



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

Année 2024

Thèse N° 421

Implication des parents dans les soins au service des urgences pédiatriques : enquête auprès des parents.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 28 /11 /2024

PAR

Mme. **AZEDDAGH HASNAE**

Née Le 06 Avril 2000 à BENGUERIR

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Implication des parents – soins centrés sur la famille – communication –
satisfaction – décision médicale

JURY

Mr. **M.BOURROUS**

Professeur de pédiatrie

PRESIDENT

Mme. **W. LAHMINI**

Professeur de pédiatrie

RAPPORTEUR

Mme. **H. ELBAZ**

Professeur de pédiatrie

Mme. **L.BENANTAR**

Professeur de neurochirurgie

Mme. **S.BELGHMAIDI**

Professeur de d'ophtalmologie

} JUGES



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

{ رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ
الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ
وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَصْلِحْ
لِي فِي ذُرِّيَّتِي إِنِّي تُبْتُ إِلَيْكَ
وَإِنِّي مِنَ الْمُسْلِمِينَ }

سورة الأحقاف



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قَالُوا سُبْحَنَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ

الْحَكِيمُ ﴿٣٢﴾

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ



اللهم لك الحمد حمداً كثيراً طيباً مباركاً فيه عدد خلقك ورضى نفسك وزنة عرشك ومداد كلماتك
اللهم لك الحمد ولك الشكر حتى ترضى ولك الحمد ولك الشكر عند الرضى ولك الحمد ولك
الشكر دائماً وأبداً على نعمتك



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.

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
: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Said ZOUHAIR

Vice doyen de la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen des Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Vice doyen Chargé de la Pharmacie

: Pr. Oualid ZIRAOUI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

LISTE NOMINATIVE DU PERSONNEL ENSEIGNANTS CHERCHEURS PERMANANT

N°	Nom et Prénom	Cadre	Spécialité
01	ZOUHAIR Said (Doyen)	P.E.S	Microbiologie
02	BOUSKRAOUI Mohammed	P.E.S	Pédiatrie
03	CHOULLI Mohamed Khaled	P.E.S	Neuro pharmacologie
04	KHATOURI Ali	P.E.S	Cardiologie
05	NIAMANE Radouane	P.E.S	Rhumatologie
06	AIT BENALI Said	P.E.S	Neurochirurgie
07	KRATI Khadija	P.E.S	Gastro-entérologie
08	SOUMMANI Abderraouf	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
09	RAJI Abdelaziz	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
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	CHAKOUR Mohammed	P.E.S	Hématologie biologique
18	EL FEZZAZI Redouane	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
19	YOUNOUS Said	P.E.S	Anesthésie-réanimation
20	BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	P.E.S	Chirurgie générale
21	ASMOUKI Hamid	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
22	BOUMZEBRA Drissi	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
23	CHELLAK Saliha	P.E.S	Biochimie-chimie
24	LOUZI Abdelouahed	P.E.S	Chirurgie-générale
25	AIT-SAB Imane	P.E.S	Pédiatrie
26	GHANNANE Houssine	P.E.S	Neurochirurgie
27	ABOULFALAH Abderrahim	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
28	OULAD SAIAD Mohamed	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
29	DAHAMI Zakaria	P.E.S	Urologie
30	EL HATTAOUI Mustapha	P.E.S	Cardiologie
31	ELFIKRI Abdelghani	P.E.S	Radiologie
32	KAMILI El Ouafi El Aouni	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
33	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	P.E.S	Pédiatrie (Néonatalogie)
34	MATRANE Aboubakr	P.E.S	Médecine nucléaire
35	AIT AMEUR Mustapha	P.E.S	Hématologie biologique
36	AMINE Mohamed	P.E.S	Epidémiologie clinique

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

63	SAMLANI Zouhour	P.E.S	Gastro-entérologie
64	LAGHMARI Mehdi	P.E.S	Neurochirurgie
65	ABOUSSAIR Nisrine	P.E.S	Génétique
66	BENCHAMKHA Yassine	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
67	CHAFIK Rachid	P.E.S	Traumato-orthopédie
68	MADHAR Si Mohamed	P.E.S	Traumato-orthopédie
69	EL HAOURY Hanane	P.E.S	Traumato-orthopédie
70	ABKARI Imad	P.E.S	Traumato-orthopédie
71	EL BOUIHI Mohamed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
72	LAKMICHI Mohamed Amine	P.E.S	Urologie
73	AGHOUTANE El Mouhtadi	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
74	HOCAR Ouafa	P.E.S	Dermatologie
75	EL KARIMI Saloua	P.E.S	Cardiologie
76	EL BOUCHTI Imane	P.E.S	Rhumatologie
77	AMRO Lamyae	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
78	ZYANI Mohammad	P.E.S	Médecine interne
79	QACIF Hassan	P.E.S	Médecine interne
80	BEN DRISS Laila	P.E.S	Cardiologie
81	MOUFID Kamal	P.E.S	Urologie
82	QAMOUSS Youssef	P.E.S	Anesthésie réanimation
83	EL BARNI Rachid	P.E.S	Chirurgie générale
84	KRIET Mohamed	P.E.S	Ophtalmologie
85	BOUCHENTOUF Rachid	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
86	ABOUCHADI Abdeljalil	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
87	BASRAOUI Dounia	P.E.S	Radiologie
88	RAIS Hanane	P.E.S	Anatomie Pathologique

89	BELKHOUE Ahlam	P.E.S	Rhumatologie
90	ZAOUI Sanaa	P.E.S	Pharmacologie
91	MSOUGAR Yassine	P.E.S	Chirurgie thoracique
92	EL MGHARI TABIB Ghizlane	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
93	DRAISS Ghizlane	P.E.S	Pédiatrie
94	EL IDRISSE SLITINE Nadia	P.E.S	Pédiatrie
95	RADA Noureddine	P.E.S	Pédiatrie
96	BOURRAHOUAT Aicha	P.E.S	Pédiatrie
97	MOUAFFAK Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
98	ZIADI Amra	P.E.S	Anesthésie-réanimation
99	ANIBA Khalid	P.E.S	Neurochirurgie
100	TAZI Mohamed Ilias	P.E.S	Hématologie clinique
101	ROCHDI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
102	FADILI Wafaa	P.E.S	Néphrologie
103	ADALI Imane	P.E.S	Psychiatrie
104	ZAHLANE Kawtar	P.E.S	Microbiologie- virologie
105	LOUHAB Nisrine	P.E.S	Neurologie
106	HAROU Karam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
107	BASSIR Ahlam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
108	BOUKHANNI Lahcen	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
109	FAKHIR Bouchra	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
110	BENHIMA Mohamed Amine	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
111	HACHIMI Abdelhamid	P.E.S	Réanimation médicale
112	EL KHAYARI Mina	P.E.S	Réanimation médicale
113	AISSAOUI Younes	P.E.S	Anesthésie-réanimation
114	BAIZRI Hicham	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques

115	ATMANE El Mehdi	P.E.S	Radiologie
116	EL AMRANI Moulay Driss	P.E.S	Anatomie
117	BELBARAKA Rhizlane	P.E.S	Oncologie médicale
118	ALJ Soumaya	P.E.S	Radiologie
119	OUBAHA Sofia	P.E.S	Physiologie
120	EL HAOUATI Rachid	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
121	BENALI Abdeslam	P.E.S	Psychiatrie
122	MLIHA TOUATI Mohammed	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
123	MARGAD Omar	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
124	KADDOURI Said	P.E.S	Médecine interne
125	ZEMRAOUI Nadir	P.E.S	Néphrologie
126	EL KHADER Ahmed	P.E.S	Chirurgie générale
127	LAKOUICHMI Mohammed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
128	DAROUASSI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
129	BENJELLOUN HARZIMI Amine	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
130	FAKHRI Anass	P.E.S	Histologie-embyologie cytogénétique
131	SALAMA Tarik	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
132	CHRAA Mohamed	P.E.S	Physiologie
133	ZARROUKI Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
134	AIT BATAHAR Salma	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
135	ADARMOUCH Latifa	P.E.S	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
136	BELBACHIR Anass	P.E.S	Anatomie pathologique
137	HAZMIRI Fatima Ezzahra	P.E.S	Histologie-embyologie cytogénétique
138	EL KAMOUNI Youssef	P.E.S	Microbiologie-virologie
139	SERGHINI Issam	P.E.S	Anesthésie-réanimation
140	EL MEZOUARI El Mostafa	P.E.S	Parasitologie mycologie

141	ABIR Badreddine	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
142	GHAZI Mirieme	P.E.S	Rhumatologie
143	ZIDANE Moulay Abdelfettah	P.E.S	Chirurgie thoracique
144	LAHKIM Mohammed	P.E.S	Chirurgie générale
145	MOUHSINE Abdelilah	P.E.S	Radiologie
146	TOURABI Khalid	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
147	BELHADJ Ayoub	P.E.S	Anesthésie-réanimation
148	BOUZERDA Abdelmajid	P.E.S	Cardiologie
149	ARABI Hafid	P.E.S	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
150	ARSALANE Adil	P.E.S	Chirurgie thoracique
151	ABDELFETTAH Youness	P.E.S	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle
152	REBAHI Houssam	P.E.S	Anesthésie-réanimation
153	BENNAOUI Fatiha	P.E.S	Pédiatrie
154	ZOUIZRA Zahira	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
155	SEDDIKI Rachid	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
156	SEBBANI Majda	Pr Ag	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
157	ABDOU Abdessamad	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
158	HAMMOUNE Nabil	Pr Ag	Radiologie
159	ESSADI Ismail	Pr Ag	Oncologie médicale
160	MESSAOUDI Redouane	Pr Ag	Ophtalmologie
161	ALJALIL Abdelfattah	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
162	LAFFINTI Mahmoud Amine	Pr Ag	Psychiatrie
163	RHARRASSI Issam	Pr Ag	Anatomie-pathologique
164	ASSERRAJI Mohammed	Pr Ag	Néphrologie
165	JANAH Hicham	Pr Ag	Pneumo-phtisiologie

166	NASSIM SABAH Taoufik	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
167	ELBAZ Meriem	Pr Ag	Pédiatrie
168	BELGHMAIDI Sarah	Pr Ag	Ophtalmologie
169	FENANE Hicham	Pr Ag	Chirurgie thoracique
170	GEBRATI Lhoucine	MC Hab	Chimie
171	FDIL Naima	MC Hab	Chimie de coordination bio-organique
172	LOQMAN Souad	MC Hab	Microbiologie et toxicologie environnementale
173	BAALLAL Hassan	Pr Ag	Neurochirurgie
174	BELFQUIH Hatim	Pr Ag	Neurochirurgie
175	AKKA Rachid	Pr Ag	Gastro-entérologie
176	BABA Hicham	Pr Ag	Chirurgie générale
177	MAOUJOUD Omar	Pr Ag	Néphrologie
178	SIRBOU Rachid	Pr Ag	Médecine d'urgence et de catastrophe
179	EL FILALI Oualid	Pr Ag	Chirurgie Vasculaire périphérique
180	EL- AKHIRI Mohammed	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
181	HAJJI Fouad	Pr Ag	Urologie
182	OUMERZOUK Jawad	Pr Ag	Neurologie
183	JALLAL Hamid	Pr Ag	Cardiologie
184	ZBITOU Mohamed Anas	Pr Ag	Cardiologie
185	RAISSI Abderrahim	Pr Ag	Hématologie clinique
186	BELLASRI Salah	Pr Ag	Radiologie
187	DAMI Abdallah	Pr Ag	Médecine Légale
188	AZIZ Zakaria	Pr Ag	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
189	ELOUARDI Youssef	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
190	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Pr Ag	Hématologie clinique
191	EL FAKIRI Karima	Pr Ag	Pédiatrie

192	NASSIH Houda	Pr Ag	Pédiatrie
193	LAHMINI Widad	Pr Ag	Pédiatrie
194	BENANTAR Lamia	Pr Ag	Neurochirurgie
195	EL FADLI Mohammed	Pr Ag	Oncologie médicale
196	AIT ERRAMI Adil	Pr Ag	Gastro-entérologie
197	CHETTATI Mariam	Pr Ag	Néphrologie
198	SAYAGH Sanae	Pr Ag	Hématologie
199	BOUTAKIOUTE Badr	Pr Ag	Radiologie
200	CHAHBI Zakaria	Pr Ag	Maladies infectieuses
201	ACHKOUN Abdessalam	Pr Ag	Anatomie
202	DARFAOUI Mouna	Pr Ag	Radiothérapie
203	EL-QADIRY Rabiyy	Pr Ag	Pédiatrie
204	ELJAMILI Mohammed	Pr Ag	Cardiologie
205	HAMRI Asma	Pr Ag	Chirurgie Générale
206	EL HAKKOUNI Awatif	Pr Ag	Parasitologie mycologie
207	ELATIQUI Oumkeltoum	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
208	BENZALIM Meriam	Pr Ag	Radiologie
209	ABOULMAKARIM Siham	Pr Ag	Biochimie
210	LAMRANI HANCHI Asmae	Pr Ag	Microbiologie-virologie
211	HAJHOUI Farouk	Pr Ag	Neurochirurgie
212	EL KHASSOUI Amine	Pr Ag	Chirurgie pédiatrique
213	MEFTAH Azzelarab	Pr Ag	Endocrinologie et maladies métaboliques
214	DOUIREK Fouzia	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
215	BELARBI Marouane	Pr Ass	Néphrologie
216	AMINE Abdellah	Pr Ass	Cardiologie
217	CHETOUI Abdelkhalek	Pr Ass	Cardiologie

218	WARDA Karima	MC	Microbiologie
219	EL AMIRI My Ahmed	MC	Chimie de Coordination bio-organnique
220	ROUKHSI Redouane	Pr Ass	Radiologie
221	EL GAMRANI Younes	Pr Ass	Gastro-entérologie
222	ARROB Adil	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
223	SALLAHI Hicham	Pr Ass	Traumatologie-orthopédie
224	SBAAI Mohammed	Pr Ass	Parasitologie-mycologie
225	FASSI FIHRI Mohamed jawad	Pr Ass	Chirurgie générale
226	BENCHAFAI Ilias	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
227	EL JADI Hamza	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
228	SLIOUI Badr	Pr Ass	Radiologie
229	AZAMI Mohamed Amine	Pr Ass	Anatomie pathologique
230	YAHYAOUI Hicham	Pr Ass	Hématologie
231	ABALLA Najoua	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
232	MOUGUI Ahmed	Pr Ass	Rhumatologie
233	SAHRAOUI Houssam Eddine	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
234	AABBASSI Bouchra	Pr Ass	Pédopsychiatrie
235	SBAI Asma	MC	Informatique
236	HAZIME Raja	Pr Ass	Immunologie
237	CHEGGOUR Mouna	MC	Biochimie
238	RHEZALI Manal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
239	ZOUITA Btissam	Pr Ass	Radiologie
240	MOULINE Souhail	Pr Ass	Microbiologie-virologie
241	AZIZI Mounia	Pr Ass	Néphrologie
242	BENYASS Youssef	Pr Ass	Traumato-orthopédie
243	BOUHAMIDI Ahmed	Pr Ass	Dermatologie

244	YANISSE Siham	Pr Ass	Pharmacie galénique
245	DOULHOUSNE Hassan	Pr Ass	Radiologie
246	KHALLIKANE Said	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
247	BENAMEUR Yassir	Pr Ass	Médecine nucléaire
248	ZIRAOUI Oualid	Pr Ass	Chimie thérapeutique
249	IDALENE Malika	Pr Ass	Maladies infectieuses
250	LACHHAB Zineb	Pr Ass	Pharmacognosie
251	ABOUDOURIB Maryem	Pr Ass	Dermatologie
252	AHBALA Tariq	Pr Ass	Chirurgie générale
253	LALAOUI Abdessamad	Pr Ass	Pédiatrie
254	ESSAFTI Meryem	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
255	RACHIDI Hind	Pr Ass	Anatomie pathologique
256	FIKRI Oussama	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
257	EL HAMDAOUI Omar	Pr Ass	Toxicologie
258	EL HAJJAMI Ayoub	Pr Ass	Radiologie
259	BOUMEDIANE El Mehdi	Pr Ass	Traumato-orthopédie
260	RAFI Sana	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
261	JEBRANE Ilham	Pr Ass	Pharmacologie
262	LAKHDAR Youssef	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
263	LGHABI Majida	Pr Ass	Médecine du Travail
264	AIT LHAJ El Houssaine	Pr Ass	Ophtalmologie
265	RAMRAOUI Mohammed-Es-said	Pr Ass	Chirurgie générale
266	EL MOUHAFID Faisal	Pr Ass	Chirurgie générale
267	AHMANNA Hussein-choukri	Pr Ass	Radiologie
268	AIT M'BAREK Yassine	Pr Ass	Neurochirurgie
269	ELMASRIOUI Joumana	Pr Ass	Physiologie

270	FOURA Salma	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
271	LASRI Najat	Pr Ass	Hématologie clinique
272	BOUKTIB Youssef	Pr Ass	Radiologie
273	MOUROUTH Hanane	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
274	BOUZID Fatima zahrae	Pr Ass	Génétique
275	MRHAR Soumia	Pr Ass	Pédiatrie
276	QUIDDI Wafa	Pr Ass	Hématologie
277	BEN HOUMICH Taoufik	Pr Ass	Microbiologie-virologie
278	FETOUI Imane	Pr Ass	Pédiatrie
279	FATH EL KHIR Yassine	Pr Ass	Traumato-orthopédie
280	NASSIRI Mohamed	Pr Ass	Traumato-orthopédie
281	AIT-DRISS Wiam	Pr Ass	Maladies infectieuses
282	AIT YAHYA Abdelkarim	Pr Ass	Cardiologie
283	DIANI Abdelwahed	Pr Ass	Radiologie
284	AIT BELAID Wafae	Pr Ass	Chirurgie générale
285	ZTATI Mohamed	Pr Ass	Cardiologie
286	HAMOUCHE Nabil	Pr Ass	Néphrologie
287	ELMARDOULI Mouhcine	Pr Ass	Chirurgie Cardio-vasculaire
288	BENNIS Lamiae	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
289	BENDAOU D Layla	Pr Ass	Dermatologie
290	HABBAB Adil	Pr Ass	Chirurgie générale
291	CHATAR Achraf	Pr Ass	Urologie
292	OUMGHAR Nezha	Pr Ass	Biophysique
293	HOUMAID Hanane	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
294	YOUSFI Jaouad	Pr Ass	Gériatrie
295	NACIR Oussama	Pr Ass	Gastro-entérologie

