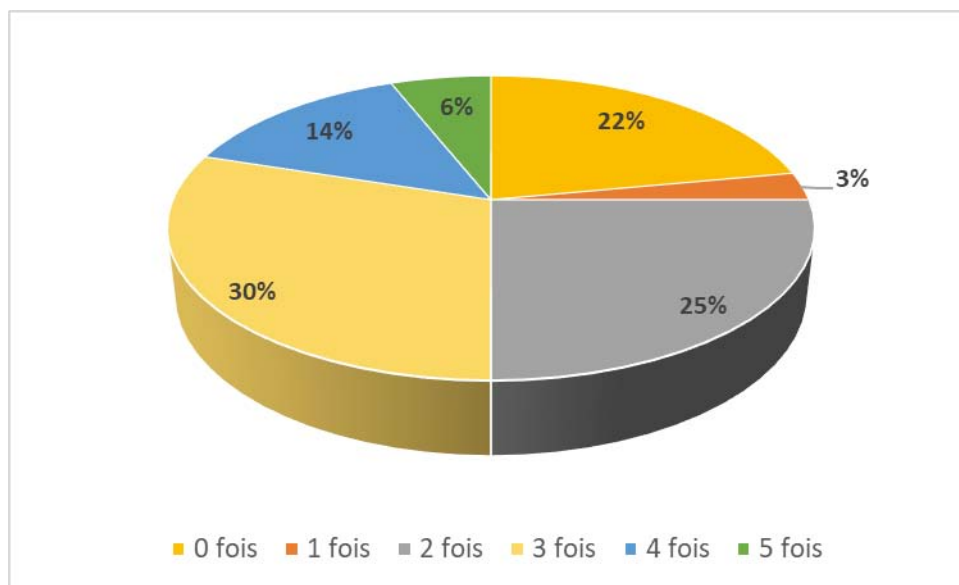


Figure 15 : Répartition selon le nombre d'épisodes d'angine par an

12. Signes cliniques indicateur d'une consultation d'urgence lors d'une otite :

L'otorrhée purulente était le premier signe de gravité pour tous les enfants lors d'une otite, suivie par l'altération de l'état général (92%) et la fièvre rebelle au paracétamol (88%).

Tableau X : signes cliniques d'otite nécessitant une consultation en urgence

Symptômes	Effectif	Pourcentage
Altération de l'état général	155	92%
Fièvre rebelle au paracétamol	158	88%
Otalgie aigue	125	70%
Otorrhée purulente	180	100%

13. Signes cliniques indicateurs d'une consultation d'urgence lors d'une sinusite :

Concernant les signes de gravité lors d'une sinusite, notre étude a révélé que la fièvre rebelle au paracétamol était le maitre symptôme (92%) ; suivie par la somnolence (89%), et le comportement anormal dans 80% des cas.

Tableau XI : Signes cliniques de la sinusite nécessitant une consultation en urgence

Symptômes	Effectif	Pourcentage
Fièvre rebelle au paracétamol	165	92%
Maux de tête	75	42%
Sensation de pesanteur	70	39%
Comportement anormal	145	80%
Enfant somnolent	160	89%
Pleurs inhabituels	65	36%

14. Traitements recommandés dans les infections respiratoires hautes :

- Les antalgiques (paracétamol), les antibiotiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens demeurent les principaux traitements préconisés par les mamans.
- Le miel était aussi utilisé comme solution pour traiter les infections respiratoires hautes chez les enfants.

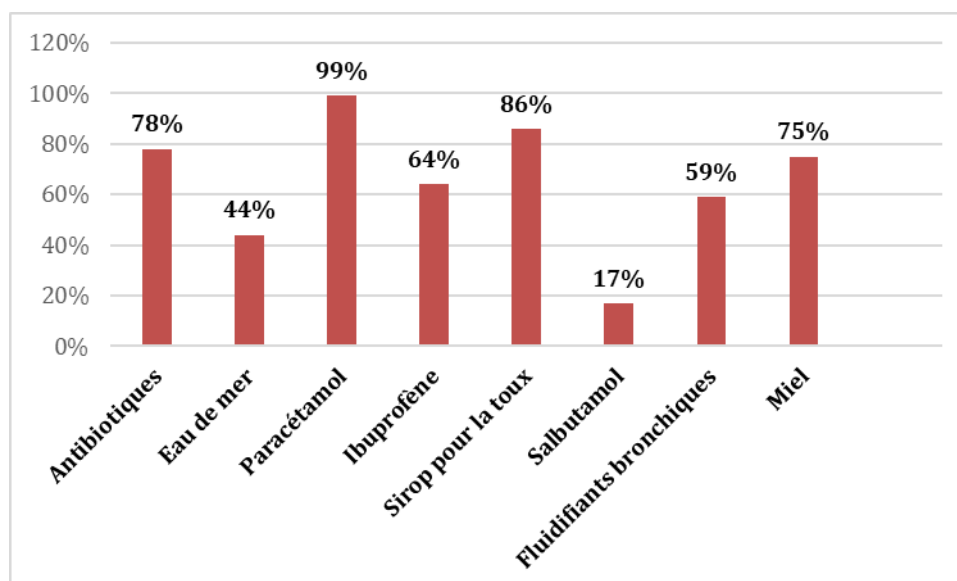


Figure 16 : Répartition des traitements des infections respiratoires hautes selon les mères interrogées

15. Médecine traditionnelle :

- Plus que la moitié des mères (53%) avaient répondu qu'elles préféraient le recours à la médecine traditionnelle comme traitement des IVRS.
- Plus qu'un tiers de ces mamans (37%) utilisait la recette « graisse de la bosse du chameau + œuf+ lait » comme traitement des rhinopharyngites.
- Tandis que 14% utilisaient « citron+miel » pour traiter les angines.

Tableau XII : Répartition des recettes traditionnelles utilisées par les mères comme traitement des IVRS

La recette	Effectif	Pourcentage
« citron + miel »	12	14%
« graisse de la bosse du chameau + œuf+lait »	35	37%
« lait +ail »	11	11%
« lait + thym »	13	14%
« lait+gingembre »	9	9%
« orange+ anserine »	8	8%
« ail »	7	7%



DISCUSSION

I. Données sociodémographiques :

1. Age des mères :

L'âge moyen des mères était de 34,97 avec des âges extrêmes de 18 et 56 ans. La tranche d'âge entre 25 et 45 était la prédominante. Ce résultat est similaire à celui de CAMARA(7) qui avait retrouvé une moyenne d'âge de 27,6 ans avec des extrêmes de 17 et 43 ans. Et de YATTARA(8) qui avait retrouvé une moyenne d'âge de 28,90 ans avec des extrêmes de 15 ans et 52 ans. Adedemy JD et al (9) ont trouvé en 2017 au Bénin, un âge moyen des mères de 30 ans \pm 6 ans. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les centres de santé sont plus fréquentés par les jeunes mères.

Tableau XIII : Comparaison de l'âge moyen des mamans avec certains données de la littérature

Auteurs	Age moyen des mamans	Les extrêmes
YATTARA	28.90	15ans et 52ans
Adedemy et al	30ans +6ans	-
CAMARA	27.6ans	17ans et 43ans
LAKRAIMI (10)	32 ans	-
Notre série	34 .97ans	25ans et 45 ans

2. Niveau d'étude :

Nos enquêtés scolarisés étaient majoritaires dans 63% des cas parmi lesquels 33% était au niveau primaire, 15 % au niveau secondaire et seulement 16 % avait atteint le niveau supérieur avec 13% étaient analphabète.