296	BABACHEIKH Safia	Pr Ass	Gynécologie–obstétrique
297	ABDOURAFIQ Hasna	Pr Ass	Anatomie
298	TAMOUR Hicham	Pr Ass	Anatomie
299	IRAQI HOUSSAINI Kawtar	Pr Ass	Gynécologie–obstétrique
300	EL FAHIRI Fatima Zahrae	Pr Ass	Psychiatrie
301	BOUKIND Samira	Pr Ass	Anatomie
302	LOUKHNATI Mehdi	Pr Ass	Hématologie clinique
303	ZAHROU Farid	Pr Ass	Neurochirurgie
304	MAAROUFI Fathillah Elkarim	Pr Ass	Chirurgie générale
305	EL MOUSSAOUI Soufiane	Pr Ass	Pédiatrie
306	BARKICHE Samir	Pr Ass	Radiothérapie
307	ABI EL AALA Khalid	Pr Ass	Pédiatrie
308	AFANI Leila	Pr Ass	Oncologie médicale
309	EL MOULOUA Ahmed	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
310	LAGRINE Mariam	Pr Ass	Pédiatrie
311	OULGHOUL Omar	Pr Ass	Oto–rhino–laryngologie
312	AMOCH Abdelaziz	Pr Ass	Urologie
313	ZAHLAN Safaa	Pr Ass	Neurologie
314	EL MAHFOUDI Aziz	Pr Ass	Gynécologie–obstétrique
315	CHEHBOUNI Mohamed	Pr Ass	Oto–rhino–laryngologie
316	LAIRANI Fatima ezzahra	Pr Ass	Gastro–entérologie
317	SAADI Khadija	Pr Ass	Pédiatrie
318	DAFIR Kenza	Pr Ass	Génétique
319	CHERKAOUI RHAZOUANI Oussama	Pr Ass	Neurologie
320	ABAINOU Lahoussaine	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
321	BENCHANNA Rachid	Pr Ass	Pneumo–phtisiologie

322	TITOU Hicham	Pr Ass	Dermatologie
323	EL GHOU L Naoufal	Pr Ass	Traumato-orthopédie
324	BAHI Mohammed	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
325	RAITEB Mohammed	Pr Ass	Maladies infectieuses
326	DREF Maria	Pr Ass	Anatomie pathologique
327	ENNACIRI Zainab	Pr Ass	Psychiatrie
328	BOUSSAIDANE Mohammed	Pr Ass	Traumato-orthopédie
329	JENDOUI Omar	Pr Ass	Urologie
330	MANSOURI Maria	Pr Ass	Génétique
331	ERRIFAIY Hayate	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
332	BOUKOUB Naila	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
333	OUACHAOU Jamal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
334	EL FARGANI Rania	Pr Ass	Maladies infectieuses
335	IJIM Mohamed	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
336	AKANOUR Adil	Pr Ass	Psychiatrie
337	ELHANAFI Fatima Ezzohra	Pr Ass	Pédiatrie
338	MERBOUH Manal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
339	BOUROUMANE Mohamed Rida	Pr Ass	Anatomie
340	IJDDA Sara	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
341	GHARBI Khalid	Pr Ass	Gastro-entérologie
342	ATBIB Yassine	Pr Ass	Pharmacie clinique
343	EL GUAZZAR Ahmed (Militaire)	Pr Ass	Chirurgie générale
344	MOURAFIQ Omar	Pr Ass	Traumato-orthopédie
345	HENDY Iliass	Pr Ass	Cardiologie
346	HATTAB Mohamed Salah Koussay	Pr Ass	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale

LISTE ARRETEE LE 04/10/2024



DÉDICACES



« من لا يشكر الناس لا يشكر الله »

To my parents, though words cannot fully express my gratitude, I want you to know how deeply thankful I am for everything you've done.

To my mother Lissaneddine Khadija,

You taught me the courage to step out of my comfort zone. The values you instilled in me have shaped who I am and nurtured my passion for lifelong learning. Thank you for always believing in me and guiding me with wisdom.

To my father Azeddagh Larbi

Your constant support and steady presence have been my foundation. You taught me the importance of perseverance and humility. Thank you for guiding me forward, even in silence.

This journey is as much yours as it is mine.

To Leila, my sister and my best friend,

Thank you for being the best sibling a person could ask for, whether you admit it or not! Your constant support and patience in putting up with my mess mean the world to me. I truly couldn't have done this without you.

To my brother Salah,

Thank you for having my back, even when you pretend not to! Your constant support has been invaluable. I appreciate everything you do for me.

To my sister Malak,

Who always pretends not to laugh at my jokes but secretly finds them hilarious (I know you do!). Thanks for all the eye rolls, the unsolicited advice, and for always being there, even when you act like you'd rather be anywhere else!

To the memory of my maternal grandmother,

*This work is dedicated to you, honoring the legacy of your compassion and the love you left in my heart. Your absence is deeply felt, yet the warmth and kindness you shared continue to inspire me every day.
May Allah have mercy on your soul and grant your eternal peace.*

To my aunties, the Lissaneddines

You are a true blessing. Each of you holds a special place in my heart. I am truly thankful for the love and support.

*To the Azeddagh family, from the oldest to the youngest.
To the Lissaneddine family, from the oldest to the youngest.*

To the families who have supported us throughout the years, not only the ones we were born into but also the chosen families we created with friends.

*Chaïmae Issari, Yasmine bachadini, Houda azour, Oumaïma azzim,
, Faïza Ait Akou, Imane El Martili, Manal Jmahri, Hanane Kharazi,
Maha Alghouass, ujala batool.*

*Girls, you are the best support system anyone could ask for.
Your kindness, generosity and sense of humour have made this journey so much easier and enjoyable.
Thank you for being my rock through it all!*

*To those I may unintentionally forget to mention
To everyone who helped me along the way, in one way or another
To all the parents out there.*



REMERCIEMENTS



A NOTRE MAITRE ET RAPPORTEUR DE THESE
Madame la professeure LAHMINI Widad

À ma directrice de thèse, dont la gentillesse et la modestie sont véritablement inspirantes, Merci d'avoir accepté avec générosité le rôle de rapporteur de ma thèse et pour l'exemple des valeurs fondamentales de notre profession que vous représentez si admirablement. Je vous remercie profondément pour le temps que vous avez consacré à l'examen de mon travail, et pour la bienveillance avec laquelle vous avez abordé chaque étape de ce processus.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE
Monsieur le professeur BOUROUS Mounir

C'est pour nous un grand honneur que vous ayez accepté de présider ma thèse et de siéger parmi cet honorable jury. Nous avons toujours admiré vos qualités humaines et professionnelles ainsi que votre modestie qui restent exemplaires. Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre reconnaissance et notre grand estime.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE
Madame la professeure BELGHMAIDI Sarah

*Nous vous remercions de nous avoir honoré par votre
présence.*

*Vous avez accepté aimablement de juger notre thèse. Nous
sommes très reconnaissants de bien vouloir porter intérêt à ce
travail.*

*Veuillez trouver, cher maître, dans ce travail l'assurance de
notre grand respect et notre sincère reconnaissance.*

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE
Madame la professeure BENANTAR Lamiae

*Nous vous remercions de nous avoir honoré par votre
présence.*

*Vous avez accepté aimablement de juger notre thèse. Nous
sommes très reconnaissants de bien vouloir porter intérêt à ce
travail.*

*Veuillez trouver, cher maître, dans ce travail l'assurance de
notre grand respect et notre sincère reconnaissance.*

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE
Madame la professeure ELBAZ Hind

*Nous vous sommes reconnaissants d'avoir honoré de votre
présence cette occasion. Votre aimable acceptation d'évaluer notre
thèse nous touche, et nous vous remercions sincèrement pour
l'intérêt que vous portez à ce travail. Cher Maître, nous vous
prions de trouver dans ce travail l'expression de notre respect et
de notre gratitude les plus sincères.*



ABBREVIATIONS



Liste des abréviations

AAP	: American Academy of Pediatrics
ACEP	: American College of Emergency Physicians
AHA	: American Heart Association
AMO	: Assurance Maladie Obligatoire
CHU	: Centre hospitalier universitaire.
CNOPS	: Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale
CNSS	: Caisse Nationale de Sécurité Sociale
DMP	: Décision médicale partagée
FCC	: Family-Centered Care
FIG	: Figure
MTH	: Marrakech Tensift Haouz
OMS	: Organisation mondiale de la santé.
PCC	: Patient-Centered Care
RCP	: Réanimation cardiopulmonaire
SAUP	:Service d'accueil et d'urgences pédiatriques



*LISTE DES FIGURES
ET
TABLEAUX*



Liste des figures.

Fig.1	: Répartition des parents selon le sexe
Fig.2	: Répartition des parents selon l'âge
Fig.3	: Répartition des parents selon leur lien de parenté
Fig.4	: Répartition des parents selon leur statut marital
Fig.5	: Répartition des parents selon leur lieu de résidence
Fig.6	: Répartition des parents selon la distance entre leur résidence et l'hôpital
Fig.7	: Répartition des parents selon le niveau d'éducation
Fig.8	: Répartition des parents selon leur profession
Fig .9	: Répartition des parents selon le nombre total d'enfants dans la famille
Fig .10	: Répartition des enfants selon les tranches d'âge
Fig.11	: répartition des enfants selon la sécurité sociale
Fig .12	: répartition des enfants selon le motif de consultation
Fig.13	: répartition des enfants selon le diagnostic retenu
Fig. 14	: Répartition des enfants selon les pathologies chroniques
Fig.15	: répartition des enfants selon la durée d'hospitalisation
Fig. 16	: Répartition des enfants selon leur admission antérieure dans un hôpital
Fig 17	: Répartition des parents de selon leurs recours à internet
Fig. 18	: Répartition des parents de selon l'usage des remèdes naturelles
Fig. 19	: Répartition des parents ayant arrêté un traitement avant la durée prescrite par le médecin
Fig. 20	: Répartition des parents selon les circonstances qui les mènent à consulter un médecin
Fig. 21	: Répartition des parents selon leur perception de l'état de santé actuel de leur enfant
Fig 22	: Répartition du niveau d'anxiété des parents face à la maladie de leurs enfants
Fig 23	: Répartition du niveau de compréhension des parents
Fig.24	: Perceptions des parents de la quantité des informations reçues
Fig.25	: Répartition des parents selon la distinction entre médecins et infirmiers
Fig.26	: Évaluation des parents de la capacité des médecins et infirmiers à expliquer les procédures médicales et les soins nécessaires
Fig .27	: Évaluation des parents de l'attitude des médecins et des infirmiers
Fig.28	: Évaluation des parents de la communication avec le personnel médical
Fig.29	: Évaluation des parents de la réactivité et de la disponibilité du personnel
Fig.30	: Répartition des parents selon l'expression de leurs préoccupations et suggestions
Fig. 31	: Évaluation des parents de l'efficacité des soins et du soulagement de la douleur et/ou de la fièvre par les parents
Fig.32	: Pourcentage de parents impliqués dans les soins et dans la prise des décisions médicales.

Fig.33	: Répartition des parents selon leur mode d'implication.
Fig.34	: Motifs de non-implication des parents dans les soins et dans la prise de décision médicale.
Fig.35	: Répartition des parents selon leur perception de l'importance de l'implication dans la décision médicale.
Fig.36	: Raisons pour lesquelles les parents jugeaient leur implication importante dans les décisions médicales
Fig.37	: Raisons pour lesquelles les parents jugeaient leur implication non importante dans les décisions médicales.
Fig.38	: Pourcentage de parents susceptibles de participer aux différents aspects techniques des soins pendant l'hospitalisation.
Fig .39	: Répartition des parents selon leur présence lors des procédures
Fig. 40	: Raisons de l'absence des parents lors des soins
Fig.41	: Répartition des parents selon l'importance de leur présence lors des procédures
Fig.42	: Raisons pour lesquelles les parents ont estimé important de rester lors des procédures
Fig.43	: Raisons pour lesquelles les parents ont estimé non nécessaire de rester lors des procédures
Fig.44	: Tableau croisé entre l'implication parentale et le niveau d'éducation.
Fig.45	: Région de Marrakech Tensift Haouz.
Fig.46	: Dynamique de la relation triangulaire en pédiatrie

Liste des tableaux.

- Tableau.I** : Utilisation de médicaments en vente libre par les parents avant toute consultation médicale : comparaison entre différentes études
- Tableau.II** : Implication parentale et niveau d'éducation : Résultats comparés entre notre étude et une étude menée au Kenya
- Tableau.III** : Implication parentale dans la prise de décision : Comparaison des études
- Tableau IV** : Comparaison entre des études évaluant l'importance de la présence parentale lors des procédures médicales
- Tableau V** : Comparaison des motifs avancés par les parents justifiant leur présence lors des procédures
- Tableau.VI** : Comparaison des taux de présence des parents lors des procédures médicales
- Tableau.VII** : Comparaison des études évaluant les raisons pour lesquelles pour lesquelles les parents jugent que leur présence n'est pas importante.



PLAN



INTRODUCTION	1
MATÉRIEL ET MÉTHODES	4
I. TYPE D'ETUDE	5
II. ECHANTILLON :	5
1. Population cible :	5
2. Echantillonnage :	5
3. Critères d'inclusion:	5
4. Critères d'exclusion	5
III. Fiche d'exploitation :	6
1. Données sociodémographiques :	6
2. Implication à domicile	6
3. Implication intra hospitalière	7
IV. Méthodes de recueil des données	7
V. Analyse statistique :	7
VI. Considérations éthiques :	8
RÉSULTATS	9
I. Données sociodémographiques :	10
1. Renseignements sur les parents	10
2. Renseignements sur les enfants :	16
II. Implication à domicile :	20
III. Implication intra hospitalière :	23
1. Perceptions et satisfaction des parents	23
2. Implication intra-hospitalière dans les soins et dans la décision médicale :	32
3. Implication dans les soins techniques :	37
4. Présence des parents lors des procédures :	37
IV. Résultats des analyses de variance et corrélations	41
1. Hospitalisation antérieure à l'hôpital	41
2. Durée d'hospitalisation :	42
3. Anxiété et âge de l'enfant	42
4. Implication dans les soins et niveau d'éducation :	42
5. Traitement de la douleur et/ ou de la fièvre et efficacité de soins :	43
DISCUSSION	44
I. Cadre de l'étude	45
1. Le Sud du Maroc	45
II. Carte théorique :	47
1. Concepts clés :	47
2. Spécificités en pédiatrie :	50
III. Le soin pédiatrique : un soin évoluant avec l'enfant	52
1. Evolution historique des soins pédiatriques :	52
2. Soins Centrés sur la Famille (SCF) :	53
3. L'implication des parents dans les décisions médicales	55

4. La qualité des soins :.....	62
IV. Discussion des résultats :.....	63
1. Attitude des parents à domicile.....	63
2. Perception des parents des soins hospitaliers :.....	66
3. Implication parentale intra hospitalière dans le processus de soins :.....	73
4. Compétences techniques des parents :.....	78
5. Présence parentale lors des procédures :.....	78
RECOMMANDATIONS.....	83
FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE.....	87
1. Les forces de l'étude :.....	88
2. Les limites et les défis de l'étude :.....	88
3. Pistes de recherche futures :.....	89
CONCLUSION.....	90
RÉSUMÉS.....	92
ANNEXES.....	98
BIBLIOGRAPHIE.....	107



INTRODUCTION



Actuellement, les soins de santé pédiatriques évoluent vers un modèle centré sur le patient et la famille, où les parents jouent un rôle essentiel, non seulement en tant que gardiens de la santé de leurs enfants, mais aussi comme partenaires actifs dans le processus de soins. Cette approche reconnaît que l'implication des parents est indispensable. Cependant, la définition de cette implication n'est pas uniformément établie dans la littérature : elle est souvent utilisée de manière interchangeable avec des termes tels que participation des parents, collaboration dans les soins et soins centrés sur la famille. L'implication parentale peut être comprise comme l'engagement actif des parents dans la prise en charge de leur enfant et dans les processus décisionnels.

Cette implication parentale repose sur des principes fondamentaux tels que la communication ouverte, le respect des préférences familiales et la collaboration étroite entre les familles et les professionnels de santé(1). La participation active des parents dans les soins de leurs enfants hospitalisés est désormais reconnue comme un facteur clé pour améliorer la qualité des services de santé pédiatriques (2)(3)(4).

Cependant, les pratiques relatives à l'implication parentale restent peu explorées dans les pays en développement, et plus particulièrement en Afrique(5). Le Maroc, en particulier, présente un manque de données sur l'implication des familles dans les soins pédiatriques. Cette lacune met en évidence le besoin de recherches pour comprendre comment les familles interagissent avec le système de santé marocain et pour adapter les pratiques aux spécificités culturelles et sociales.

Cette étude vise à mettre la lumière sur cette éventuelle lacune en explorant l'implication des parents au service d'accueil et d'urgences pédiatriques à Marrakech. Les objectifs principaux sont de :

- Évaluer la perception et la satisfaction des parents concernant les soins apportés à leur enfant aux urgences pédiatriques.
- Comprendre le rôle des parents dans la prise en charge de leurs enfants et les décisions médicales.

- Identifier les obstacles et les facilitateurs à leur participation active.
- Formuler des recommandations visant à améliorer l'implication des parents dans les soins de leurs enfants.

En prenant en compte les spécificités culturelles et sociales du contexte marocain, cette recherche vise à offrir une vue d'ensemble approfondie des dynamiques familiales dans les soins pédiatriques.



MATÉRIEL
ET
MÉTHODES



I. TYPE D'ETUDE

Nous avons mené une enquête transversale à visée descriptive et analytique auprès des parents d'enfants hospitalisés au service d'accueil et d'urgences pédiatriques, en utilisant une approche mixte combinant des méthodes quantitatives et qualitatives.

II. ECHANTILLON :

1. Population cible :

La population cible est constituée des parents de patients hospitalisés au SAUP du CHU Mohammed VI de Marrakech, quel que soit leur âge.

2. Échantillonnage:

Un échantillonnage accidentel de 101 de parents a été réalisé.

3. Critères d'inclusion:

Dans le contexte de cette étude, le terme « parent » est défini de manière étendue pour inclure non seulement les parents biologiques et les tuteurs légaux, mais également toute personne assumant un rôle de soin principal à domicile.

- ❖ Les parents doivent avoir eu un séjour au SAUP d'une durée de plus de 48 heures.
- ❖ Les participants doivent avoir donné leur consentement éclairé pour participer à l'étude.

4. Critères d'exclusion

- ❖ Parent refusant de participer à l'étude.

III. Fiche d'exploitation :

Le recueil des données a été réalisé à l'aide d'un questionnaire structuré (Annexe 1), en trois parties, comprenant des questions à échelle de Likert et des questions ouvertes.

1. Données sociodémographiques :

La première partie était consacrée à l'étude du profil épidémiologique et sociodémographique des parents et de leurs enfants.

Pour chaque enfant, les informations suivantes ont été recueillies :

- ❖ L'âge,
- ❖ Le diagnostic
- ❖ La durée d'hospitalisation au SAUP.