Ce résultat ne diffère pas de celui de YATTARA(8) 63.5% et de CAMARA(7) qui ont retrouvé que la majorité des mères étaient scolarisés dans 87,5% des cas parmi lesquels 24% était au niveau primaire, 32 % au niveau secondaire et seulement 27 % avait atteint le niveau supérieure. Contrairement B.SANOGO(11), qui ont retrouvé un taux inférieur des scolarisés à

23,7% aussi que LAKRAIMI(10) qui a retrouvé que Plus de deux tiers des mères étaient analphabètes ou avaient un niveau primaire (68,3%) ;et ces écarts pourraient s'expliquer par la grande fréquentation des écoles en milieu urbain qu'en milieu rural.

Tableau XIV : comparaison du niveau scolaire des mères à certaines données de la littérature

Auteurs	Pourcentage des mères scolarisées
Yattara	63.5%
Camara	87.5%
B.Sanogo	23.7%
Lakraimi	31.7%
Notre série	63%

3. Profession des mères :

Presque la majorité des mamans étaient des femmes au foyers soit 63% des cas. Ce qui confirme et complète l'étude de Lakraimi dans leur travail de thèse 242/18 qui a retrouvé que la majorité des mères étaient des femmes au foyers dans 69.5%.

Contrairement à M.RACHE qui a objectivé dans leur travail que seulement 34.4% des mamans étaient sans emploi .

Tableau XV : comparaison des professions des mamans à certaines données de la littérature

Auteurs	Pourcentage des mamans sans emploi
Lakraimi(10)	69.5%
M.RACHE(12)	34.4%
Notre série	63%

4. Nombre d'enfants :

Plus de la moitié des mamans (77%) dans notre étude avaient 3 enfants ou moins. Ce résultat concorde à celui de LAKRAIMI thèse 241/18 qui a retrouvé que plus de la moitié des parents (53,9%) avaient 3 enfants ou plus et que la majorité des parents ayant 5 enfants ou plus

étaient analphabètes ou avaient un niveau primaire (86,6%) et un niveau socio-économique défavorable (89.6%).

II. Les infections respiratoires hautes :

Les rhinopharyngites, les sinusites, les otites et les angines représentent les infections oto-rhino-laryngologiques (ORL). Ce sont des infections saisonnières le plus souvent virales. Elles sont souvent traitées inutilement par antibiotiques. Leur surinfection bactérienne est toutefois possible. Même dans de telle situation, l'évolution spontanément favorable est souvent possible. C'est pourquoi, et encore plus maintenant dans le contexte de surconsommation d'antibiotiques et d'écologie bactérienne, chaque prescription d'antibiotique ne doit être faite qu'après un diagnostic le plus précis possible et une étude de la balance bénéfices/risques.(13)

Les IVRS peuvent être classée en fonction du symptôme prédominant(2):

1. IVRS aspécifique : symptômes infectieux à plusieurs niveaux, sans prédominance
2. Pharyngite aiguë : prédominance du mal de gorge
3. Rhino-sinusite aiguë : prédominance de symptômes nasaux
4. Otite moyenne aiguë : prédominance d'une douleur de l'oreille
5. Grippe : prédominance de symptômes généraux et notion d'épidémie

1. Les angines :

Définition et physiologie : Inflammation aiguë des amygdales palatines d'origine virale ou bactérienne. Épidémiologie Environ 9 millions d'angines sont diagnostiquées en France chaque année.

50 à 90 % de ces angines sont d'origine virale. Étiologie Cause virale : adénovirus, coronavirus, virus d'Epstein-Barr (EBV), herpès virus, rhinovirus, virus respiratoire syncytial, virus influenzae et para-influenzae, beaucoup plus rarement VIH.

Cause bactérienne : streptocoque bêta-hémolytique du groupe A pneumocoque, *Hæmophilus influenzae*, staphylocoque.

Diagnostic Signes fonctionnels Dysphagie dans un contexte fébrile, douleurs pharyngées, parfois au cours ou au décours d'une rhinopharyngite. Examen clinique On distingue quatre types d'angine selon leur aspect à l'examen clinique :

- Angines érythémateuses : les amygdales sont rouges ;
- Angines érythématopultacées : les amygdales sont recouvertes d'un enduit pultacé (blanc).
- Angines pseudomembraneuses : les amygdales sont recouvertes de fausses membranes.
- Angines ulcéreuses : ulcérations à la surface des amygdales. Toutes ces formes d'angines peuvent être uni- ou bilatérales. On peut palper des adénopathies cervicales.(14)

2. Les rhinopharyngites :

La rhinopharyngite désigne une inflammation modérée des voies aériennes supérieures d'origine infectieuse. Les signes habituels en sont l'obstruction nasale, la rhinorrhée, l'éternuement, la douleur pharyngée et la toux.

Les rhinopharyngites aiguës non compliquées sont d'origine virale. Leur évolution spontanée est habituellement rapide et non compliquée. Elles ne nécessitent donc ni prélèvement bactériologique ni antibiothérapie systématique. En première intention, elles relèvent exclusivement d'un traitement antalgique et antipyrétique associé à des lavages des fosses nasales au sérum salé iso- ou hypertonique.

Les complications des rhinopharyngites sont infectieuses, essentiellement représentées par les otites et les sinusites, et respiratoires obstructives. Le caractère fréquemment itératif des rhinopharyngites à partir de l'âge de 6 mois reflète un processus physiologique de maturation

du système immunitaire. En présence de rhinopharyngites fréquentes et invalidantes, les principaux facteurs de risque devant être recherchés et si possible éradiqués sont le tabagisme passif et la fréquentation d'une collectivité d'enfants. L'adénoïdectomie n'est pas indiquée en l'absence de complications.

Le développement d'antiviraux efficaces dans la prévention et dans le traitement des rhinopharyngites fait l'objet d'intenses recherches cliniques et expérimentales. (15)

3. Les otites :

Une otite est une inflammation aiguë ou chronique de l'oreille.

« L'otite externe » est une dermo-épidermite du revêtement cutané du méat acoustique externe (MAE) d'origine infectieuse.

« L'otite congestive » est définie par une congestion bénigne des tympans le plus souvent d'origine virale, souvent associée à une rhinopharyngite, d'évolution spontanément résolutive mais aussi susceptible d'évoluer vers un tableau d'OMA purulente.

« L'OMA purulente » correspond à la surinfection bactérienne de l'oreille moyenne, avec présence d'un épanchement (muco-)purulent collecté ou extériorisé dans la caisse du tympan. Le caractère aigu est lié à la brutalité du début de la symptomatologie.

« L'otite séromuqueuse » (OSM) est caractérisée par un épanchement rétro tympanique sans signe d'inflammation aiguë, évoluant depuis plus de 2 mois (observée à deux reprises et à au moins 3 mois d'intervalle).(16)

Le pic d'incidence des OMA chez le nourrisson se situe entre les âges de 6 et 24 mois. Les deux principales bactéries responsables des OMA purulentes du nourrisson sont(16) :

- Streptococcus pneumoniae (pneumocoque) ;
- Hæmophilus influenzae non typable.

L'anamnèse doit rechercher :

- l'âge du nourrisson ;
- une fièvre \pm élevée ;
- l'évaluation de la douleur liée à l'otalgie ;
- un contexte de rhinopharyngite aiguë ;
- des facteurs de risque d'OMA récidivantes ou chroniques :
 - rhinopharyngites à répétition (\pm hypertrophie des végétations adénoïdes),
 - RGO, allergie, - tabagisme passif.

La suspicion diagnostique d'OMA repose sur l'association de signes à début brutal :

- signes fonctionnels :
 - otalgies : exprimées (à partir de l'âge de 3 ans),
 - et/ou équivalents : irritabilité, pleurs, insomnie (chez le nourrisson) ;
- signes généraux :
 - fièvre, réduction de l'appétit,
 - \pm vomissements alimentaires, douleurs abdominales.

4. Les sinusites :

La sinusite est une inflammation des sinus périmaxillaires due à une infection virale, bactérienne ou fongique ou à des réactions allergiques.

Il s'agit d'une pathologie fréquente, dans sa forme bénigne, qui résulte d'une surinfection d'un ou de plusieurs sinus de la face.