Pour chaque parent, les informations suivantes ont été recueillies :

Les données démographiques incluant :

- ❖ Le lien de parenté avec l'enfant,
- ❖ L'âge
- ❖ Le statut marital,
- ❖ Le niveau d'éducation
- ❖ La présence ou non d'une couverture sociale.

2. Implication à domicile.

La deuxième partie du questionnaire a examiné les attitudes des parents concernant la gestion de la maladie de leur enfant à domicile.

3. Implication intra hospitalière.

La troisième partie était axée sur l'évaluation de la communication entre les parents et le personnel médical, ainsi que sur la qualité des soins perçue et leur implication en milieu hospitalier, y compris les aspects techniques des soins.

IV. Méthodes de recueil des données

L'étude a été réalisée sur une période de six mois, de mars 2024 à août 2024. Le recueil des données auprès des parents des patients a été effectué par un même enquêteur afin de minimiser les biais.

V. Analyse statistique :

Nous avons utilisé le logiciel SPSS pour effectuer les analyses statistiques. Les tests suivants ont été appliqués :

- Test de Mann-Whitney : Utilisé pour comparer les variances entre deux groupes : les parents ayant déjà vécu une hospitalisation antérieure avec leur enfant et ceux n'en ayant jamais fait l'expérience, en relation avec leur niveau de compréhension et la quantité des informations reçues. Ce test a également permis d'analyser la relation entre le traitement de la douleur et/ou de la fièvre et l'efficacité perçue des soins.
- Test de Pearson : Utilisé pour examiner la corrélation entre la durée d'hospitalisation et la satisfaction globale.
- Test du Chi carré : Utilisé pour analyser la corrélation entre l'implication des parents dans les soins et leur niveau d'éducation. Une analyse croisée (cross tabulation) a été réalisée en parallèle pour visualiser les relations entre les variables avant d'appliquer le test du Chi carré

VI. Considérations éthiques :

L'étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech.

Les participants ont été informés des objectifs de l'étude. Seuls les parents ayant donné leur consentement libre et éclairé ont été inclus. Le recueil des données a été effectué dans le respect de l'anonymat des participants et de la confidentialité de leurs informations.



RÉSULTATS



I. Données sociodémographiques :

Aucun refus de réponse n'a été enregistré.

1. Renseignements sur les parents.

Le sexe :

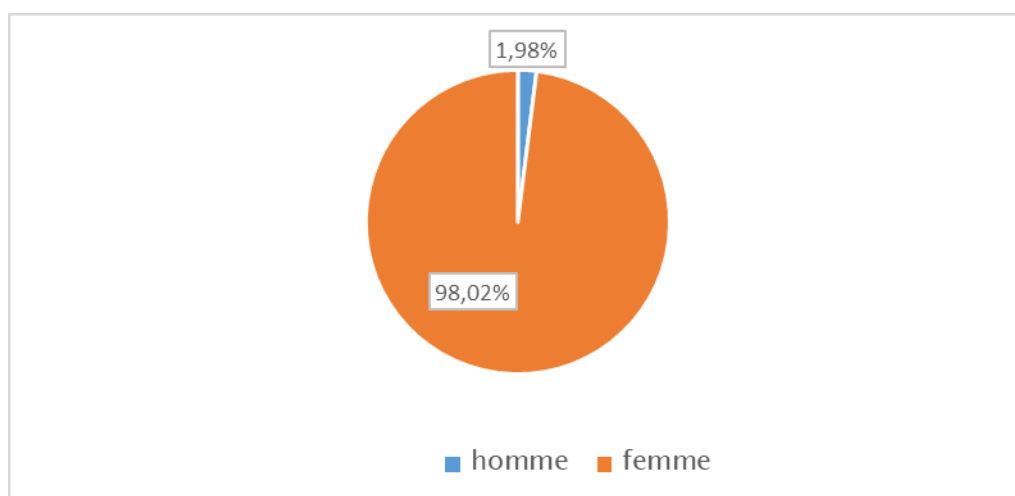


Fig.1 : Répartition des parents selon le sexe

L'âge :

L'âge minimal des parents était de 19 ans, tandis que l'âge maximal était de 60 ans, avec une moyenne d'âge de 33,33 ans.

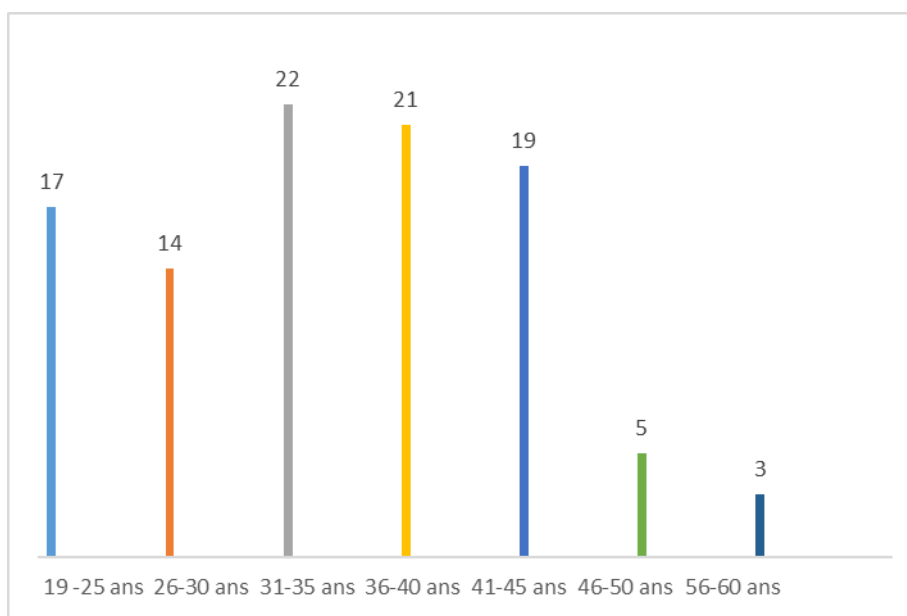


Fig.2: Répartition des parents selon l'âge

Le lien de parenté :

Dans notre étude, 96 participants étaient des mères, 2 étaient des pères et 3 étaient des grands-mères.

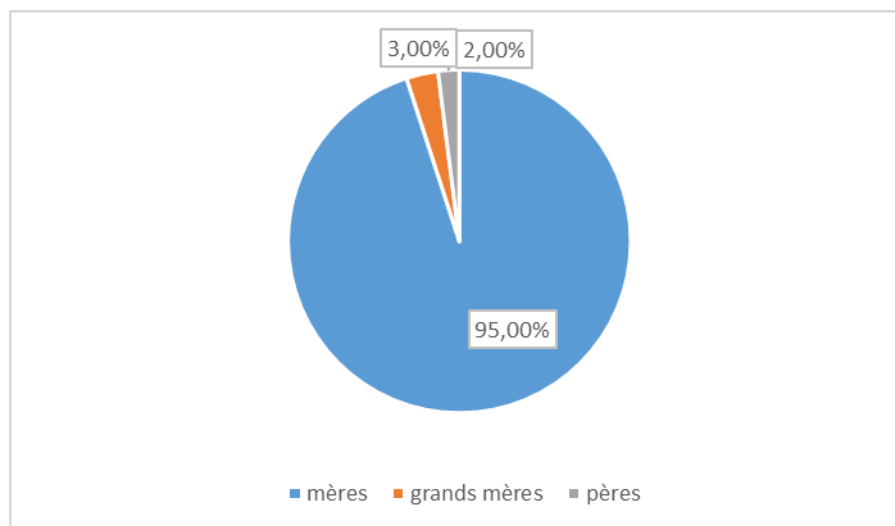


Fig.3: Répartition des parents selon leur lien de parenté

Statut marital :

Dans notre étude, 98 participants étaient mariés, 2 étaient divorcés et 1 était veuf.

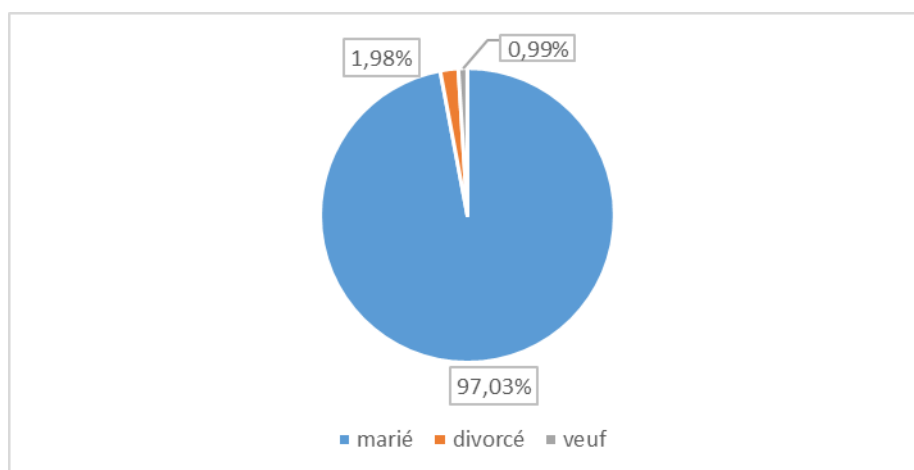


Fig.4: Répartition des parents selon leur statut marital

Lieu de résidence :

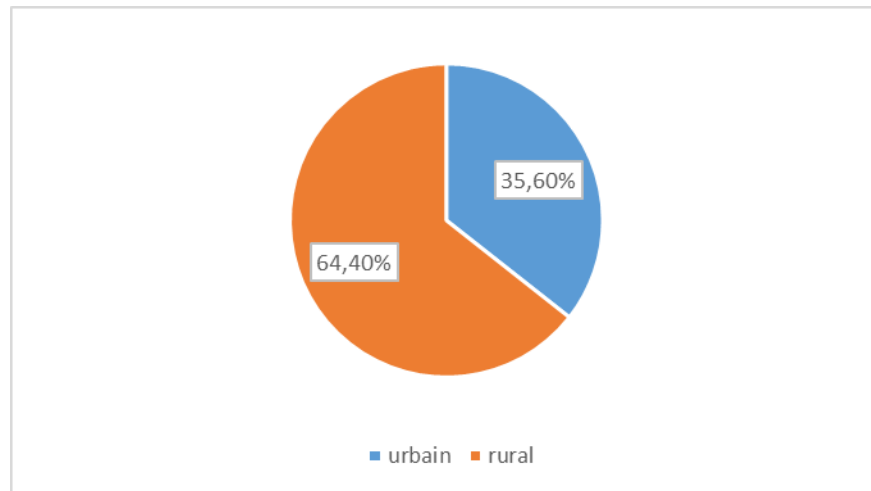


Fig.5: Répartition des parents selon leur lieu de résidence

La distance de l'hôpital :

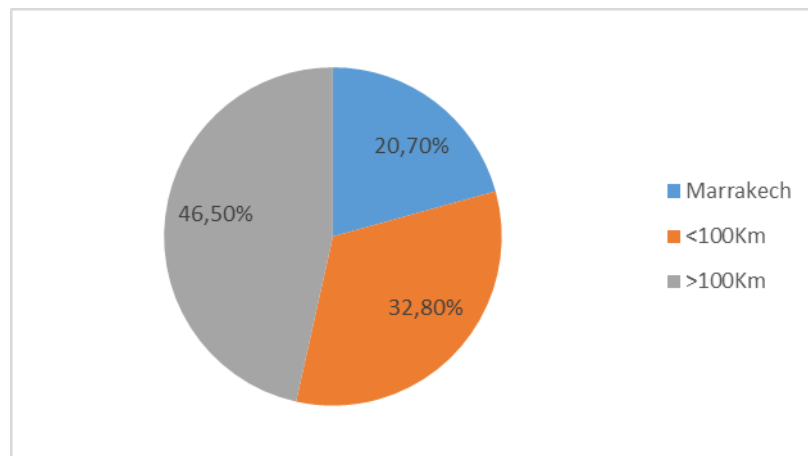


Fig.6: Répartition des parents selon la distance entre leur résidence et l'hôpital

Niveau d'éducation :

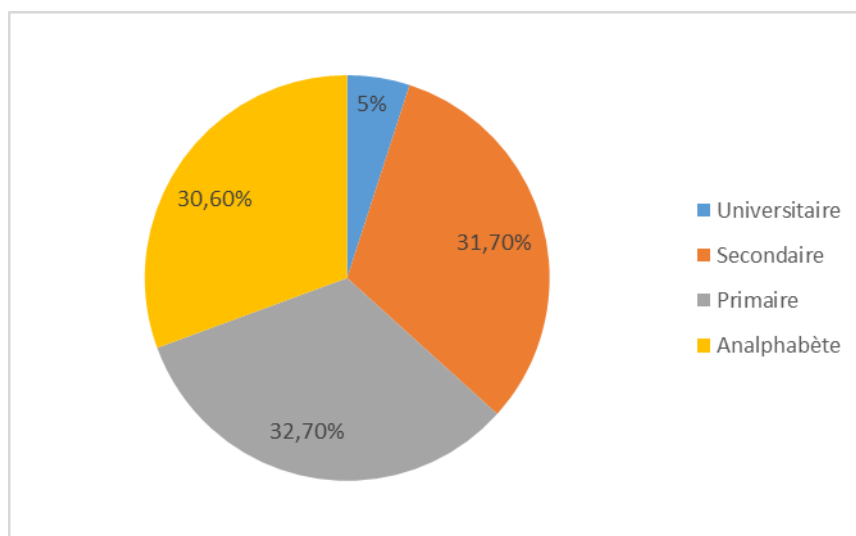


Fig.7: Répartition des parents selon le niveau d'éducation

Profession :

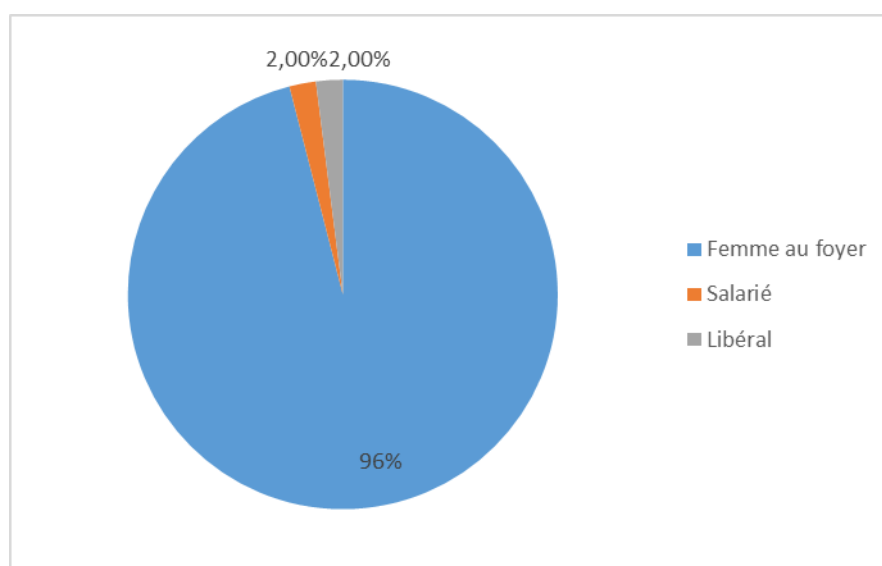


Fig.8 : Répartition des parents selon leur profession

- Nombre total d'enfants dans la famille :

La moyenne d'enfants par famille était d'environ 2,55.

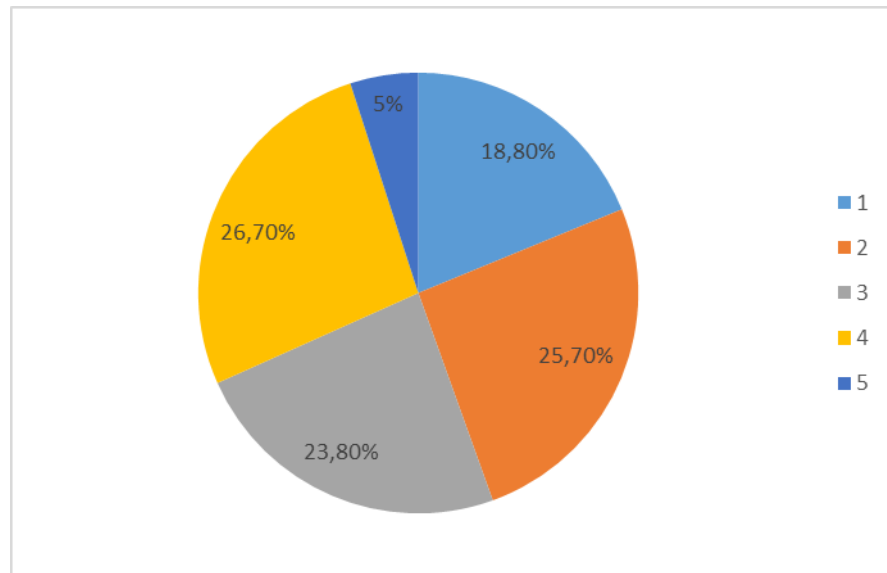


Fig .9 : Répartition des parent selon le nombre total d'enfants dans la famille

2. Renseignements sur les enfants :

L'âge :

L'âge minimal des patients était de 3 jours, tandis que l'âge maximal était de 14 ans, avec une moyenne d'âge de 1,39 an.