On parle plutôt chez l'enfant de rhinosinusite aiguë du fait de l'absence de développement complet des cavités sinusiennes chez l'enfant de moins de 6 ans et de sinusite vraie chez l'enfant plus grand.

Dans sa forme sévère, la sinusite de l'enfant est assez rare et se traduit le plus souvent par une ethmoïdite chez l'enfant de moins de 6 ans ou par une sinusite compliquée chez l'enfant plus grand.

Au-delà de 4 mois d'évolution, on parle de sinusite chronique et il convient de rechercher et de traiter les facteurs favorisant ce type d'infection. (17)

III. Moyens d'informations des mamans :

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 (17)

Quatre-vingt-dix-neuf pour cent des mamans interrogées déclaraient « avoir déjà entendu parler des infections respiratoires hautes ». Les deux principaux moyens d'informations cités étaient par l'intermédiaire de la télévision et radio (52%). Ce qui diffère avec l'étude de Pereira et al au Portugal(18) puisque les principales sources d'information étaient le médecin (65,8%) et les infirmières (50,6%).

Tableau XVI : comparaison des moyens d'informations des mamans avec certaines données de la littérature

Auteurs	Moyens d'information des parents	Pourcentage
Perira et al(18)	Les médecins	65.8%
	Les infirmières	50.6%
K.KRAIMI(10)	Les médecins	84%
	Les infirmières	
Notre série	Télé et radio	52%
	Médecins et infirmiers	7%

IV. Contagiosité et mode de contamination et prévention :

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer les connaissances des mamans sur les infections respiratoires hautes.

Ces connaissances sont insuffisantes, puisque deux mamans sur trois (69%) considéraient les infections respiratoires hautes comme maladie contagieuse.

Seulement 18% de l'ensemble des mères connaissaient les trois modes de contamination avec une meilleure connaissance pour les mères diplômées.

Cette méconnaissance au caractère contagieux des IVRS, peut expliquer la divergence des réponses concernant les mesures de prévention.

La plupart des mamans de notre échantillon (86%), préconisaient l'aération des chambres des enfants comme mode de prévention, ceci était attendu étant donné que le principal mode de contamination selon eux était « l'air/la toux » (74%).

Parmi les mesures préventives liés au mode de contamination indirect par les mains ou les surfaces contaminées, nous constatons, que seulement la moitié des mères (47%) le préconisaient comme mode de prévention, et ceci peut être expliquer par le nombre des mamans (52%) qui l'avaient évoqué comme mode de contamination.

V. L'automédication :

L'automédication est une pratique très répandue et consiste pour une personne à choisir et d'utiliser un médicament pour traiter une affection ou un symptôme bénin sans avis médical, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)(19).

La santé est de nos jours considérée comme un droit et tout « mal-être » est une entrave insupportable au « bien-être » que les progrès scientifiques sont censés garantir. En France, consommer un médicament sans prescription médicale est un geste banal de la vie quotidienne puisqu'en 2001, 82 % des personnes interrogées disaient s'automédiquer. Si l'automédication des adultes, favorisée récemment avec le libre accès à certains médicaments dans les pharmacies, est en pleine évolution, celle des enfants risque de suivre le même chemin.(20)

L'automédication est un phénomène très répandu dans le monde aussi bien que dans notre pays. Notre étude a montré que 24% des mamans avaient pratiqué l'automédication. Ce résultat est inférieur à celui de BERTHE qui trouva 29,2% (18) et inférieur à celui de AMMA avec 48% d'automédication(21).

Tableau XVII : comparaison du taux d'automédication avec certaines données de la littérature

AUTEURS	Automédication
AMMA	48%
BERTHE	29,2%
Notre série	24%

1. Les traitements recommandés dans les infections respiratoires hautes selon les mamans :

Dans notre travail : Les antalgiques (paracétamol), les antibiotiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (Ibuprofène) demeurent les principaux traitements préconisés par les mamans. Le miel était aussi utilisé comme solution pour traiter les infections respiratoires hautes chez les enfants.

1.1. Les antalgiques (paracétamol) :

L'acétaminophène ou paracétamol (Doliprane®, Dafalgan®, Efféralgan®, etc.) est un métabolite de la phénacétine, découvert dès 1877 et utilisé pour la première fois en 1893. C'est un agent analgésique et antipyrétique mais sans effet anti-inflammatoire, commercialisé seul ou en association dans de multiples spécialités pharmaceutiques (Di-antalvic® avec le dextropropoxyphène) distribuées dans le monde entier. Il est indiqué dans le traitement symptomatique des affections douloureuses et/ou fébriles en première intention. (22)

Le paracétamol (acétaminophène) est un médicament bien toléré aux doses thérapeutiques et ce profil de sécurité est un facteur majeur de la très large utilisation du médicament. (23)

Dans notre étude 99% des mamans préconisaient l'utilisation du paracétamol comme premier traitement devant les infections respiratoires hautes chez leurs enfants. Ce résultat ne diffère pas à celui de la MARLE (24) dans leur travail sur automédication par paracétamol chez les enfants de moins de 12 ans : Etat des lieux des connaissances des parents de la Somme a objectivé que 83.2% avaient déjà automédiqué leurs enfants avec du paracétamol.

Dont les indications suivantes :

-fièvre

-mal de tête

-rhume et état grippal

Le Paracétamol reste parmi les médicaments les plus incriminés dans l'intoxication médicamenteuse chez l'enfant. Les parents et les professionnels de santé doivent être conscients du danger potentiel de ces intoxications afin de les prévenir ou limiter les conséquences. (25)

1.2. Les antibiotiques :

La prescription d'antibiotiques pour les infections courantes de l'enfant reste une décision difficile pour les praticiens. Cela pourrait s'expliquer en partie par des symptômes cliniques atypiques et le risque d'évolution rapide en médecine pédiatrique. Cependant, le taux

de prescription inappropriée d'antibiotiques est élevé dans cette population. Parmi les principales conséquences de cette pratique, on peut noter l'apparition de résistances aux antibiotiques, la survenue d'effets secondaires, des retards de diagnostic ainsi que des hospitalisations évitables. Bien que certaines considérations, telles que les problèmes de réévaluation du patient après 48 h, doit être pris en compte, une meilleure utilisation des examens paracliniques en médecine générale pourrait contribuer à réduire les prescriptions inappropriées d'antibiotiques (26).

L'automédication est un phénomène universel menaçant la santé publique surtout en ce qui concerne les antibiotiques. Bien qu'ils sont primordiales dans la prise en charge des maladies infectieuses, les antibiotiques peuvent être un facteur favorisant à l'émergence des souches résistantes dû à leur utilisation abusive et inadéquate dans le traitement des infections.(12)

Comme bien d'autres classes médicamenteuses les antibiotiques sont également touchés par le phénomène d'automédication.

Utilisé dans la prise en charge de plusieurs maladies infectieuses, le terme antibiotique se définit comme étant : « Un composé chimique, élaboré par un microorganisme ou produit par hémisynthèse ou par synthèse, dont l'activité thérapeutique se manifeste à très faible dose d'une manière spécifique, par l'inhibition de certains processus vitaux à l'égard des micro-organismes sensibles (27)

Dans notre étude on note que la plupart des mamans (78%) utilisaient les antibiotiques pour traiter les infections respiratoires chez leurs enfants. Les antibiotiques (amoxicilline, Clamoxyl, Orelox, Josacine, Augmentin) sont cités par 11 % des parents (20). Une étude américaine s'est attachée aux représentations des parents vis-à-vis des antibiotiques(28), elle montre que 85 % pensent qu'il est délétère de ne pas les utiliser, 55 % sont sensibles à la notion de résistance, pour 15 % cependant ils sont inefficaces et 10 % en redoutent les effets secondaires.

Malgré ces inquiétudes 18 % des parents en ont déjà donné à leur enfant sans avis médical. Les parents ont souvent des idées fausses sur le rôle des antibiotiques : 54 % savent

que les rhinites sont virales, mais 46 % pensent que les antibiotiques sont efficaces sur ces virus et ils les croient toujours ou parfois nécessaires dans les infections de la gorge (83 %), la toux (58 %), la fièvre (58 %), le rhume (32 %). (29)

Bien qu'elle soit une pratique très répandue les acteurs ont donné plusieurs justifications à l'automédication. Les motifs étaient entre autres la banalisation de la maladie, le manque de temps, les problèmes financiers, accès facile aux pharmaciens. Ainsi, des mamans ont trouvé banale les plaintes des enfants.

Notre résultat est similaire à celui de A. Hounsa (30) et al qui ont trouvé que les infections respiratoires sont les principaux motifs d'utilisation des antibiotiques . L'étude a montré que l'automédication par les antibiotiques est favorisée par une utilisation inappropriée de ces médicaments par un traitement antibiotique injustifié.

1.3. AINS (ibuprofène) :

Si le paracétamol est le premier médicament antipyrétique pédiatrique possédé et utilisé par les familles, l'ibuprofène a conquis, depuis sa mise sur le marché il y a dix ans, une large place. (31)

Dans notre étude, il a été administré dans 64% des cas notre résultat est supérieur à celui de Charkaluk et al (31) qui ont objectivé qu'il a été administré à 37 % des patients de moins de 15 ans consultant aux urgences pour fièvre, et ayant reçu au préalable au moins un antipyrétique. Dans 83 % des cas, l'ibuprofène a été utilisé en bithérapie avec le paracétamol. Au total, ce sont 35 % des enfants traités pour fièvre avant la consultation qui ont reçu une bithérapie.

L'ibuprofène est largement utilisé comme antipyrétique en pédiatrie, le plus souvent dans le cadre d'une bithérapie avec le paracétamol. Cette bithérapie, ou alternance thérapeutique, est inutile et potentiellement dangereuse. L'usage de l'ibuprofène apparaît plus comme le résultat d'une prescription par le médecin de l'enfant que comme une automédication. Au titre du principe de précaution, ce médicament devrait être réservé aux fièvres très élevées, mal tolérées

et répondant mal à une monothérapie bien conduite par le paracétamol. Les prescripteurs devraient être bien avertis des précautions d'emploi voire des contre-indications de cette molécule. (31)

2. La médecine traditionnelle :

2.1. Le miel

Le miel est utilisé depuis de nombreuses années comme remède traditionnel contre les infections des voies respiratoires supérieures, bien que des preuves claires de son efficacité manquent (32).

Dans l'étude de Hibatullah Abuelgasim et al, nous constatons que Le miel était supérieur aux soins habituels pour l'amélioration des symptômes des infections des voies respiratoires supérieures. Il fournit une alternative largement disponible et bon marché aux antibiotiques. Le miel pourrait contribuer aux efforts visant à ralentir la propagation de la résistance aux antimicrobiens, mais d'autres essais contrôlés par placebo de haute qualité sont nécessaires (33). Cela semble être corrélé avec l'avis des mamans de notre échantillon qu'ont jugé le miel comme traitement efficace des infections respiratoires hautes avec un pourcentage de 75%.

Le même résultat était trouvé aussi chez l'étude de Anibasa et al qui ont conclu que les doses de miel nocturnes administrées aux enfants souffrant de toux d'IVRS réduisent considérablement les symptômes et améliorent le sommeil des enfants(34).

2.2. Les guérisseurs traditionnels :

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) classe le guérisseur traditionnel "comme quelqu'un qui est reconnu par la communauté dans laquelle il vit comme compétent pour dispenser des soins de santé en utilisant des substances végétales, animales et minérales et certaines autres méthodes fondées sur les valeurs sociales, économiques et culturelles.(35)

La médecine traditionnelle est largement utilisée et son importance économique et sanitaire croît rapidement. En Afrique, jusqu'à 80 % de la population a recours à la médecine traditionnelle pour répondre à ses besoins en matière de soins de santé.(36)

Dans l'étude de Hari Datt Joshi et al, les résultats ont révélé que les habitants dépendaient fortement des guérisseurs traditionnels pour le traitement des troubles respiratoires. Les mères pratiquaient leurs propres méthodes en utilisant la médecine traditionnelle pour traiter les infections respiratoires aiguës en fonction de l'âge de l'enfant et en se basant sur leur expérience personnelle. L'étude a permis de recenser 13 genres de plantes ethno médicinales appartenant à 11 familles et 3 genres de faune.

La population de la zone d'étude suit encore les guérisseurs traditionnels et la médecine traditionnelle pour le traitement des maladies respiratoires de leurs enfants des substances végétales, animales et minérales et certaines autres méthodes fondées sur le contexte social, culturel et religieux ainsi que sur les connaissances, les attitudes et les pratiques qui prévalent dans la communauté culturel et religieux, ainsi que les connaissances, attitudes et croyances qui prévalent en matière de bien-être physique, mental et social.(36)

Donc nous constatons que cette étude se concorde avec notre série , plus que la moitié des mères(53%) de notre échantillon préféraient le recours à la médecine traditionnelle comme traitement des infections respiratoires hautes de leurs enfants, et plus que le tiers de ces mamans(37%) utilisait la graisse de la bosse du chameau comme substance animal dans leurs recettes traditionnelles ; cela peut être expliquer avec la spécificité de la ville de Laâyoune et sa nature désertique reconnue avec les chameaux.

2.3. Ansérine :



Figure 17 : photo de la plante ansérine(37)

Malgré les progrès de la pharmacologie, l'usage thérapeutique des plantes est très présent dans certains pays du monde surtout ceux en voie de développement nonobstant un système médical moderne. Le Maroc par la richesse et la diversité de sa flore, constitue un véritable réservoir phytogénétique avec environ 4500 espèces et sous espèces de plantes(38)

Ansérine, appelée au Maroc M'Khinza est une plante appartenant à la famille des Chenopodiaceae. Utilisée au Maroc pour ses propriétés thérapeutiques notamment antipyrétique, elle peut être toxique si elle est mal dosée.(39)

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(40)

Dans l'études de Luc Pascal Christian Loulougua Badinga et al (41), ils ont conclu que les nouveaux cas de neurotoxicité et d'entérotoxicité à l'ansérine devaient interpellier les cliniciens qui doivent pouvoir évoquer la possibilité d'intoxication à l'ansérine et la nécessité d'informer les praticiens et les consommateurs de plantes médicinales afin de lutter contre la banalisation de leur consommation ; à la recherche sur la pharmacopée traditionnelle afin d'identifier les propriétés thérapeutiques, de formaliser, de rationaliser et de codifier les prescriptions. Ceci permettra d'éviter les risques d'intoxication dont les conséquences peuvent être fatales.

Dans notre étude plus que la moitié des mamans(53%) utilisaient un traitement traditionnelle contre les infections respiratoires hautes, dont 8% de ces mères utilisaient Ansérine pour baisser la fièvre chez leurs enfants , ce qui complète l'étude de Lakraimi (10) , qui a conclu que plus de la moitié des parents (52,4%) utilisait un traitement traditionnel contre la fièvre, et (45,9%) de ces parents utilisaient Ansérine.



RECOMMANDATIONS



A la lumière de cette étude nous avons formulé les recommandations suivantes :

- Un programme d'éducation à la santé devrait être fait pour les mères concernant les maladies des voies respiratoires supérieures hautes.
- Les médias de masse devraient jouer un rôle dans l'éducation de la famille ou des mères concernant les maladies des voies respiratoires supérieures.
- Fournir des programmes d'éducation pour les mères sur le (allaitement, soins à domicile, mesures préventives) selon le programme sanitaire.
- Instaurer la médecine de famille
- Sensibiliser les mamans sur l'importance de consulter un médecin au premier plan afin d'éviter les complications qui peuvent être engendrer
- Encourager la relation médecin/ malade
- Des études plus approfondies devraient être menée pour des échantillons plus grands
- Mettre un accent sur l'information et la sensibilisation des parents à propos des inconvénients des plantes naturelles.
- Planifier l'alphabétisation des mères dans les plans de développement socio-sanitaire des communes.
- Généralisation du système de couverture sociale par les autorités compétentes.