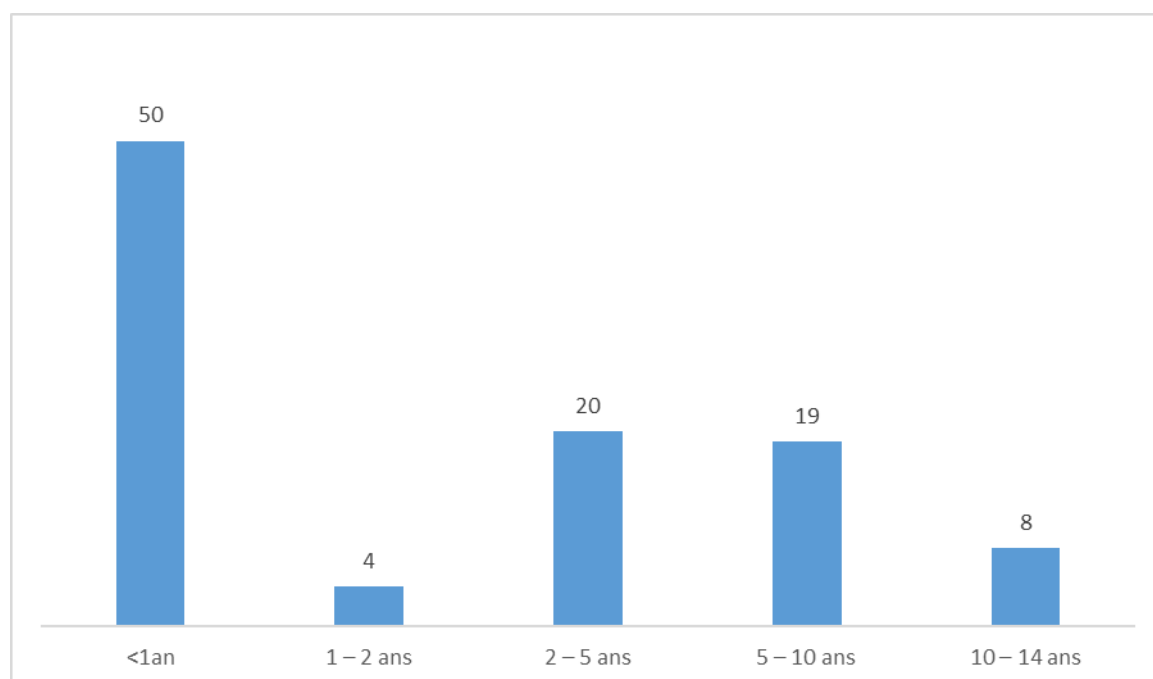


Fig .10 : Répartition des enfants selon les tranches d'âge

Couverture sociale :

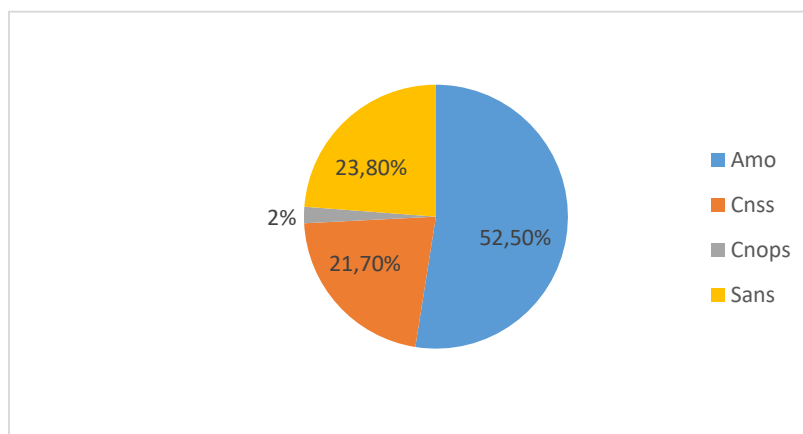


Fig.11 : Répartition des enfants selon la couverture sociale.

Motif de consultation :

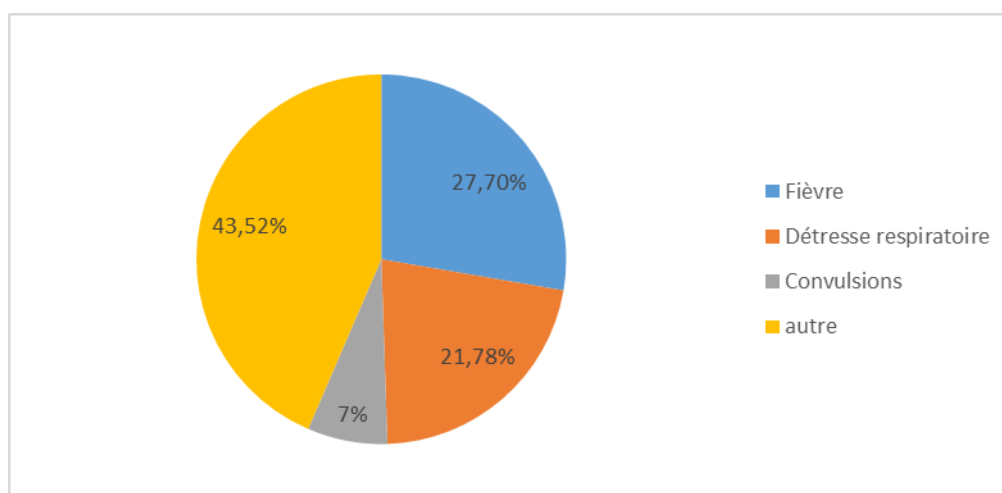


Fig.12: Répartition des enfants selon le motif de consultation

Diagnostic retenu :

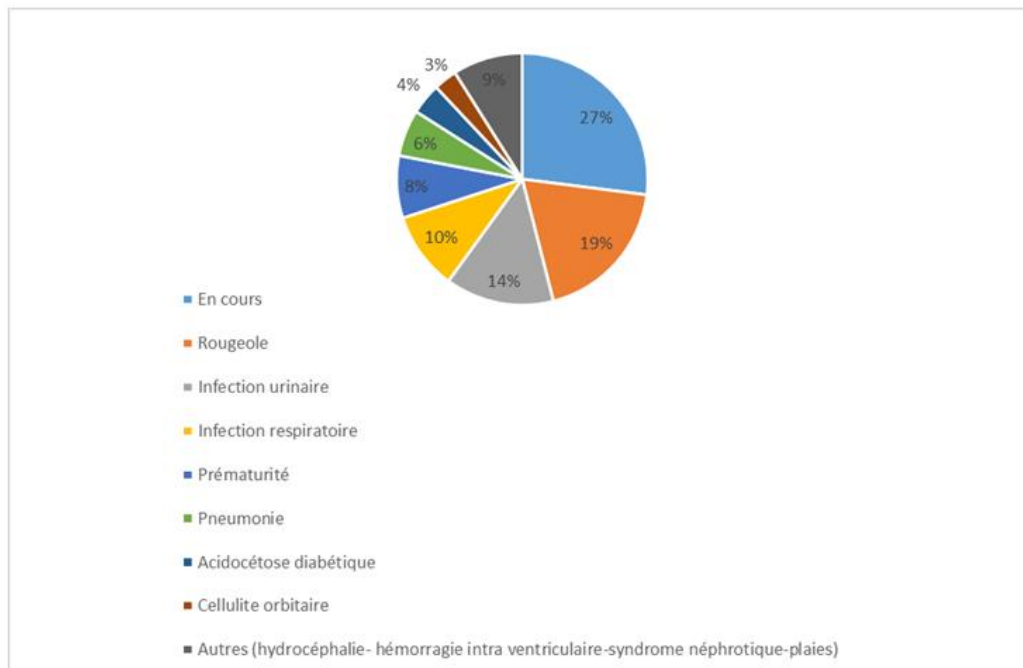


Fig.13 : Répartition des enfants selon le diagnostic retenu

Durée d'hospitalisation :

La durée minimale d'hospitalisation des enfants était de 2 jours, tandis que la durée maximale était de 14 jours, avec une durée moyenne d'hospitalisation de 2,84 jours.

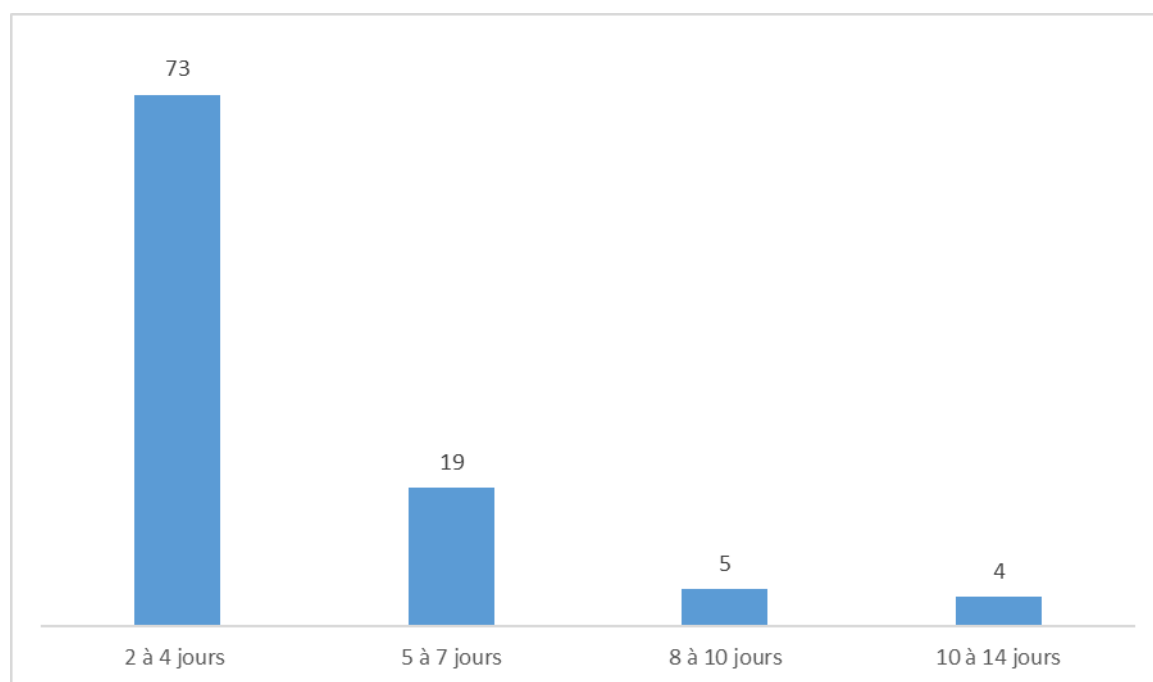


Fig.14 : Répartition des enfants selon la durée d'hospitalisation

Pathologie chronique :

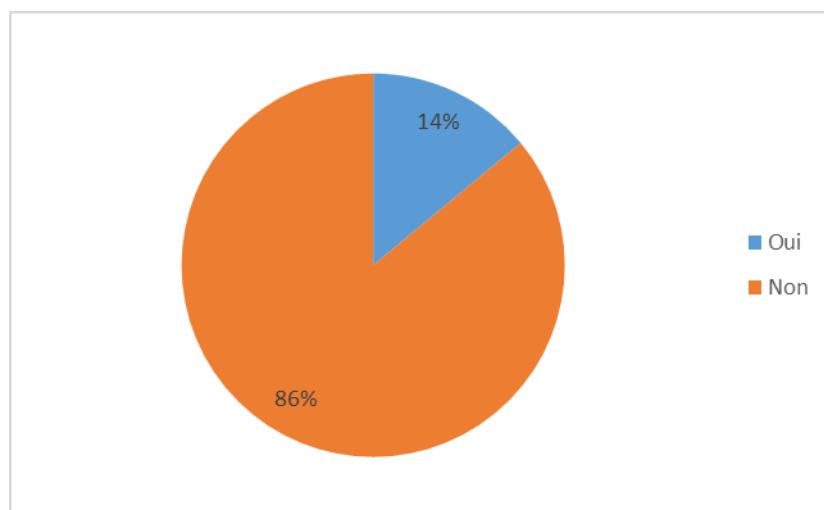


Fig. 15: Répartition des enfants selon les pathologies chroniques

Hospitalisation antérieure à l'hôpital :

La plupart des parents, soit 73,27 %, avaient déjà été admis à l'hôpital en accompagnant leur enfant hospitalisé.

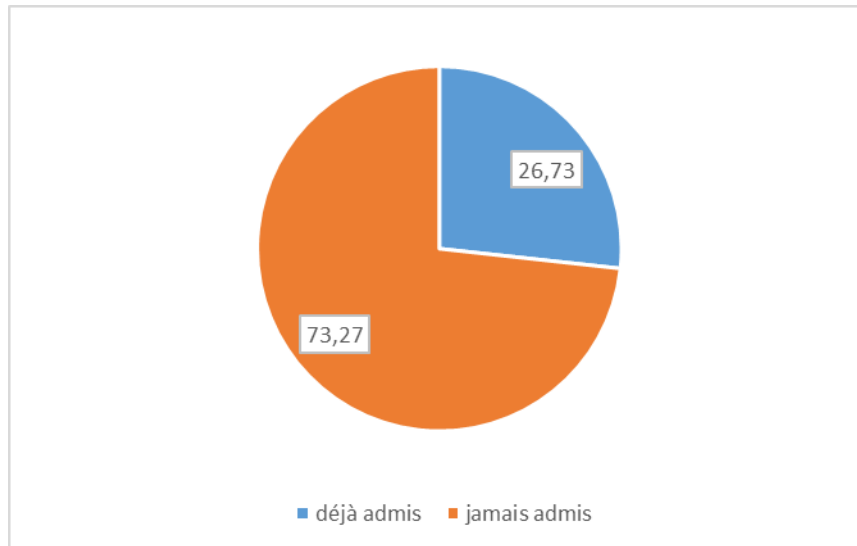


Fig. 16: Répartition des enfants selon leur admission antérieure dans un hôpital

La durée moyenne d'hospitalisation antérieure était de 8,7 jours. Les enfants avaient été admis en moyenne 2 fois dans un hôpital. Toutes les admissions antérieures ont eu lieu à l'hôpital Mohammed VI.

II. Implication à domicile :

- **Recours à l'internet :**

Parmi les parents interrogés, 16 % ont indiqué qu'ils sont fortement susceptibles de consulter Internet pour des informations lorsque leur enfant est malade, avant de se rendre aux urgences. À l'opposé, 10 % ont exprimé une faible probabilité de le faire, et 74 % ont affirmé ne jamais consulter Internet pour des informations médicales dans ces situations.

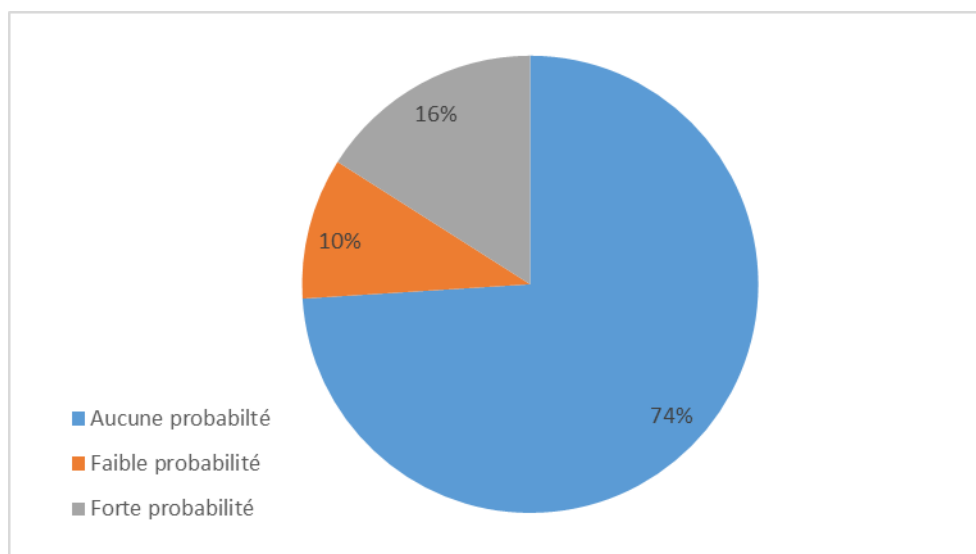


Fig.17 : Répartition des parents de selon leurs recours à internet

• **Recours aux remèdes naturelles :**

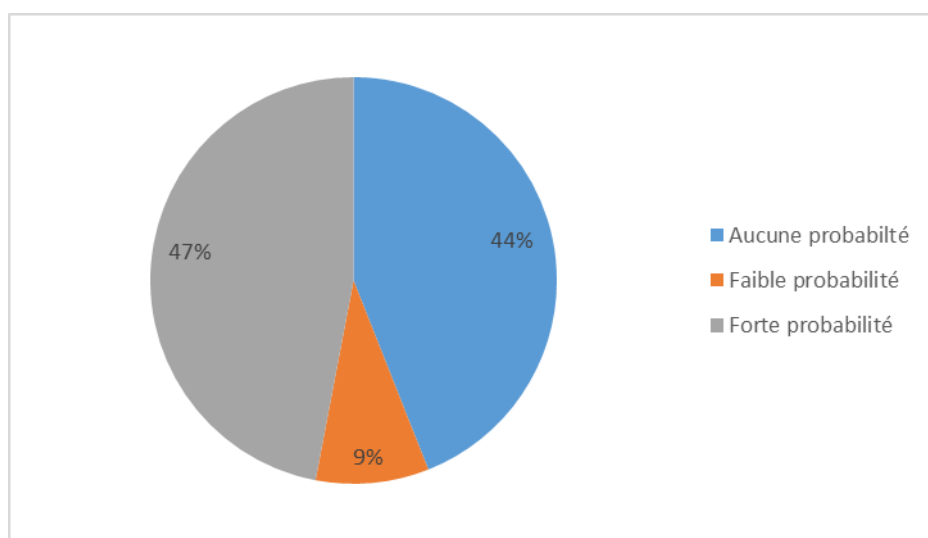


Fig.18: Répartition des parents de selon l'usage des remèdes naturelles

- **Gestion des soins de l'enfant au domicile**

La grande majorité des répondants, soit 98 %, ont affirmé que les mères assument seules la responsabilité de s'occuper de leurs enfants malades.

- **Arrêt de traitement :**

Près de 29% des parents ont arrêté un traitement prescrit par le médecin pour les raisons ci-dessous :

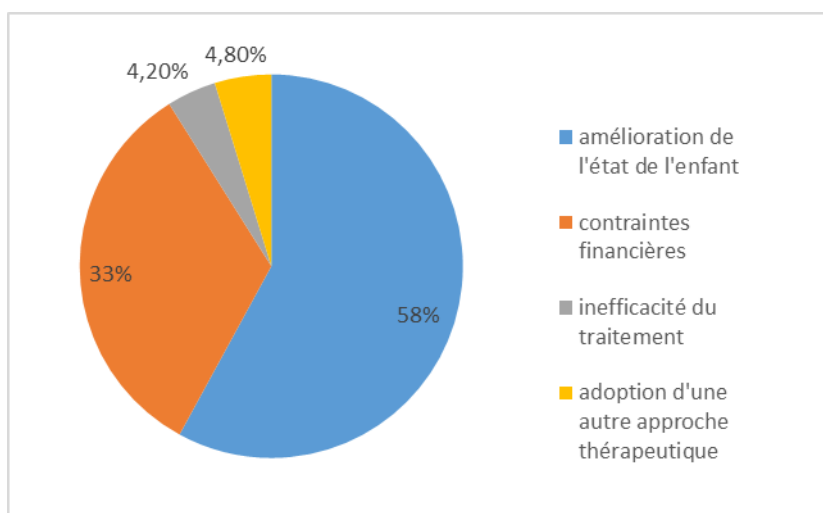


Fig. 19 : Répartition des parents ayant arrêté un traitement avant la durée prescrite par le médecin

- **Consultation d'un pharmacien :**

Environ 69,4 % des parents ont préféré consulter un pharmacien plutôt qu'un médecin pour des problèmes tels que la fièvre, la toux et les angines.

- **Consultation d'un médecin**

Environ 39 % des parents ont consulté un médecin après avoir tenté des mesures de soins sans observer d'amélioration.

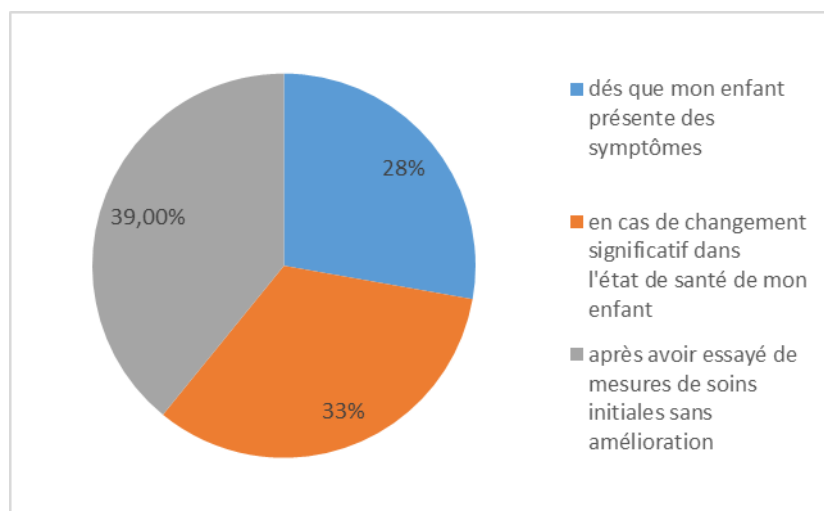


Fig. 20: Répartition des parents selon les circonstances qui les mènent à consulter un médecin

III. Implication intra hospitalière :

1. Perceptions et satisfaction des parents

- **État de santé de l'enfant :**

Environ 48,5 % des parents ont jugé l'état de santé de leur enfant comme étant bon, tandis que 18,84 % l'ont considéré comme mauvais.

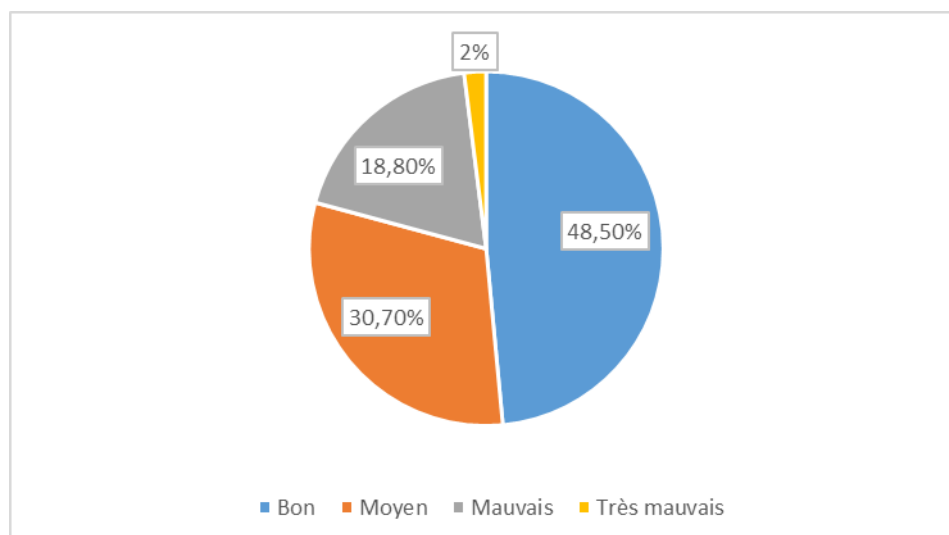


Fig. 21 : Répartition des parents selon leur perception de l'état de santé actuel de leur enfant

• Niveau d'anxiété :

Environ 67,7 % des parents ont évalué leur niveau d'anxiété comme élevé, allant de très anxieux à anxieux, tandis que 32,3 % l'ont jugé faible, variant de peu anxieux à pas du tout anxieux.

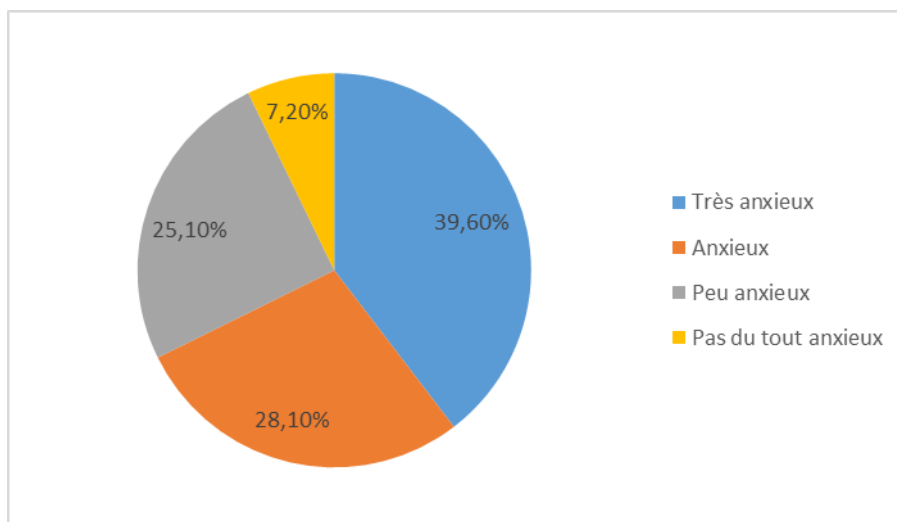


Fig.22 : Répartition du niveau d'anxiété des parents face à la maladie de leurs enfants

• Niveau de compréhension des parents :

Une majorité de parents, soit 71,2 %, avaient bien compris ce qui s'était passé lors de la consultation aux urgences, tandis que 20,7 % avaient mal compris ou à peine compris. Concernant le diagnostic, 65,36 % des parents l'avaient bien compris, tandis que 34,73 % l'avaient mal compris ou à peine compris.

En ce qui concerne les instructions pour la prise en charge des enfants, 78,65 % des parents les avaient bien comprises, contre 21,6 % qui les avaient mal comprises ou à peine comprises.

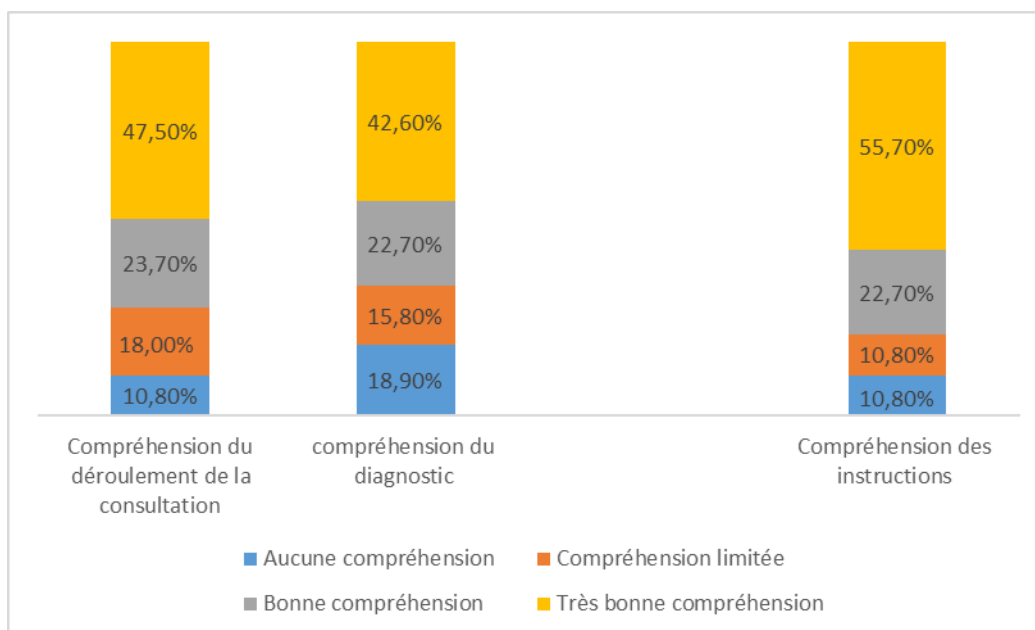


Fig. 23 : Répartition du niveau de compréhension des parents

• **Perceptions des parents sur la quantité des informations reçues :**

Une majorité de parents, soit 61,4 %, ont estimé que la qualité des informations sur les bilans et les traitements était satisfaisante, tandis que 38,6 % l'ont jugée insuffisante ou peu satisfaisante.

Quant aux informations sur les résultats des bilans et des traitements, 64,3 % des parents ont affirmé en avoir reçu suffisamment, tandis que 35,7 % ont déclaré en avoir reçu peu ou pas du tout.

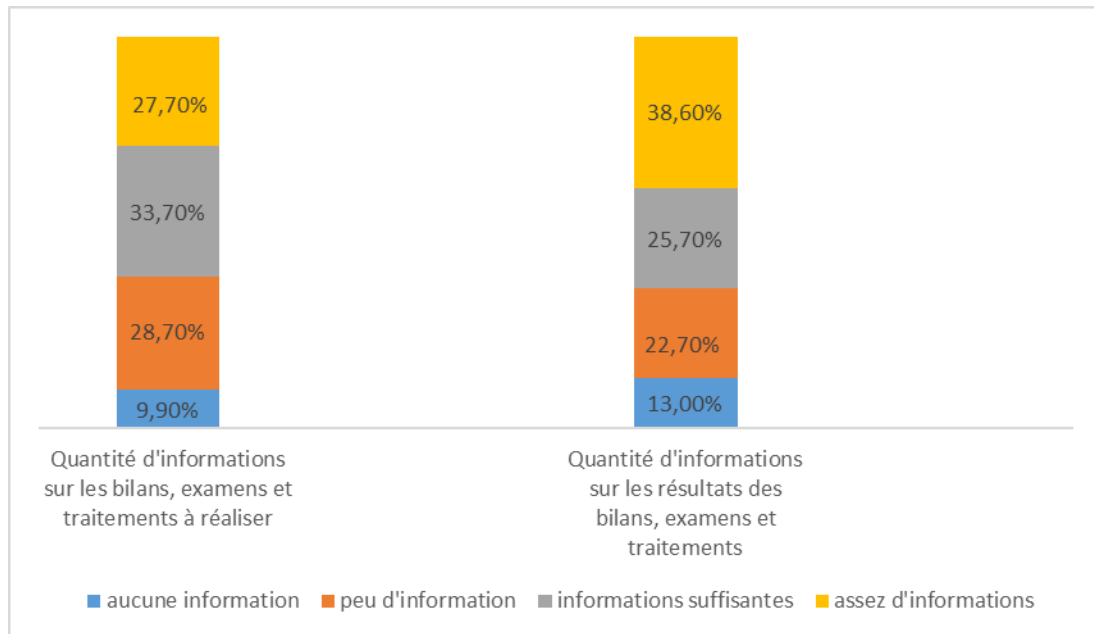


Fig.24 : Perceptions des parents de la quantité des informations reçues

• **Différenciation entre Infirmiers médecins et étudiants en médecine :**

Seulement 43.6% ont pu différencier entre les médecins, les infirmiers et les étudiants en médecine.

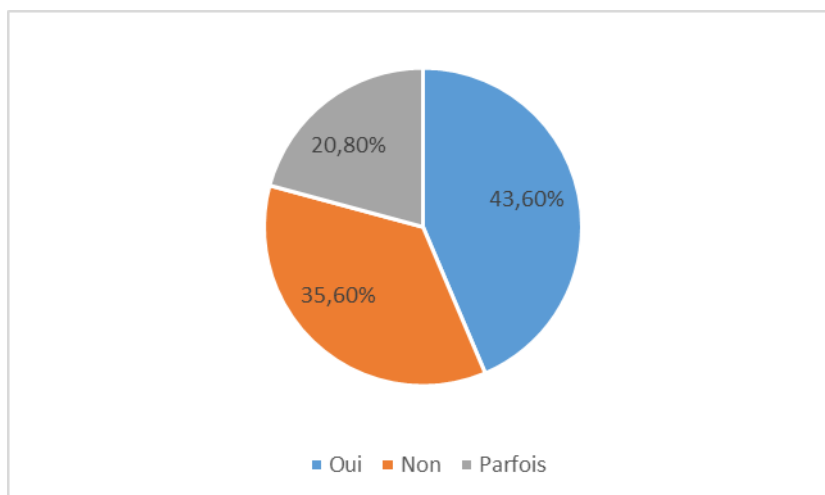


Fig.25 : Répartition des parents selon la distinction entre médecins, infirmiers et étudiants en médecine.

- **Évaluation de la capacité des médecins et infirmiers à expliquer les procédures médicales et les soins nécessaires :**

Une majorité de parents, soit 60,4 %, ont estimé que les médecins avaient une bonne capacité à fournir des explications claires. Environ 41,8 % des parents ont estimé que les infirmiers étaient capables de fournir des explications claires.

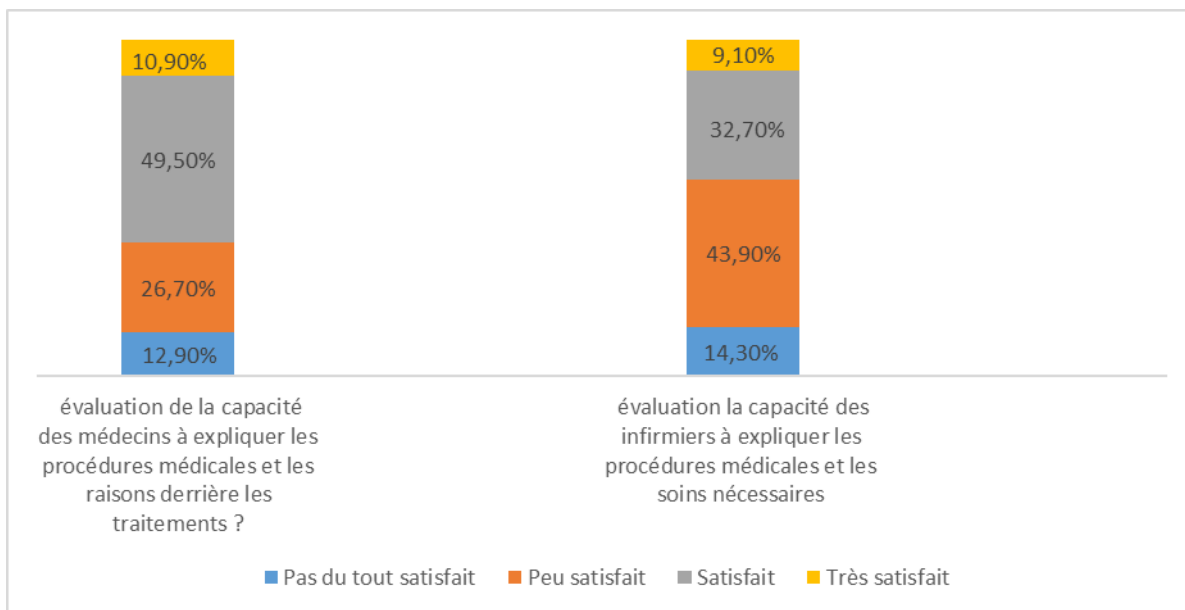


Fig.26 : Évaluation des parents de la capacité des médecins et infirmiers à expliquer les procédures médicales et les soins nécessaires

- **Perceptions des parents de l'attitude du personnel :**

La majorité des parents étaient satisfaits de l'attitude des médecins, avec 96 % des parents exprimant leur satisfaction.

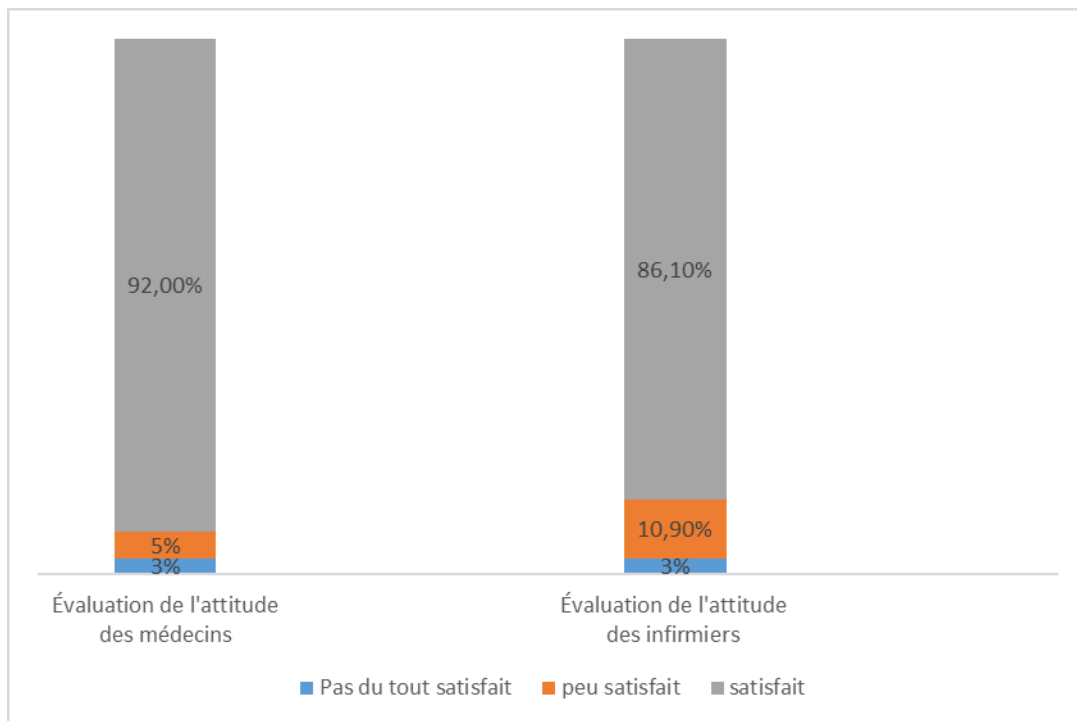


Fig .27: Évaluation des parents de l'attitude des médecins et des infirmiers

- **La communication soignant–parent :**

Environ 46,5 % des parents ont exprimé leur satisfaction concernant la communication avec les médecins, tandis que 34,7 % ont été satisfaits de la communication avec les infirmiers.