CONCLUSION



L'attitude des mamans face aux infections respiratoires hautes de l'enfant dans notre contexte témoigne, comme dans les autres études concernant ce sujet, de la persistance d'une insuffisance des connaissances chez les mamans.

Les recommandations, si elles sont respectées, devraient permettre une diminution du recours vers la médecine traditionnelle.

Ce travail a permis de mettre en évidence les lacunes à propos des connaissances, des attitudes, des pratiques des mères envers les infections respiratoires de leurs enfants. L'amélioration de l'accès aux soins de santé primaire et l'amélioration de la médecine de famille peuvent améliorer la prise en charge des enfants avec infections respiratoires hautes.

La généralisation et la vulgarisation des connaissances par une campagne de santé publique d'information et d'éducation semblent toujours nécessaires.

La diffusion de dépliants comme celui élaborés lors de ce travail pourrait permettre une meilleure connaissance des symptômes et une bonne prise en charge.



RESUMES



Résumé

Les infections respiratoires hautes chez les enfants restent un motif fréquent de consultation pédiatrique.

Les mamans ont souvent des perceptions erronées concernant ces infections, ainsi que leurs informations sur la prise en charge des infections respiratoires hautes des enfants est très limitée.

Dans la présente étude évaluant les connaissances et les pratiques des mamans au sujet des infections respiratoires hautes chez l'enfant, 180 mères ayant des enfants moins de 15 ans ont été questionnées au sien des urgences de l'hôpital Moulay ben Mehdi de Laayoune et aux centres de santé. Presque 61% des mères avaient un niveau inférieur au baccalauréat, 13% étaient analphabètes. 63% étaient des femmes au foyer ; 54% avaient 1 à 2 enfants, la plupart des mamans (99%) déclaraient avoir déjà entendu parler des infections respiratoires hautes.

Les deux principaux moyens d'informations étaient la radio et la télévision (52%), 96% avaient précisé que l'hiver est la saison de survenu des infections respiratoires hautes. 39% croyaient que ces infections sont dues à un virus. La fièvre était le maître signe clinique dans 99%.

Le un tiers des mamans (29%) préconisait le recours aux recettes traditionnelles, 24% préféraient l'automédication dont le paracétamol (99%), les antibiotiques (78%), et les anti-inflammatoire non stéroïdien (64%).

Cette enquête nous a permis de révéler beaucoup des insuffisances dans les connaissances et la prise en charge des mamans des infections respiratoires hautes infantiles et l'évolution de celui-ci au fil des années. Des lacunes étaient plus marquées parmi la population de niveau scolaire bas. Une campagne de santé publique à grande échelle serait intéressante pour assurer et informer massivement sur les réflexes à voir en cas d'infection respiratoire haute chez l'enfant.

Abstract:

Upper respiratory infections in children continue to be a common reason for pediatric consultations. Mothers often hold misconceptions about these infections, and their knowledge regarding the management of upper respiratory infections in children is limited.

In this study, we evaluated the knowledge and practices of 180 mothers, with children under the age of 15, regarding upper respiratory infections. The interviews took place at the emergency department of Moulay ben Mehdi hospital in Laayoune and at other local health centers as well. Approximately 61% of the interviewed mothers had an educational level below high school. 13% were illiterate. 63% were housewives. And 54% had 1 to 2 children. Almost all of these mothers (99%) reported having prior awareness of upper respiratory infections.

The primary sources of information for them were radio and television (52%). 96% believed that winter is the season when upper respiratory infections are the most prevalent. Around 39% of the mothers believed that these infections were caused by a virus. Fever was reported as the main clinical sign by 99%.

Regarding treatment approaches, 29% recommended using traditional recipes, while 24% preferred self-treatment including the usage of paracetamol (99%), antibiotics (78%), and non-steroidal anti-inflammatory drugs (64%).

This survey highlighted significant gaps in mothers' knowledge and management of upper respiratory infections in children, particularly among those with a limited educational level. Conducting a comprehensive public health campaign to educate and inform the public about the appropriate measures to take in the event of an upper respiratory infection in a child would be very beneficial to children's health in the country.

ملخص

لا تزال التهابات الجهاز التنفسي العلوي لدى الأطفال سببًا شائعًا لاستشارة طب الأطفال .

غالبًا ما يكون لدى الأمهات تصورات خاطئة حول هذه العدوى ، بالإضافة إلى أن معلوماتهن حول رعاية أعراض التهابات الجهاز التنفسي العلوي للأطفال محدودة للغاية .

في هذه الدراسة تم تقييم معارف وممارسات الأمهات حول التهابات الجهاز التنفسي العلوي لدى الأطفال، تمت مقابلة 180 أمًا لأطفال دون سن 15 عامًا في مصلحة المستعجلات بمستشفى مولاي بن مهدي و كذلك في المراكز الصحية بالعيون لأطفال دون سن 15 عامًا. ما يقارب 61 ٪ من الأمهات لديهن مستوى دراسي أقل من البكالوريا، 13 ٪ كانوا أميين. 63٪ ربات البيوت. 54٪ لديهن طفل إلى طفلين.

قالت معظم الأمهات (99 ٪) أنه قد سبق لهن أن سمعن عن التهابات الجهاز التنفسي من قبل.

المذيع والتلفزيون كانا أهم أسباب التعرف على التهابات الجهاز التنفسي العلوية بنسبة (52 ٪) ، 96 ٪ صرحن أن موسم الشتاء هو موسم حصول هاته الالتهابات التنفسية.

39 ٪ يعتقدن أن هذه العدوى سببها فيروس. الحمى كانت العلامة السريرية الرئيسية بنسبة 99 ٪.

29 ٪ دافعن عن العودة إلى الوصفات التقليدية ، 24 ٪ فضلن العلاج الذاتي بما في ذلك الباراسيتامول

(99 ٪) ؛ المضادات الحيوية (78 ٪) و مضادات الالتهاب بنسبة 68 ٪

سمحت لنا هذه الدراسة بالكشف عن العديد من أوجه القصور في معرفة ورعاية الأمهات في حالة إصابة أحد أبنائهن بالتهابات الجهاز التنفسي العلوي. كان قصور المعلومات أكثر وضوحا لدى الامهات ذوات مستوى دراسي محدود.

سيكون من الجيد العمل على رفع مستوى الوعي عبر برامج الصحة العمومية لضمان معرفة الأمهات

لما يتوجب عليهن فعله في حالة إصابة أحد أطفالهن بعدوى الجهاز التنفسي العلوي.



ANNEXES



Annexe 1 : Questionnaire

Questionnaire sur les connaissances et attitudes des mères sur les infections respiratoires hautes de leurs enfants à la ville de Laâyoune

Enfants moins de 15 ans

Ce questionnaire est destiné aux mamans consultant aux urgences ou au centre de santé pour un enfant âgé de moins de 15 ans, quel que soit le motif de la consultation. Il s'agit de recueillir des informations concernant votre connaissance sur les infections respiratoires hautes, dans le cadre d'une thèse de médecine générale.

Ce questionnaire est totalement anonyme.