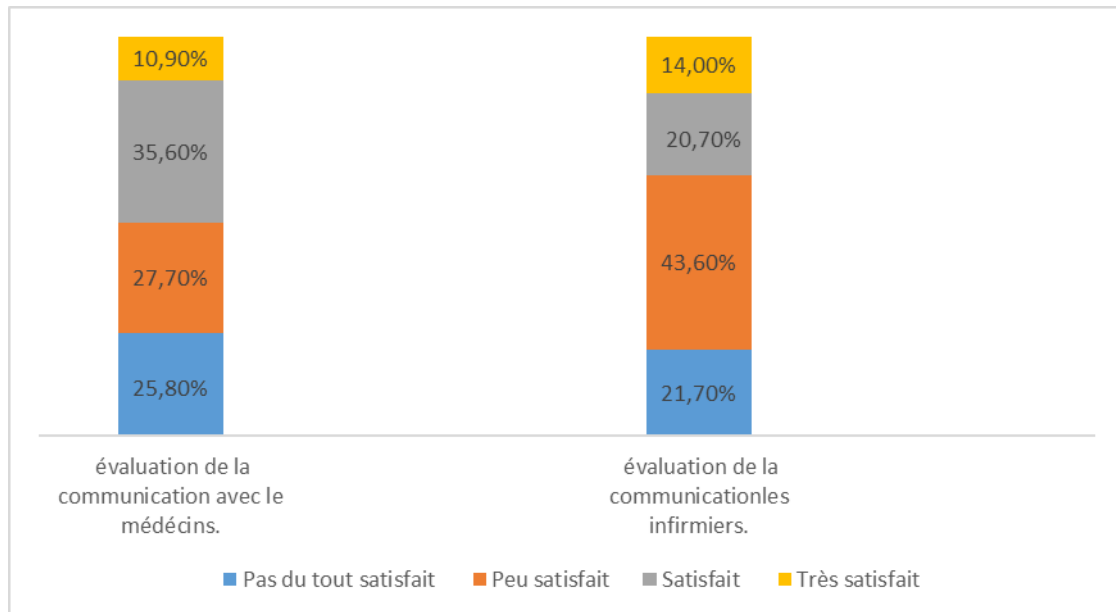


Fig.28 : Évaluation des parents de la communication avec le personnel médical

• **Réactivité et disponibilité du personnel :**

Environ 76,2 % des participants ont jugé le personnel réactif à leurs besoins, tandis qu'environ 23,8 % l'ont perçu comme peu ou pas du tout réactif.

Une majorité des répondants 68% a trouvé le personnel occupé à très occupé, tandis qu'environ 32% l'ont perçu comme peu ou pas du tout occupé.

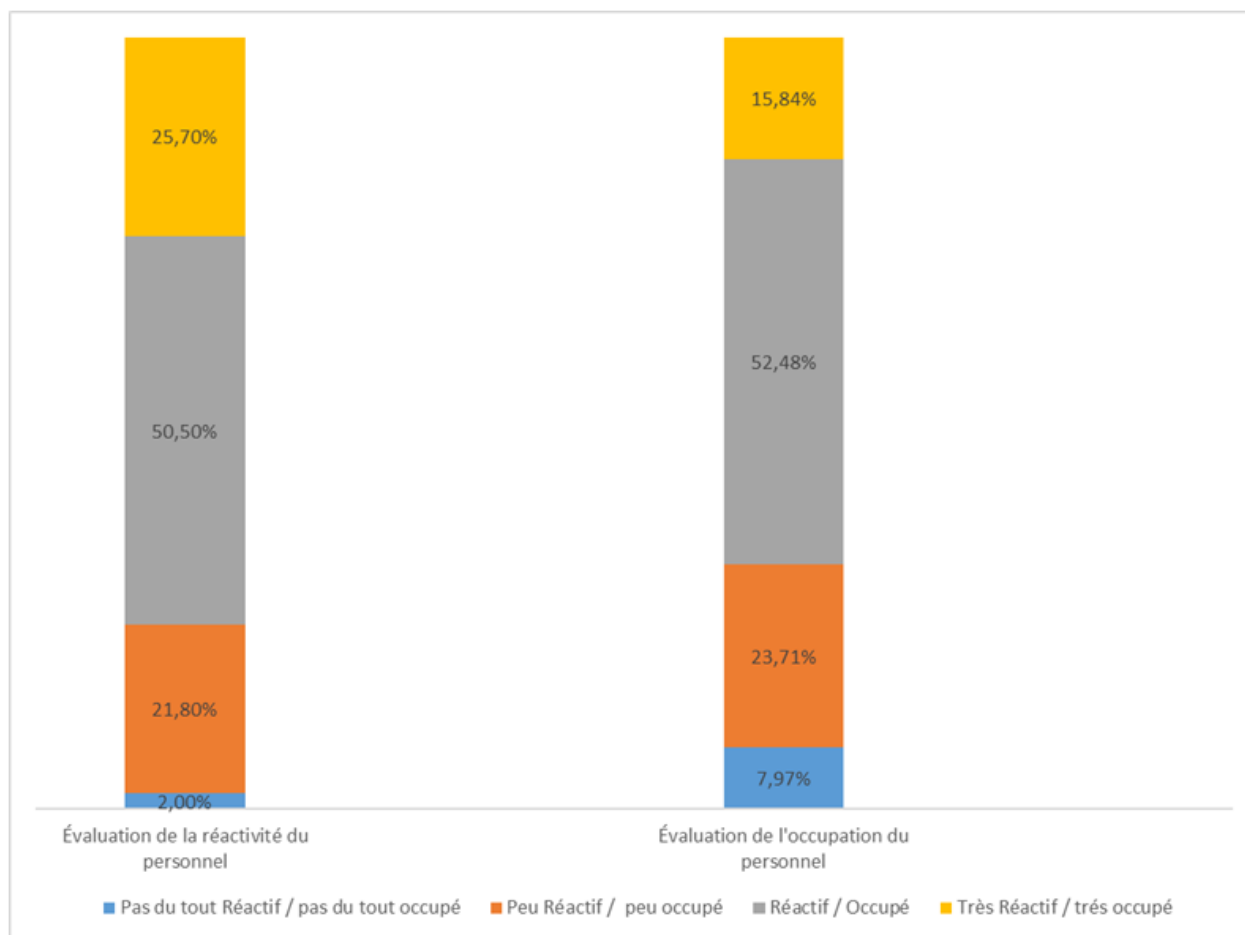


Fig.29: Évaluation des parents de la réactivité et de la disponibilité du personnel

- **Expression des préoccupations :**

Parmi les parents, 74,7 % ont déjà exprimé leurs préoccupations ou suggestions durant leur hospitalisation.

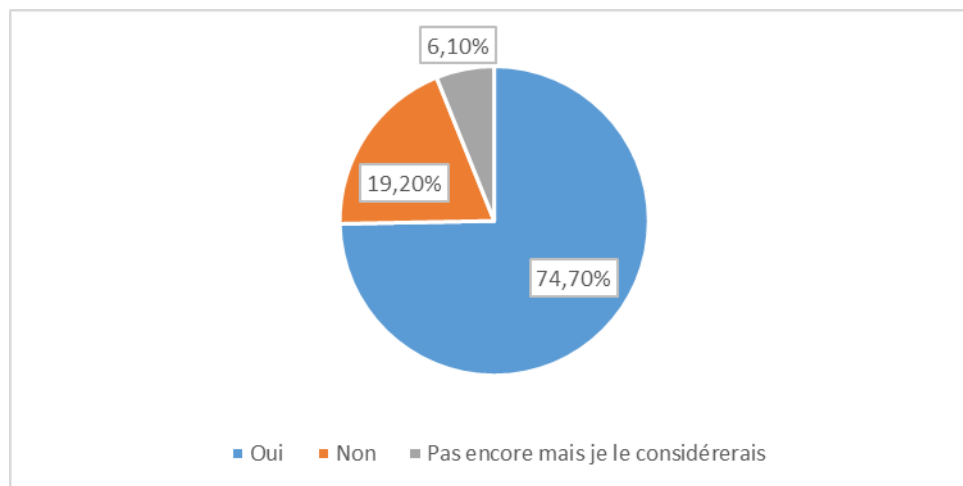


Fig.30 : Répartition des parents selon l'expression de leurs préoccupations et suggestions

• **Efficacité des soins :**

La majorité des participants, soit 88%, ont jugé les soins très efficaces. À l'inverse, 12% des répondants ont estimé que les soins étaient inefficaces.

Pour 74,2 % des parents, le soulagement de la douleur et/ou de la fièvre a été évalué comme satisfaisant. Tandis que 25,8 % l'ont jugé insatisfaisant.

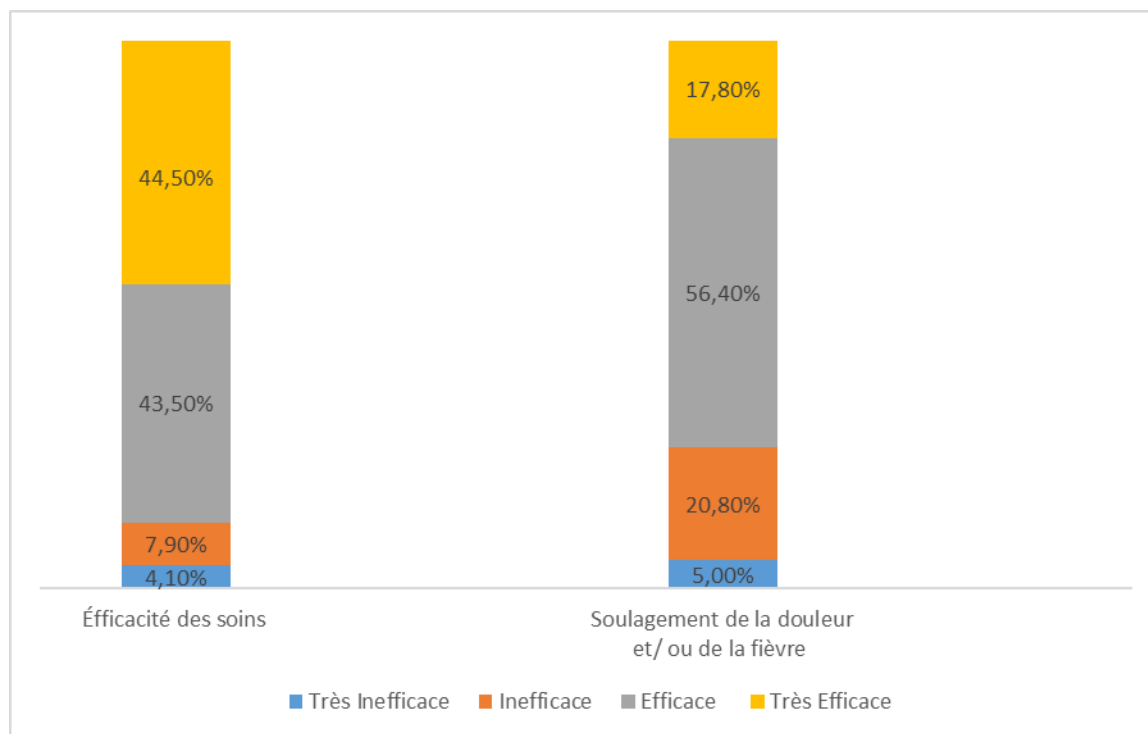


Fig. 31: Évaluation des parents de l'efficacité des soins et du soulagement de la douleur et/ou de la fièvre

2. Implication intra-hospitalière dans les soins et dans la décision médicale :

- Niveau d'implication des parents :

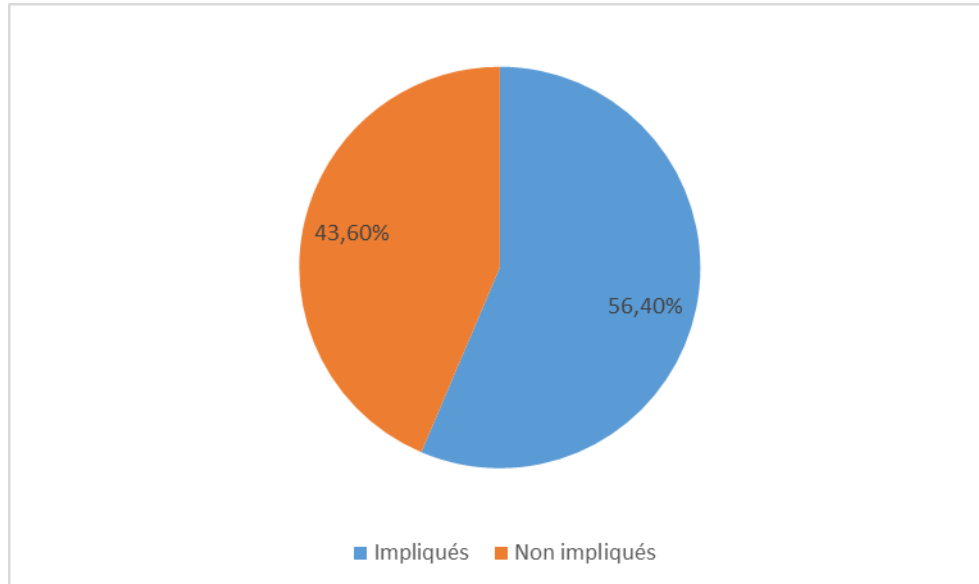


Fig.32: Pourcentage de parents impliqués dans les soins et dans la prise de décision médicale.

Les parents ont été invités à expliquer, dans leurs propres mots, les raisons de leur implication ou de leur absence d'implication. Ces explications ont ensuite été regroupées et quantifiées.

Les parents se sentant impliqués ont été regroupés en trois sous-catégories selon la manière dont ils exprimaient leur implication :

- ❖ La majorité des parents, soit 70,7 %, des parents se sentaient impliqués en posant des questions sur le traitement.
- ❖ Environ 18,8 % des parents se sentaient impliqués en suivant les instructions médicales.
- ❖ Près de 10,5 % des parents se sentaient impliqués en exprimant leurs préoccupations.

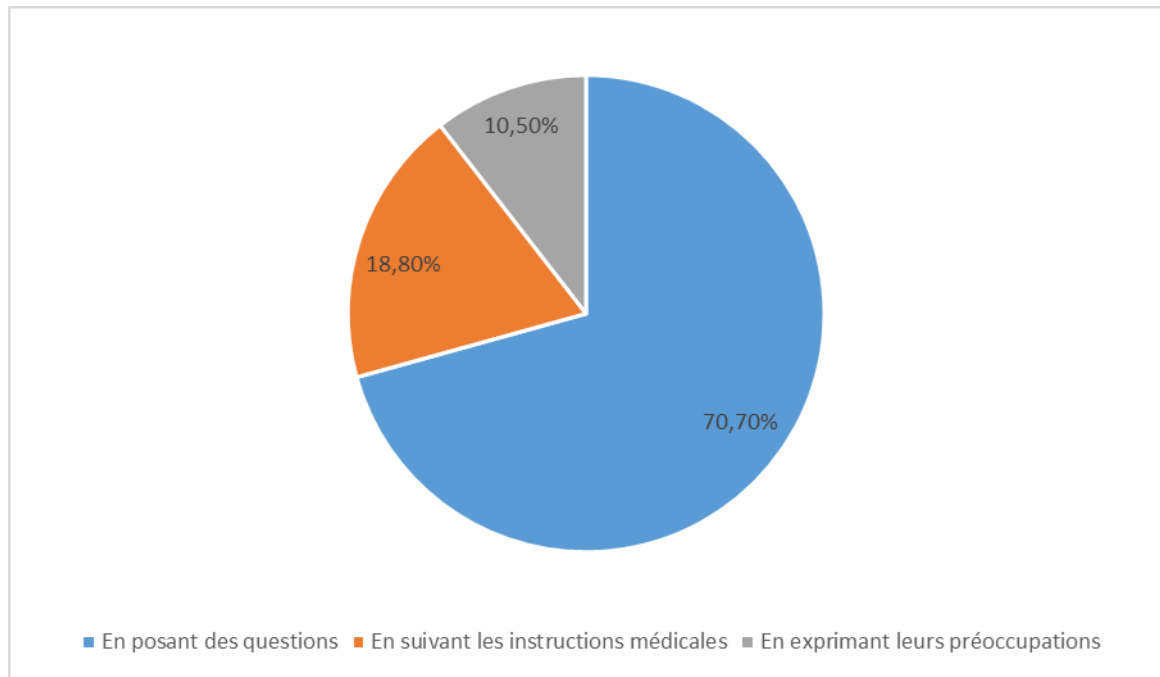


Fig.33: Répartition des parents selon leur mode d'implication.

Les raisons pour lesquelles certains parents ne se sentaient pas impliqués dans la prise de décision concernant le traitement de leur enfant ont été regroupées en trois catégories principales

- ❖ Un manque de communication, notamment en raison de la langue, a été mentionné par près de 40 % des parents.
- ❖ Environ un tiers des parents ont indiqué qu'un manque de connaissances était la raison de leur absence d'implication.
- ❖ Enfin, près de 28 % des parents ont exprimé une préférence pour un rôle passif.

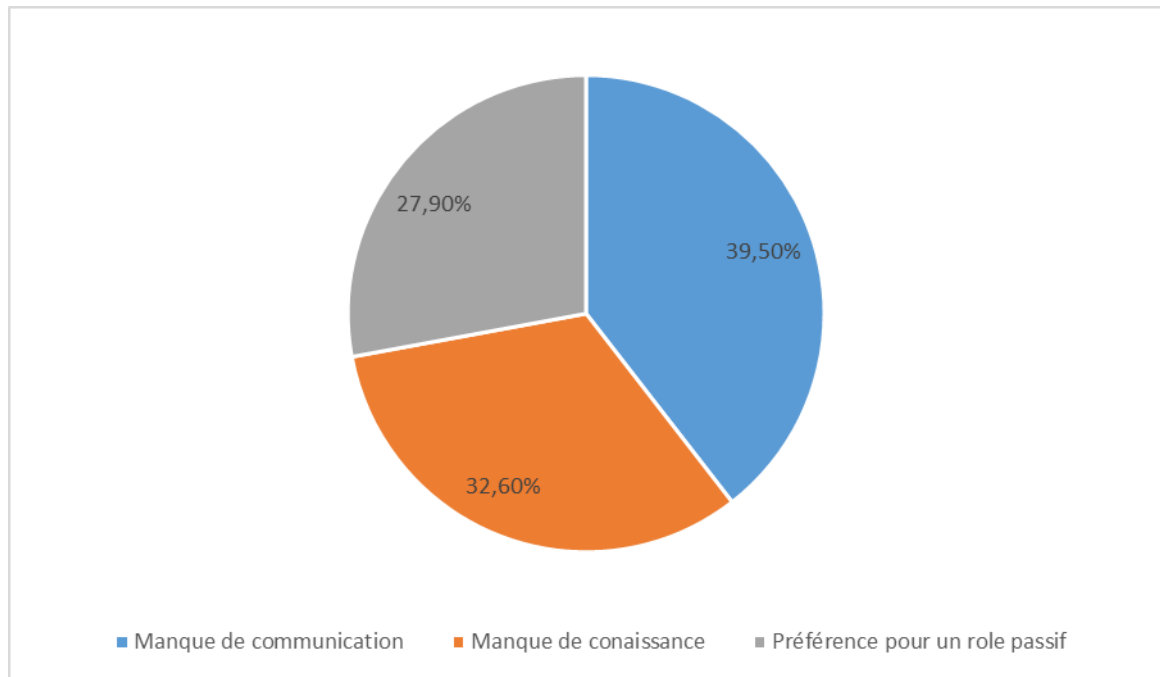


Fig.34: Motifs de la non-implication des parents dans les soins et dans la prise de décision médicale.