Pour chaque question comportant des cases à cocher, veuillez cocher les bonnes réponses :

I. Situation familiale :

-Enfant :

Q1-Age de l'enfant : _____

Q2-Sexe : masculin féminin

Q3-Si nrss : allaitement maternel oui non si oui : pendant :

Allaitement artificiel oui non si oui : pendant :

Allaitement mix oui non

Q 4-Lieux de garde de l'enfant : Vous-même/conjoint Crèche
 Famille Assistante maternelle
Autre : _____

Q5-Niveau scolaire de l'enfant : _____

Q6-Antécédents médicaux : non oui à préciser :

Q7-Antécédents chirurgicaux : non oui à préciser :

Q8-Etat vaccinale de l'enfant complet incomplet

Q9- Qui suit habituellement votre enfant (plusieurs réponses possibles)

Médecin généraliste oui non

Pédiatre oui non

Autre _____

-Maman :

Q10-Quel est votre âge (en années) : _____

Q11-Niveau d'étude sans niveau scolaire primaire secondaire bac
 université

Q12-Profession _____

Q13-Situation familiale mariée divorcée veuve seule

Q14-Nombre d'enfants: _____

Q15-L'enfant que vous avez amené ce jour est le :

1er de la fratrie

Autre : _____

-Les infections respiratoires hautes :

Q16–Avez-vous déjà entendu parler des infections respiratoires hautes ? oui
 non

Q17–Si oui, par quel(s) moyen(s) (plusieurs réponses possibles) ?

- Un de vos enfants a déjà fait une infection respiratoire haute
- famille /proches télé ; radio
 médecin traitant /pédiatre internet
 Autre, à préciser :

Q18–Solen votre information les infections respiratoires hautes surviennent le plus souvent

- En été En hiver Je ne sais pas
 En automne Au printemps

Q19–Selon votre information les infections respiratoires hautes sont dues à :

- à une bactérie à un parasite
 à un virus à un champignon
 je ne sais pas

Q20–Selon vous est ce que les symptômes des infections respiratoires hautes sont contagieuses :

- oui non je ne sais pas

Q21–Si oui à la question précédente, vous diriez que les infections respiratoires hautes se transmettent (plusieurs réponses possibles) :

- par les mains / contact physique surface par la salive /sécrétion nasale
 par l'air / toux autre : -----
 Je ne sais pas

Q22–Quel(s) symptôme(s) vous remarquez se trouvent chez votre enfant (Plusieurs réponses possibles) ?

- | | | | |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|---|
| Fièvre | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| Vomissements | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| Diarrhée | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| Perte de l'appétit | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| Déshydratation | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| Obstruction nasale | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| Rhinorrhée muqueuse | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| Rhinorrhée mucopurulente | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |

Rhinorrhée	<input type="checkbox"/> unilatérale	<input type="checkbox"/> bilatérale	
Toux	<input type="checkbox"/> sèche	<input type="checkbox"/> grasse	<input type="checkbox"/> rauque <input type="checkbox"/> nocturne
Oropharynx inflammé	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> je ne sais pas
Adénopathies cervicales douloureuses pas	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> je ne sais pas
Tympan congestifs sais pas	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> je ne sais pas
Douleur pharyngée	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> je ne sais pas
Odynophagie (douleur à la déglutition)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> je ne sais pas
Gêne respiratoire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> je ne sais pas
Otalgie pas	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> je ne sais pas
Otorrhée	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> je ne sais pas
Douleur sous orbitaire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> je ne sais pas
Douleur dentaire pas	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> je ne sais pas
Réveils nocturnes pas	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> je ne sais pas
Somnolence	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> je ne sais pas
Irritabilité pas	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> je ne sais pas
Conjonctivite pas	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> je ne sais pas
Œdème palpébral pas	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> je ne sais pas
Voix rauque pas	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> je ne sais pas
Changement du comportement de l'enfant pas	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> je ne sais pas

Q23–Quelle est la première chose que vous faite quand votre enfant ressent un ou plusieurs des symptômes précédents :

Consulter le médecin généraliste de votre centre de santé	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Consulter un pédiatre	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Partir directement chez le pharmacien	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Consulter les urgences	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Faire quelque chose traditionnel à la maison	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui vous pouvez nous expliquer :		
Partir à des guérisseurs traditionnels	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Q24–Quelle(s) autre(s) mesure(s) pouvez-vous faire pour améliorer les symptômes de votre enfant ? (Plusieurs réponses possibles)

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> lavage répété des mains | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> incliner le matelas du lit | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> mettre un oreiller entre l'enfant et le matelas | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Alimentation fractionnée | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> autre : | | |

Q25–Quelle(s) est/sont pour vous la/les mesure(s) pour diminuer le risque de faire une infection respiratoires hautes ?

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bien couvrir l'enfant la nuit | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Ne pas sortir l'enfant dehors s'il fait froid | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> ne pas manger des glaces | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Se laver les mains plusieurs fois par jour | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Faire des lavages de nez en préventif | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Eviter d'emmener son enfant dans les endroits publics confinés (transports en commun, centres commerciaux, etc.) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Eviter de partager les biberons, sucettes non lavés | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> aérations des chambres des enfants | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Ne pas fumer à côté des bébés et des enfants | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Je ne sais pas | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Q26–Concernant le mode de vie de votre enfant :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Est-ce quelqu'un fume à la maison ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Combien de personnes vivent à la maison ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Vous avez des animaux domestique ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Q27–Si votre enfant a une rhinopharyngite, quel(s) symptôme(s) vous feraient consulter directement aux urgences ?

(Plusieurs réponses possibles)

- | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|---|
| Fièvre rebelle au paracétamol | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| Gêne respiratoire pas | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| Dyspnée pas | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| Diminution des prises alimentaires pas | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| Altération de l'état général pas | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| Comportement anormal pas | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
| Enfant somnolent pas | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |

Pleurs inhabituels oui non je ne sais pas

Q28–Si votre enfant a une angine, quel(s) symptôme(s) vous feraient consulter directement aux urgences ?

(Plusieurs réponses possibles)

Fièvre rebelle au paracétamol oui non je ne sais pas

Vomissements oui non je ne sais pas

Diarrhée oui non je ne sais pas

Altération de l'état général oui non je ne sais pas

Dyspnée oui non je ne sais pas

Adénopathie(s) cervicale(s) sensible(s) oui non je ne sais pas

Dysphagie oui non je ne sais pas

Voix étouffée oui non je ne sais pas

Déshydratation sévère oui non je ne sais pas

Gêne importante à la déglutition oui non je ne sais pas

Q29–Combien de fois par année votre enfant fait un épisode d'angine :

Q30–Si votre enfant a une sinusite, quel(s) symptôme(s) vous feraient consulter directement aux urgences ?

(Plusieurs réponses possibles)

Fièvre rebelle au paracétamol oui non je ne sais pas

Des maux de tête oui non je ne sais pas

Sensation de pesanteur oui non je ne sais pas

Comportement anormal oui non je ne sais pas

Enfant somnolent / difficilement éveillable oui non je ne sais pas

Pleurs inhabituels oui non je ne sais pas

Q 31–Si votre enfant a une otite, quel(s) symptôme(s) vous feraient consulter directement aux urgences ?

(Plusieurs réponses possibles)

Altération de l'état général oui non je ne sais pas

Fièvre rebelle sous paracétamol oui non je ne sais pas

Otalgie oui non je ne sais pas

Otorrhée purulente oui non je ne sais pas

Dyspnée oui non je ne sais pas

Q32–Selon vous est ce que l'environnement de votre enfant aggrave ses symptômes ?

Pollution atmosphérique oui non je ne sais pas

Tabagisme oui non je ne sais pas

Autre : _____

Q33–Selon vous quel(s) traitement(s) est/sont recommandé(s) dans les infections respiratoires hautes (plusieurs réponses possibles) ?

Antibiotiques oui non je ne sais pas

Sérum physiologique pour lavage de nez oui non je ne sais pas

paracétamol oui non je ne sais pas

sirop (AINS) oui non je ne sais pas

sirop pour la toux oui non je ne sais pas

miel oui non je ne sais pas

Traitement par bouffées (Ventoline) oui non je ne sais pas

fluidifiants bronchiques oui non je ne sais pas

autre, précisez : _____

Je ne sais pas

Q34–Pensez-vous être suffisamment informés sur les infections respiratoires hautes

Oui non

Annexe 2

On appelle voie aérienne l'ensemble des conduits dans lesquels l'air circule jusqu'aux poumons.