- **Importance de l'implication familiale dans la décision médicale :**

La majorité des parents, soit 73 %, considéraient qu'il était important d'être impliqués dans la planification des soins de leurs enfants hospitalisés, tandis que 27 % estimaient que cela n'était pas nécessaire.

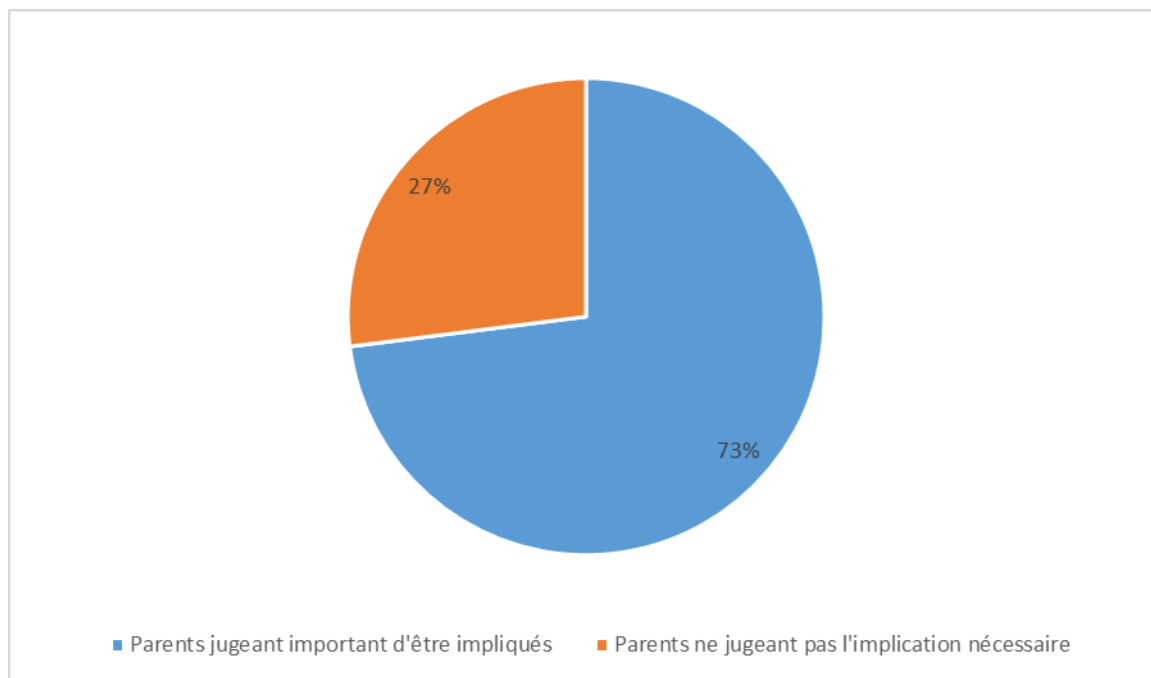


Fig.35 : Répartition des parents selon leur perception de l'importance de l'implication dans la décision médicale.

Parmi ceux qui considéraient cette implication importante, près de 55,4 % ont souligné qu'il était essentiel de comprendre l'état de l'enfant et le processus de gestion des soins.

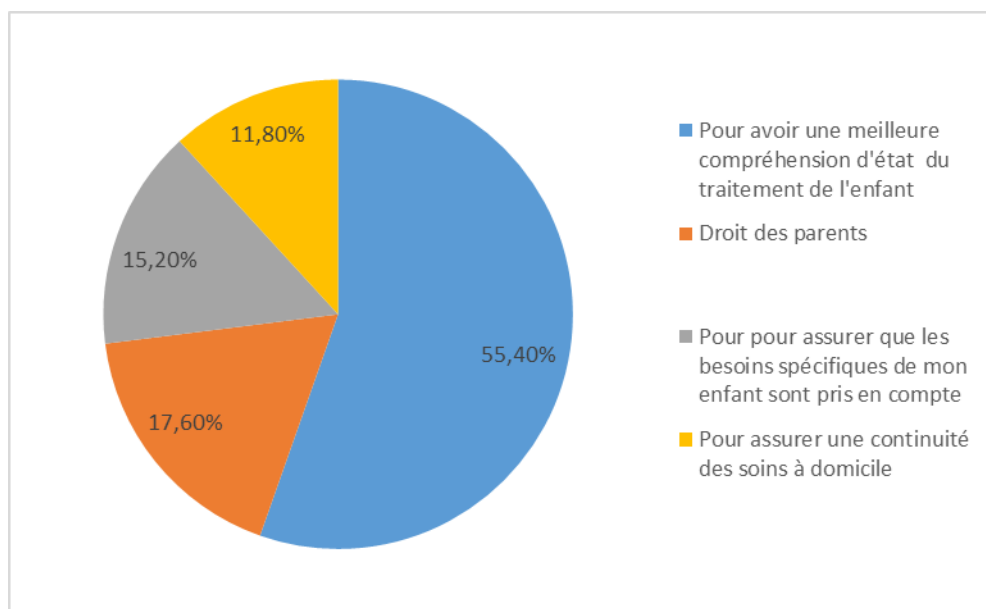


Fig.36: Raisons pour lesquelles les parents jugeaient leur implication importante dans les décisions médicales

Les parents ayant exprimé que leur implication n'était pas importante ont été invités à expliquer les raisons en leurs propres termes. Ces explications ont ensuite été regroupées et quantifiées :

- ❖ Le fait de ne pas être experts (50 %),
- ❖ Préférence pour une approche autoritaire (35,7 %),
- ❖ Le risque de retarder le processus de gestion des soins (14.3 %)

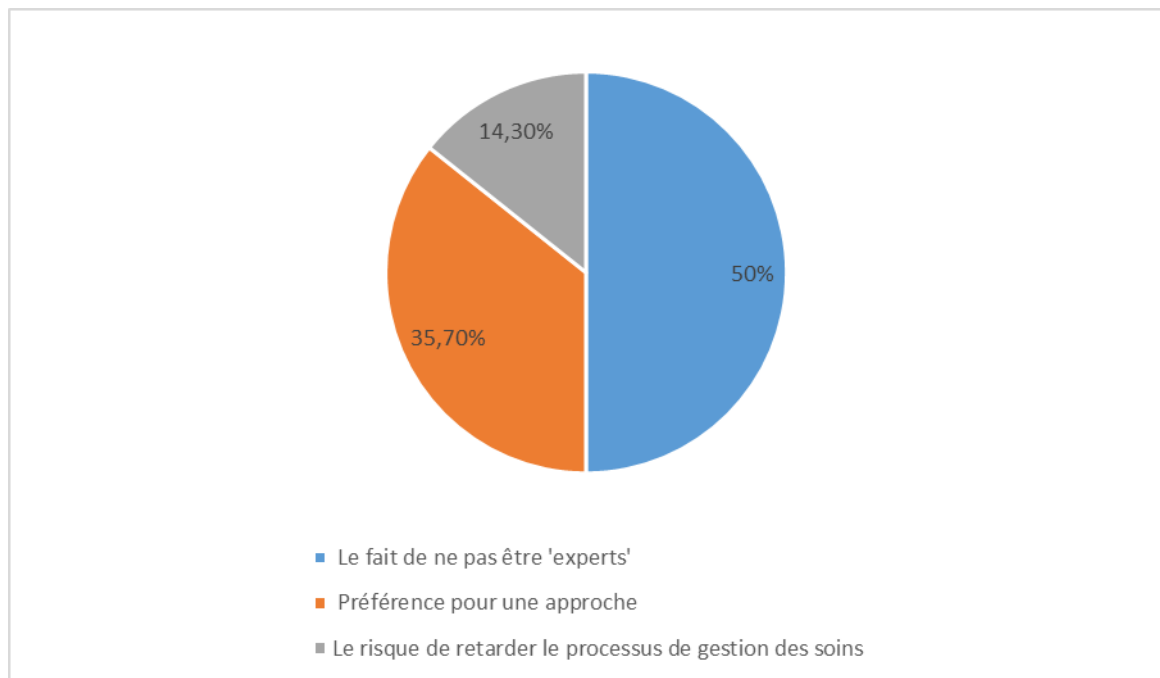


Fig.37 : Raisons pour lesquelles les parents jugeaient leur implication non importante dans les décisions médicales.

3. Implication dans les soins techniques :

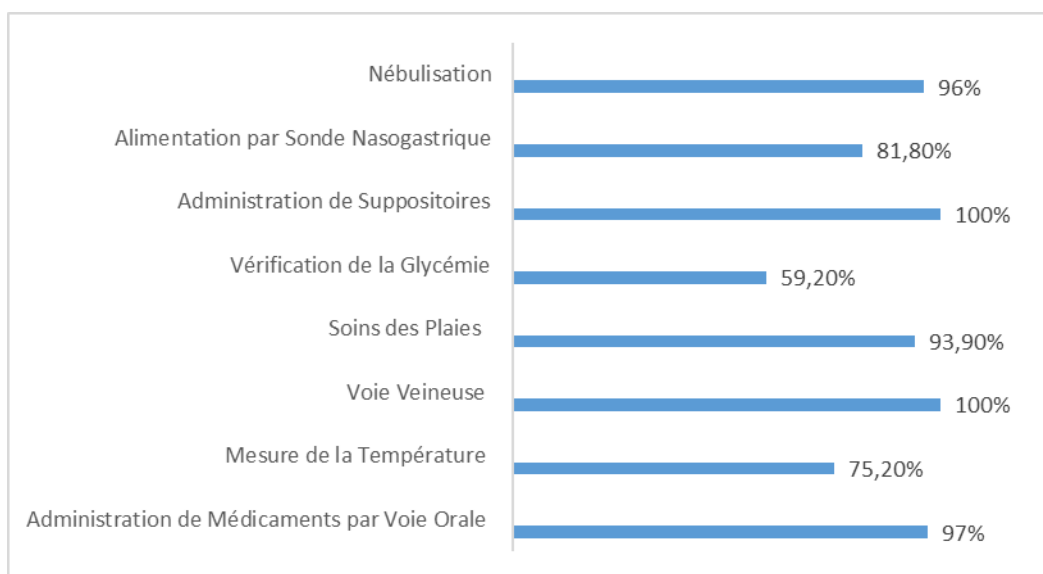


Fig.38 : Pourcentage de parents susceptibles de participer aux différents aspects techniques des soins pendant l'hospitalisation.

4. Présence des parents lors des procédures :

Seulement 41% des parents était toujours présents lors des procédures.

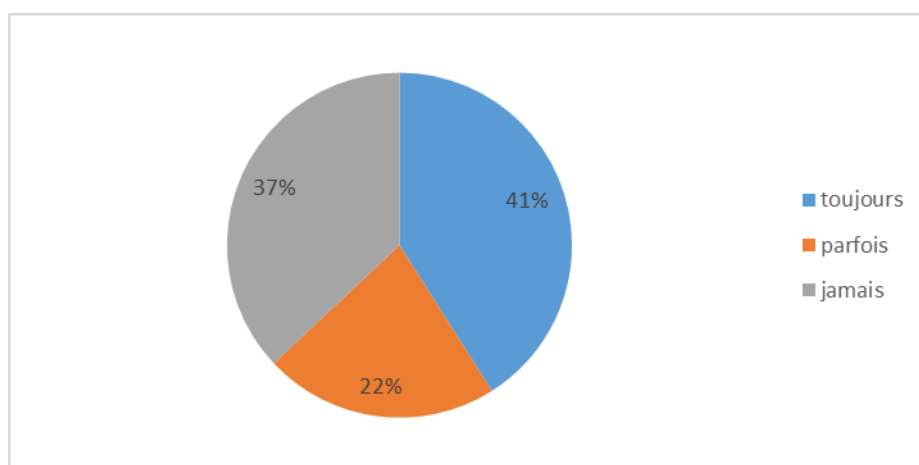


Fig.39 : Répartition des parents selon leur présence lors des procédures

Parmi les parents qui n'étaient pas présents lors des soins, les raisons principales étaient les suivantes :

- ❖ Contrainte logistique : 56,8 % des parents étaient empêchés par des contraintes logistiques.
- ❖ Anxiété : 38 % des parents évitaient les soins en raison de la peur des procédures médicales.
- ❖ Confiance dans les professionnels : 5,2 % des parents estimaient que leur présence n'était pas nécessaire, ayant confiance dans les soins fournis par les professionnels de santé.

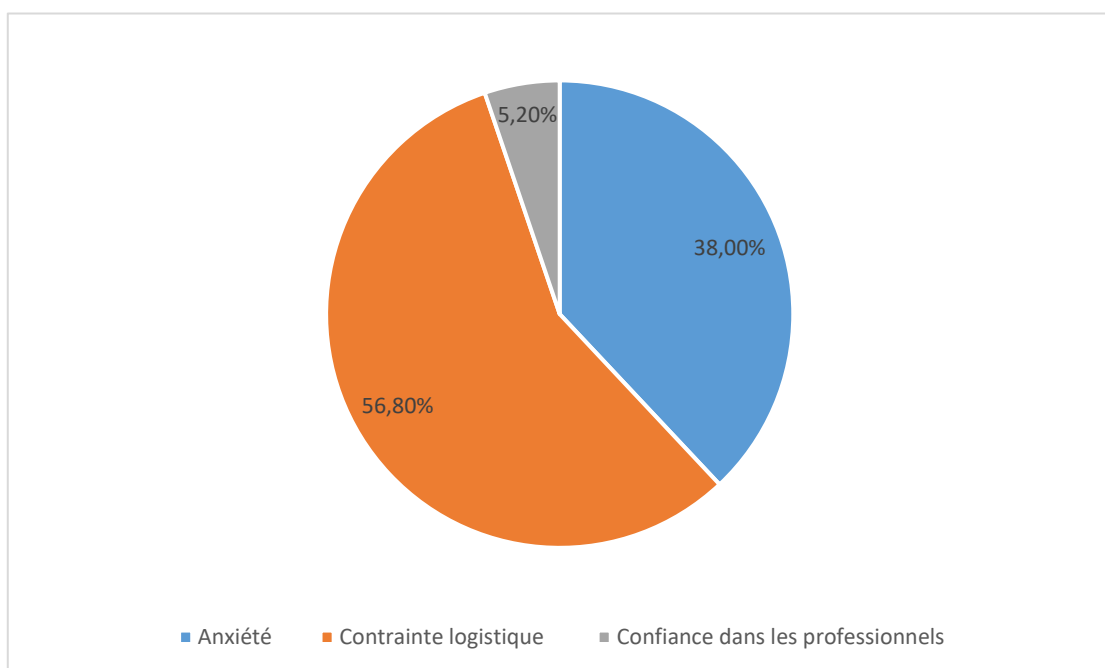


Fig .40 : Raisons de l'absence des parents lors des soins

- Importance de la présence des parents pendant les procédures :

Environ 71.4% des parents ont jugé qu'il était important de rester lors des procédures, tandis que 28.6% ont considéré que leur présence n'était pas nécessaire.

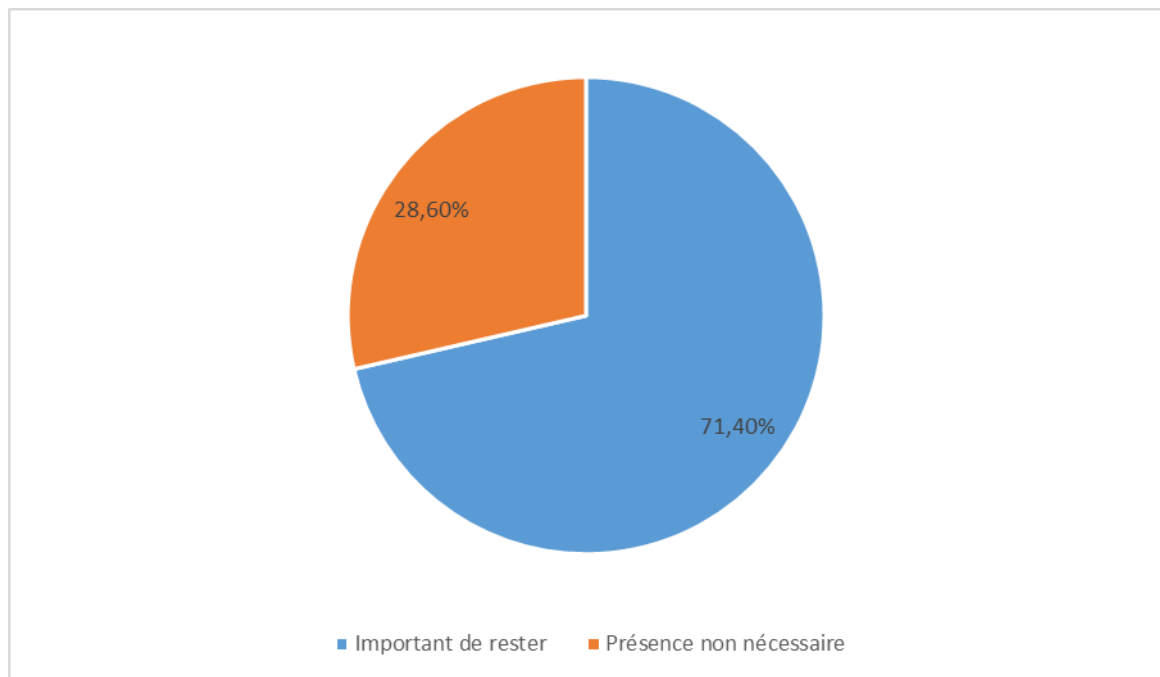


Fig. 41 : Répartition des parents selon l'importance de leur présence lors des procédures

Les parents ayant exprimé l'importance de leur présence lors des procédures ont été invités à expliquer les raisons de cette conviction en leurs propres termes. Ces explications ont ensuite été regroupées et quantifiées .(Certains parents ont fourni plusieurs raisons).

Près de 70% de parents ont indiqué que leur présence était importante pour réconforter l'enfant.