Classiquement, on distingue, les voies aériennes supérieures situées au-dessus du larynx et les voies aériennes inférieures en dessous.

Les voies aériennes supérieures (figure 18)

Elles comprennent :

- La cavité nasale
- Le pharynx qui comprend 3 zones :
 - Le naso ou rhinopharynx,
 - L'oropharynx,
 - L'hypopharynx,
- La bouche,
- Le larynx

- l'oreille reliée au rhinopharynx par la trompe d'Eustache.(42)

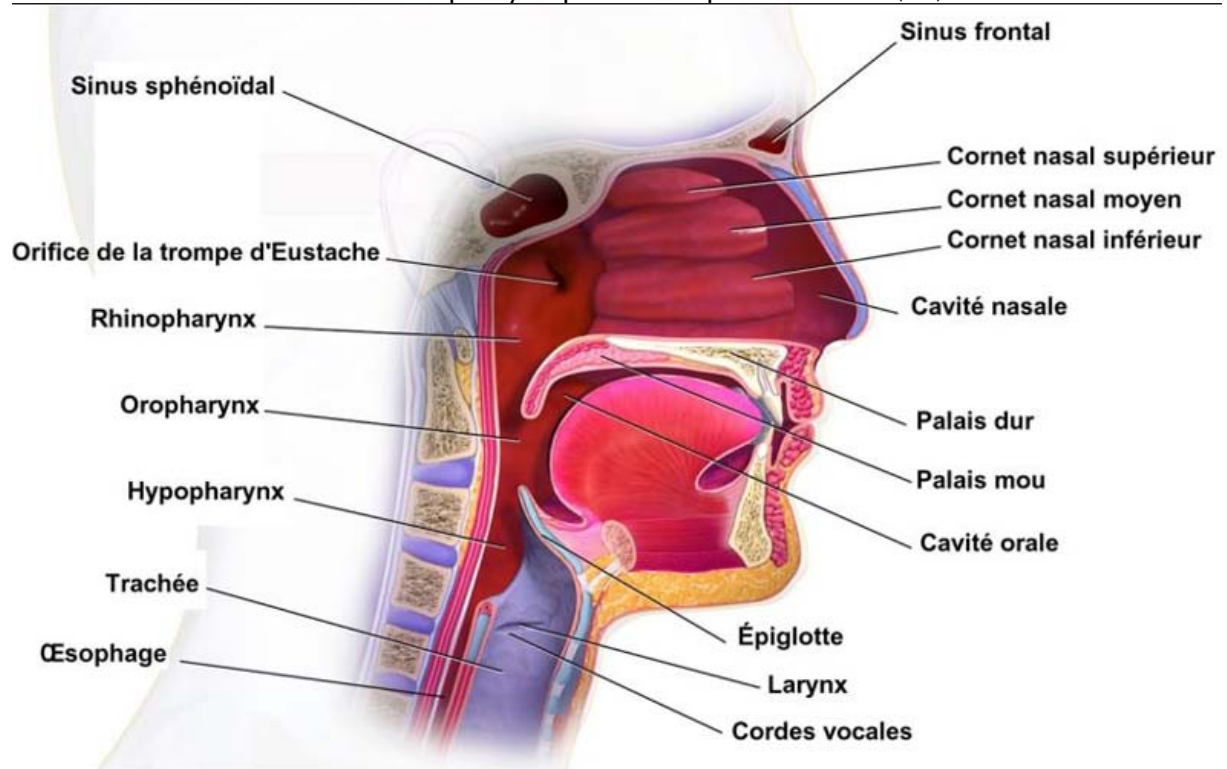


Figure 18 : les voies aériennes supérieures

- Définition et classification des IVRS :

Peuvent être classées en fonction du symptôme prédominant :

1. IVRS aspécifique : symptômes infectieux à plusieurs niveaux, sans prédominance
2. Pharyngite aiguë : prédominance du mal de gorge
3. Rhino-sinusite aiguë : prédominance de symptômes nasaux
4. Otite moyenne aiguë : prédominance d'une douleur de l'oreille
5. Grippe : prédominance de symptômes généraux et notion d'épidémie (43)



BIBLIOGRAPHIE



1. **BLANC Loïc**
Consultation pour infections respiratoires hautes chez les enfants en médecine générale, thèse N° 45/2020.
2. **Humair JP, Kaiser L.**
INFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES SUPERIEURS (IVRS), 2013.
3. **Jin X, Ren J, Li R, Gao Y, Zhang H, Li J, et al.**
Global burden of upper respiratory infections in 204 countries and territories, from 1990 to 2019. *EClinicalMedicine*. juill 2021;37:100986.
4. **Belongia EA, Naimi TS, Gale CM, Besser RE.**
Antibiotic Use and Upper Respiratory Infections: A Survey of Knowledge, Attitudes, and Experience in Wisconsin and Minnesota. *Prev Med*. 1 mars 2002;34(3):346-52.
5. **Panagakou SG, Spyridis N, Papaevangelou V, Theodoridou KM, Goutziana GP, Theodoridou MN, et al.** Antibiotic use for upper respiratory tract infections in children: A cross-sectional survey of knowledge, attitudes, and practices (KAP) of parents in Greece. *BMC Pediatr*. 5 juill 2011;11(1):60.
6. **Alrafiaah AS, Alqarny MH, Alkubedan HY, AlQueflie S, Omair A.**
Are the Saudi parents aware of antibiotic role in upper respiratory tract infections in children? *J Infect Public Health*. 1 sept 2017;10(5):579-85.
7. **DJENEBA CAMARA.**
PERCEPTIONS ET PRATIQUES PARENTALES FACE AUX INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES EN COMMUNE IV DU DISTRICT DE BAMAKO
8. **Yattara M.**
Etude de la prise en charge des enfants de moins de 5 ans contre les IRA dans la commune de Sirifila Boundy (N'Débougou, SEGOU, MALI. 2014 [cité 14 juin 2023]; Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/670>

9. **Adedemy J. Epidémiologie,**
clinique et facteurs associés aux infections respiratoires aiguës chez l'enfant de 0– 5 ans au Centre Hospitalier Départemental de Parakou (Benin). J Afr Pédiatrie Génétique Médicale. 30 juin 2017;2:47–53.
10. **Karim LAKRAÏMI**
Evolution des connaissances et attitudes des parents face à la fièvre de l'enfant; thèse N° 241/2018
11. **Baky Sanogo.**
ETUDE DES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUËS EN MILIEU COMMUNAUTAIRE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS DANS LES REGIONS DE KAYES, SIKASSO, SEGOU ET MOPTI.
12. **Adama Traore**
AUTOMÉDICATION PAR LES ANTIBIOTIQUES CHEZ LES ENFANTS DE 0 À 5 ANS EN COMMUNE I DU DISTRICT DE BAMAKO.
13. **Masson E.**
Infections respiratoires hautes; EM–Consulte. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/878311/infections-respiratoires-hautes>
14. **Elsevier Masson**
Angine, Méga Guide STAGES IFSI, 2015.
15. **Couloigner V, Van Den Abbeele T.**
Rhinopharyngites de l'enfant. EMC – Oto–Rhino–Laryngol. mai 2004;1(2):93-112.
16. **Elsevier Masson**
Pédiatrie 2011
17. **Stagnara J, Racle B, Vermont J, Kassai B, Jacquelin J, Duquesne A, et al.**
Information et éducation des familles des enfants en situation d'urgence : suivi d'intervention. Arch Pédiatrie. juin 2010;17(6):856-7.

18. **Manuela Pereira IB.**
OC42 - What do parents know about fever? Nursing Children and Young People;
Disponible sur: <https://journals.rcni.com/nursing-children-and-young-people/oc42-what-do-parents-know-about-fever-ncyp.28.4.83.s73>
19. **Sandra RH.**
AUTOMEDICATION AU COURS DES AFFECTIONS DERMATOLOGIQUES VUES AU SERVICE DE DERMATOLOGIE DU CHUJRB.
20. Brigitte Escourrou, Bénédicte Bouville, Michel Bismuth, Geneviève Durrieu, Stéphane Oustric*.
Automédication des enfants par les parents: un vrai risque?
21. **Mariko D.**
ÉTUDE DE L'AUTOMEDICATION DANS LES OFFICINES PRIVEES DE LA COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO : CAS DES ENFANTS DE 0 A 5 ANS.
22. **Manchon M.**
Paracétamol ou acétaminophène ; Cahiers de Formation Biologie médicale 2000 ; No 18 : 15-21.
23. **Graham, Garry G; Scott, Kieran F.; Day, Richard O.**
Tolérance du paracétamol.
24. **Marion LA MARLE.**
Automédication par paracétamol chez les enfants de moins de 12 ans : Etat des lieux des connaissances des parents de la Somme
25. **Achour S, Rhalem N, Abadi F, Khattabi A, Abourazzak S, Ouami L, et al.**
P416 - L'intoxication par le paracétamol chez l'enfant : expérience du Centre Antipoison du Maroc. Arch Pédiatrie. 1 juin 2010;17(6, Supplement 1):154.
26. **Cassir N, Di Marco JN, Poujol A, Lagier JC.**
Prescriptions inappropriées d'antibiotiques chez l'enfant en médecine de ville : raisons et conséquences. Arch Pédiatrie. 1 juin 2012;19(6):579-84.

27. **Voillot H.**
Résistance et consommation des antibiotiques en ville.
28. **Palmer DA, Bauchner H.**
Parents' and physicians' views on antibiotics. *Pediatrics*. juin 1997;99(6):E6.
29. **Collett CA, Pappas DE, Evans BA, Hayden GF.**
Parental knowledge about common respiratory infections and antibiotic therapy in children. *South Med J*. oct 1999;92(10):971-6.
30. **Hounsa A, Kouadio L, De Mol P.**
Automédication par les antibiotiques provenant des pharmacies privées de la ville d'Abidjan en Côte d'Ivoire. *Médecine Mal Infect*. 1 juin 2010;40(6):333-40.
31. **Charkaluk ML, Kalach N, El Kohen R, Kremp O.**
Utilisation familiale de l'ibuprofène chez l'enfant fébrile : une étude prospective aux urgences d'un hôpital lillois. *Arch Pédiatrie*. août 2005;12(8):1209-14.
32. **Chaplin S.**
Is honey effective for upper respiratory tract infection? *Prescriber*. 2021;32(6):29-31.
33. **Abuelgasim H, Albury C, Lee J.**
Effectiveness of honey for symptomatic relief in upper respiratory tract infections: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Evid-Based Med*. 1 avr 2021;26(2):57-64.
34. **Anibasa FO, Abuba T, Dankyau M.**
Effect of Honey on Cough Symptoms in Children with Upper Respiratory Tract Infection: A Randomised Controlled Trial. *West Afr J Med*. 16 sept 2022;39(9):92834.
35. **De Andrade V, Ross E.**
Beliefs and practices of Black South African traditional healers regarding hearing impairment: Creencias y prácticas de los curanderos negros sudafricanos en torno a la hipoacusia. *Int J Audiol*. janv 2005;44(9):489-99.

36. **Joshi HD, Ghimire U, Pandeya R.**
Knowledge and Practice of Traditional Medicine on Respiratory Disorders. *Int J Ayurvedic Med*;1(3). Disponible sur: <http://ijam.co.in/index.php/ijam/article/view/47>
37. **M'khinza, une plante toxique? géoparc du jbel bani – tata .**
Disponible sur: <http://geoparcjbelbani.com/geoeco/article/plantes-medicinales/38/97/415/mkhinza-une-plante-toxique>
38. **Benkhniq O, Zidane L, Fadli M, Elyacoubi H, Rochdi A, Douira A.**
Etude ethnobotanique des plantes médicinales dans la région de Mechraâ Bel Ksiri (Région du Charb du Maroc). *Acta Botánica Barcinonensia*. 2010;(53):191-216.
39. **Badinga LPCL, Mekaoui N, Karboubi L, Dakhama BSB.**
[M'khinza-related intoxication: about two observations]. *Pan Afr Med J*. 1 janv 2018;31:18.
40. **Centre Anti Poison et de Pharmacovigilance du Maroc**
Disponible sur: <https://www.capm-sante.ma/>
41. **Badinga LPCL, Mekaoui N, Karboubi L, Dakhama BSB.**
Intoxication au M'khinza: à propos de deux observations. *Pan Afr Med J*. 6 sept 2018;31:18.
42. **Pascal Fraperie, Marielle May-Lasserre**
Anatomie de l'appareil respiratoire
43. **Dr E.Delhaye.**
INFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES SUPERIEURES (IVRS)



قسم الطبيب

أقسِمُ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ

أَنْ أُرَاقِبَ اللَّهَ فِي مِهْنَتِي.

وَأَنْ أَصُونَ حَيَاةَ الْإِنْسَانِ فِي كَافَّةِ أَطْوَارِهَا فِي كُلِّ الظُّرُوفِ
وَالْأَحْوَالِ بَاذِلَةً وَسَعِيٍّ فِي انْقَاذِهَا مِنَ الْهَلَاكِ وَالْمَرَضِ
وَالْأَلَمِ وَالْقَلْقِ.

وَأَنْ أَحْفَظَ لِلنَّاسِ كِرَامَتَهُمْ، وَأَسْتُرَ عَوْرَتَهُمْ، وَأَكْتَمَ سِرَّهُمْ.

وَأَنْ أَكُونَ عَلَى الدَّوَامِ مِنْ وَسَائِلِ رَحْمَةِ اللَّهِ، بَاذِلَةً رِعَايَتِي الطَّبِيبَةَ لِلْقَرِيبِ وَالْبَعِيدِ،
لِلصَّالِحِ وَالطَّالِحِ، وَالصَّدِيقِ وَالْعَدُوِّ.

وَأَنْ أَثَابِرَ عَلَى طَلَبِ الْعِلْمِ، وَأَسَخَّرَهُ لِنَفْعِ الْإِنْسَانِ لَا لِأَذَاهِ.

وَأَنْ أُوقِّرَ مَنْ عَلَّمَنِي، وَأُعَلِّمَ مَنْ يَصْغُرَنِي، وَأَكُونَ أَخْتًا لِكُلِّ زَمِيلٍ فِي الْمِهْنَةِ الطَّبِيبَةِ
مُتَعَاوِنِينَ عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى.

وَأَنْ تَكُونَ حَيَاتِي مِصْدَاقَ إِيمَانِي فِي سِرِّي وَعَلَانِيَّتِي،

نَقِيَّةً مِمَّا يُشِينُهَا تَجَاهَ اللَّهِ وَرَسُولِهِ وَالْمُؤْمِنِينَ.

وَاللَّهُ عَلَى مَا أَقُولُ شَهِيدٌ



التهابت الجهاز التنفسي العلوي عند الأطفال: إستجواب مع أمهات مدينة العيون

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2023/ 06 / 23

من طرف

الآنسة سارة جرموني

المزداة بتاريخ 1995/09/02 بللعيون

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

إستجواب - المعرفة - الأمهات - التهابات الجهاز التنفسي العليا.

اللجنة

الرئيس

ن. الرضا

السيد

أستاذ في طب الأطفال

المشرف

م. بوالروس

السيد

أستاذ في طب الأطفال

الحكام

و. لحميني

السيدة

أستاذة في طب الأطفال

ر. بوشنتوف

السيد

أستاذ في الأمراض التنفسية