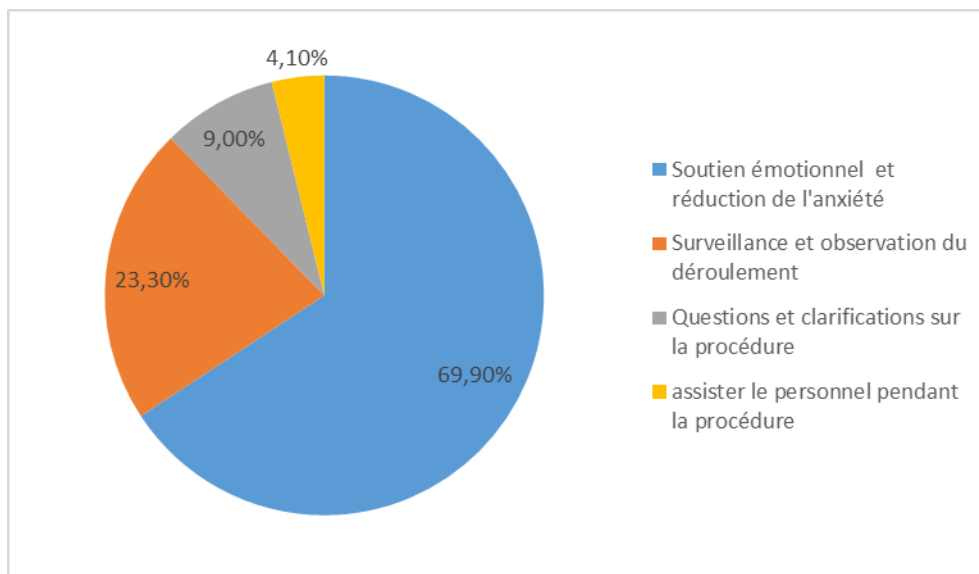


Fig.42 : Raisons pour lesquelles les parents ont estimé important de rester lors des procédures

Les parents qui ont jugé que leur présence n'était pas nécessaire ont évoqué les raisons suivantes :

- ❖ Minimiser le stress des parents associé à la visualisation de la procédure (85,7 %).
- ❖ Éviter de perturber le personnel (10,7 %).
- ❖ Respecter le protocole de l'établissement (3,6 %).

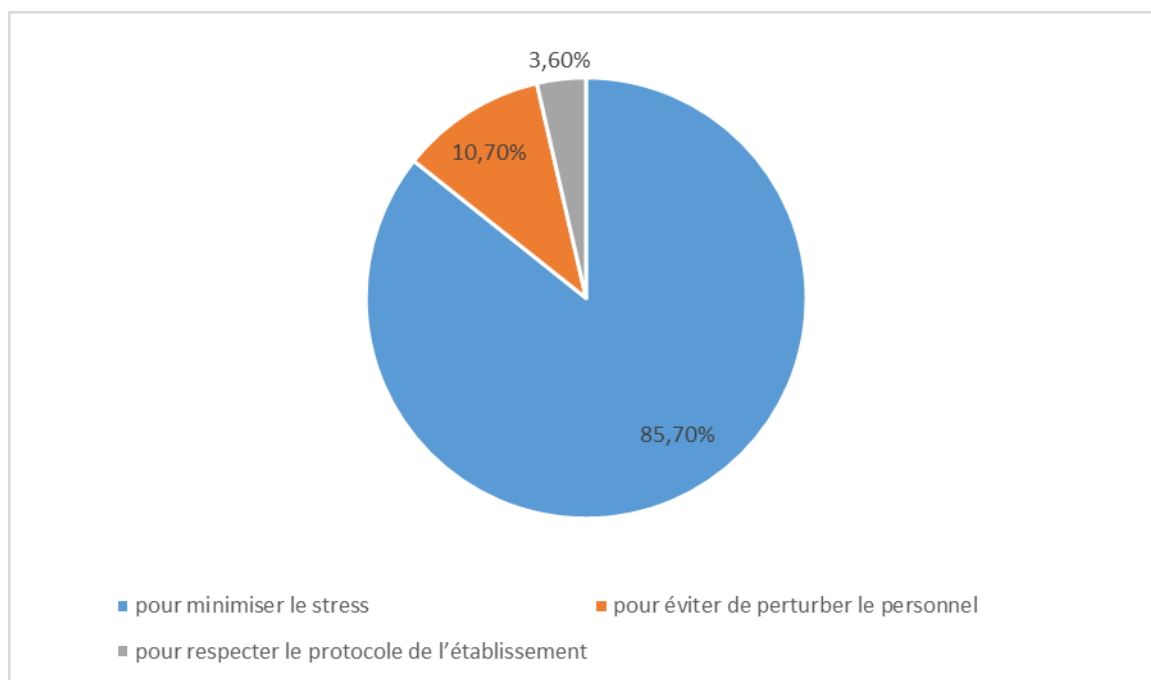


Fig.43 : Raisons pour lesquelles les parents ont estimé non nécessaire de rester lors des procédures

IV. Résultats des analyses de variance et corrélations.

1. Hospitalisation antérieure à l'hôpital.

Les résultats indiquent une différence statistiquement significative entre les deux groupes de parents ($p < 0,001$). Les parents dont l'enfant n'a jamais été hospitalisé ont signalé avoir reçu davantage d'informations que ceux dont l'enfant a déjà été hospitalisé. Cela suggère que les parents d'enfants hospitalisés antérieurement reçoivent significativement moins d'informations que ceux des enfants jamais hospitalisés.

Les parents dont les enfants ont été hospitalisés ont attribué une note plus élevée à leur compréhension du déroulement de la consultation aux urgences, par rapport à ceux dont les enfants n'ont pas été hospitalisés. Cette différence a également été statistiquement significative ($p < 0,001$), indiquant que les parents d'enfants non hospitalisés avaient une compréhension moins approfondie du déroulement de la consultation.

Les résultats ont montré qu'il n'y avait pas de différence statistiquement significative dans la compréhension du diagnostic entre les parents d'enfants ayant des antécédents d'hospitalisation et ceux dont les enfants n'avaient pas d'antécédents d'hospitalisation ($p > 0,05$). Les deux groupes ont rapporté un niveau comparable de compréhension du diagnostic.

Les parents ayant un enfant déjà hospitalisé ont montré une capacité statistiquement significativement supérieure à différencier entre les professionnels de santé ($p < 0,001$) par rapport à ceux qui n'avaient pas d'enfant hospitalisé.

2. Durée d'hospitalisation :

Une corrélation positive faible (0,32) a été observée entre la durée du séjour et la satisfaction globale. Cela indique que les patients ayant des séjours plus longs pourraient être légèrement moins satisfaits.

3. Anxiété et âge de l'enfant

L'analyse a montré qu'il existe une différence statistiquement significative dans les niveaux de confort entre les enfants de moins de 4 ans et ceux de plus de 4 ans ($p < 0,05$), indiquant que les parents d'enfants de moins de 4 ans ressentaient une anxiété plus élevée face à la maladie de leur enfant.

4. Traitement de la douleur et/ ou de la fièvre et efficacité de soins :

Les parents qui étaient satisfaits du traitement de la douleur de leur enfant ont montré des évaluations significativement plus positives en ce qui concerne l'efficacité du traitement ($P < 0,05$) par rapport à ceux qui étaient moins satisfaits.

5. Implication dans les soins et niveau d'éducation :

Une association a été établie entre les caractéristiques sociodémographiques des parents et leur implication dans les soins relatifs à la prise en charge de l'enfant hospitalisé. Les tableaux croisés (fig. 44) ont révélé qu'un pourcentage plus élevé de parents ayant un niveau d'éducation universitaire ou secondaire se sentaient plus impliqués, par rapport à ceux ayant un niveau d'éducation inférieur.

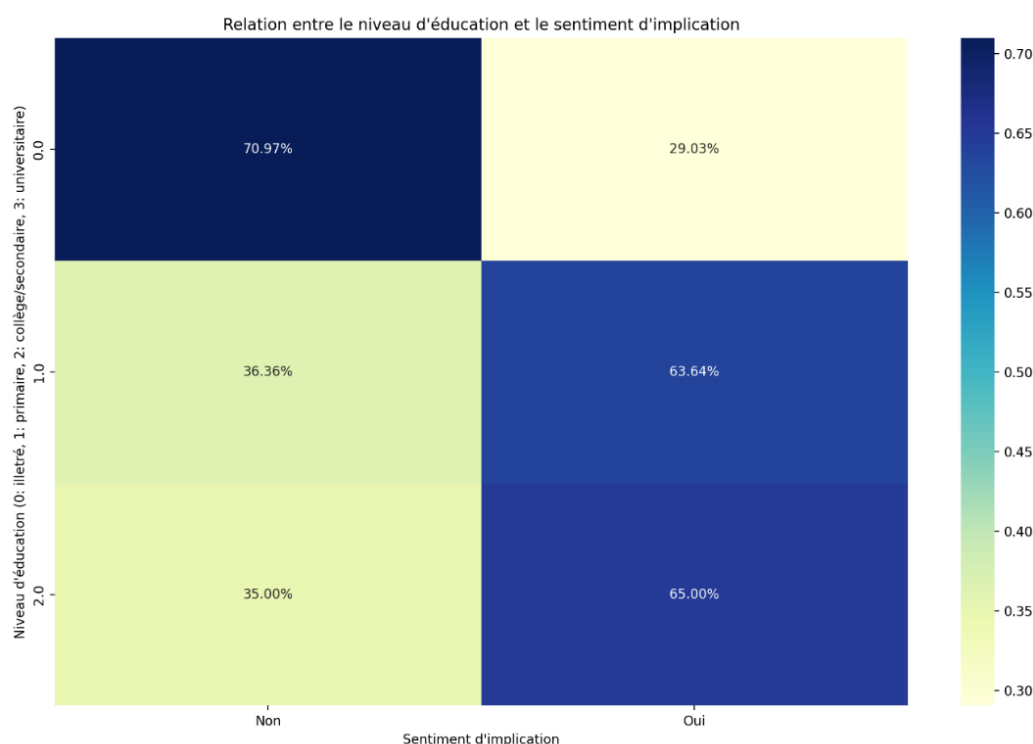


Fig.44 : Tableau croisé entre l'implication parentale et le niveau d'éducation.

Le test du chi carré a montré que le niveau d'éducation des parents était associé de manière statistiquement significative à leur implication dans la prise de décision ($\chi^2 = 15,4217$, $p = 0,0039$, $df = 4$).

Cela indique que les parents ayant un niveau d'éducation plus élevé sont plus susceptibles de participer activement aux soins et aux décisions de santé concernant leur enfant.



I. Cadre de l'étude

1. Le Sud du Maroc

Le Centre hospitalier universitaire Mohammed VI, seule structure hospitalo-universitaire de tout le sud du Maroc, dessert principalement la population de la région Marrakech Tensift-Al Haouz (MTH) ainsi que toutes les régions du sud, notamment Souss Massa-Drâa, Guelmim-Smara, Laâyoune Boujdour Sakia El Hamra, Oued Eddahab Lagouira, et une partie de la région Doukkala-Abda. Bien que des centres hospitaliers universitaires soient prévus à Agadir, Guelmim, et Laâyoune, leur ouverture n'a pas encore eu lieu, ce qui fait du CHU Mohammed VI la principale référence universitaire pour les soins de santé dans ces régions.

1.1. Présentation générale de la région MTH.

La région de Marrakech-Tensift-Al Haouz s'étend sur une superficie de 31.160 Km², soit 4,3% du territoire national. Elle est limitée au Nord par la région de Chaouia-Ouardigha, au Nord-Ouest par Doukkal-Abda, à l'Est par la région de Tadla-Azilal, au Sud par la région de sous-Massa-Darâa et à l'Ouest par l'Océan Atlantique. Elle regroupe les provinces d'Al Haouz, Chichaoua, El Kelaâ des Sraghna et Essaouira, et les préfectures de Marrakech-Médina, Marrakech -Ménara, Sidi Youssef Ben Ali, qui sont subdivisées en 198 communes rurales et 18 communes urbaines.(6)



Fig.45: Région de Marrakech Tensift Haouz. (7)

La population totale de la région Marrakech–Tensift–Al Haouz est estimée à 4 892 393 habitants selon le recensement de 2024. La population de Marrakech était de 2 104 079 habitants en 2020, avec un taux d'urbanisation de 44,1 %, inférieur au taux national de 63,4 %. La région se caractérise par une forte proportion de personnes en âge d'activité (15–59 ans), représentant 60,1 % de la population totale. En milieu urbain, cette proportion est de 63,2 %, tandis qu'en milieu rural, elle est de 57,6 %.(6)

1.2. Taux d'Analphabétisme.

La Région de Marrakech–Safi se caractérise par une importante frange de la population qui n'a aucun niveau d'étude, sa part dans la population régionale dépasse les 41%.

La population féminine est davantage touchée par l'analphabétisme, avec un taux de 47,6 %, contre 28,1 % pour la population masculine. (6)

1.3. Analyse Anthropologique et Géographique :

La région de Marrakech–Tensift–Al Haouz (MTH) a longtemps été caractérisée par un enclavement notable, en raison de son relief montagneux, particulièrement dans la région d’El Haouz. Cette configuration géologique rend l'accès aux soins très difficile, surtout avec un réseau routier rudimentaire. La population locale, majoritairement constituée de montagnards vivant principalement de l'agriculture et de l'élevage, subit une dégradation continue de ses conditions socio-économiques, exacerbée par des années successives de sécheresse.

La plupart des habitants sont analphabètes et non arabophones, ce qui complique davantage leur capacité à communiquer et à accéder à des soins de qualité. Cette situation impacte non seulement le secteur sanitaire, mais également d'autres domaines essentiels.(6)

II. Carde théorique :

1. Concepts clés :

1.1. La parentalité :

La parentalité dépasse le simple lien biologique. Dans le champ de la psychologie, elle se définit par un « ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parents, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leur(s) enfant(s) à trois niveaux : le corps (les soins nourriciers), la vie affective, la vie psychique » (8). Dans le champ juridique, cette notion renvoie à la responsabilité et à l'autorité parentale.

L'expérience de la parentalité englobe le vécu personnel, à la fois conscient et inconscient, lié au fait de devenir parent et d'assumer les rôles que cela implique. Ce parcours est souvent perçu comme un véritable processus, que l'on appelle parfois parentification. Des études ont démontré que devenir biologiquement mère ou père, ou être reconnu comme parent, ne suffit pas. Il est également nécessaire de "devenir parent" sur le plan de la personnalité et du psychisme. Ce processus, qui vise à faire évoluer la personnalité et l'état psychique pour remplir pleinement le rôle parental, peut parfois être marqué par des difficultés ou des perturbations.

1.2. Cadre législatif au Maroc

En matière de législation marocaine, plusieurs textes encadrent les droits des enfants, en particulier dans le domaine des soins de santé. La Moudawana, ou Code de la famille(9), révisée en 2016, fixe l'âge de la majorité à 18 ans, conformément aux conventions internationales, notamment la Convention des droits de l'enfant adoptée par l'ONU en 1989. Cette convention, ratifiée par le Maroc en 1993, consacre le droit de l'enfant à être protégé, à avoir une opinion, et à participer aux décisions le concernant, y compris dans le domaine médical.

La loi n° 65-00 relative au Code de la couverture médicale de base (10), entrée en vigueur en 2005, constitue une autre avancée significative pour la protection des droits des enfants et des familles. Elle garantit l'accès aux soins de santé pour tous les citoyens, y compris les enfants, et stipule que les parents ou les tuteurs légaux doivent être impliqués dans les décisions médicales concernant les mineurs. Cette loi met en lumière l'importance de l'implication parentale dans la prise en charge des soins de santé, en reconnaissant le rôle des parents comme partenaires essentiels dans le processus de soins.

L'article 371-1 du Code civil marocain mentionne explicitement que les parents doivent associer l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité. Ce principe est particulièrement pertinent dans le cadre des soins de santé, où l'implication de l'enfant, en fonction de son discernement, est encouragée pour favoriser une prise en charge adaptée et respectueuse de ses droits. (11)

Ces dispositions législatives montrent que le cadre juridique marocain reconnaît et protège les droits des enfants dans le contexte des soins de santé, en accordant une place essentielle à l'implication parentale. Elles soulignent également l'importance d'une approche centrée sur la famille, où les parents sont des acteurs clés dans le processus de décision concernant les soins de leurs enfants.

1.3. Le soin :

Dans le domaine médical, le soin revêt une dimension curative, impliquant souvent une urgence vitale, avec pour objectif la « guérison » ou le retour à un état de « normalité »(12) . Ce concept, désigné par le terme anglais « cure », vise à guérir plutôt qu'à simplement traiter.

Étymologiquement, le terme « soin » provient de « somniare », signifiant « penser à quelqu'un », ce qui établit une relation interpersonnelle. Le soin est un acte intentionnel envers ceux qui aspirent à un mieux-être. Cette relation, fondée sur la confiance, favorise une communication ouverte et une alliance thérapeutique, influençant les résultats cliniques et l'adhésion du patient à sa prise en charge. La santé est souvent vécue d'une façon inconsciente et perçue comme un état naturel dont on ne se soucie pas. Cette fragilité ou vulnérabilité de la maladie chronique rend alors nécessaire la construction d'un nouvel équilibre, ou devrait-on dire une reconstruction. En effet le sujet « malade chronique » va chercher à reconstruire son identité avec la maladie, et va nécessairement intégrer dans sa vie le « prendre soin » de soi, c'est-à-dire le concept intitulé « care » en anglais.(12)

« Si le soin est avant tout un acte porteur d'une intention vis-à-vis d'une personne en attente d'un mieux-être, la relation de soin est un espace particulier caractérisé par des possibilités de transformation du vécu de l'autre grâce à des échanges, de l'écoute, du partage »(13) .La base de cette relation est la confiance. Une relation partenariale entre le patient et le professionnel de santé favorise une communication ouverte et une véritable « alliance thérapeutique »

Cette relation soigné-soignant a un impact direct sur les résultats cliniques, et sur l'adhésion du patient à sa prise en charge et à ses traitements (14). Dans le soin pédiatrique, cette relation est particulièrement complexe. En effet, elle doit être dynamique et évolutive selon les stades de développement de l'enfant et elle doit également prendre en compte la famille. (15)

2. Spécificités en pédiatrie :

2.1. La relation médecin malade :

La relation médecin-malade est l'une des relations interpersonnelles les plus complexes de la société. Non seulement elle est centrée sur des questions de grande importance (la santé physique et le bien-être émotionnel), mais les participants (le médecin et le patient) ont souvent des connaissances et des perspectives différentes sur la question en jeu. Alors que les médecins sont formés pour avoir une compréhension globale de la biologie et de la physiopathologie, les patients apportent une perspective unique sur l'impact de la maladie sur leur fonctionnement quotidien et sur leur qualité de vie. Bien que ces différents points de vue soient susceptibles d'enrichir la relation patient-professionnel de santé, s'ils ne sont pas clairement communiqués et négociés, ils peuvent nuire à la relation et aux résultats pour le patient.

Les premières études sur la communication entre le patient et le médecin ont été réalisées dans des contextes pédiatriques, pourtant la recherche sur la communication dans ce cadre a reçu moins d'attention par rapport à la relation traditionnelle médecin-patient (16)(17).

2.2. La relation triangulaire :

Dans la pédiatrie, la relation entre le patient et le professionnel de santé est particulièrement complexe en raison de la présence à la fois du parent et de l'enfant. Chaque membre de la triade de soins de santé apporte des caractéristiques uniques sur le plan sociodémographique, psychologique, culturel et lié à la santé dans la relation. Chacun de ces facteurs peut influencer l'efficacité de l'interaction au sein de cette triade.

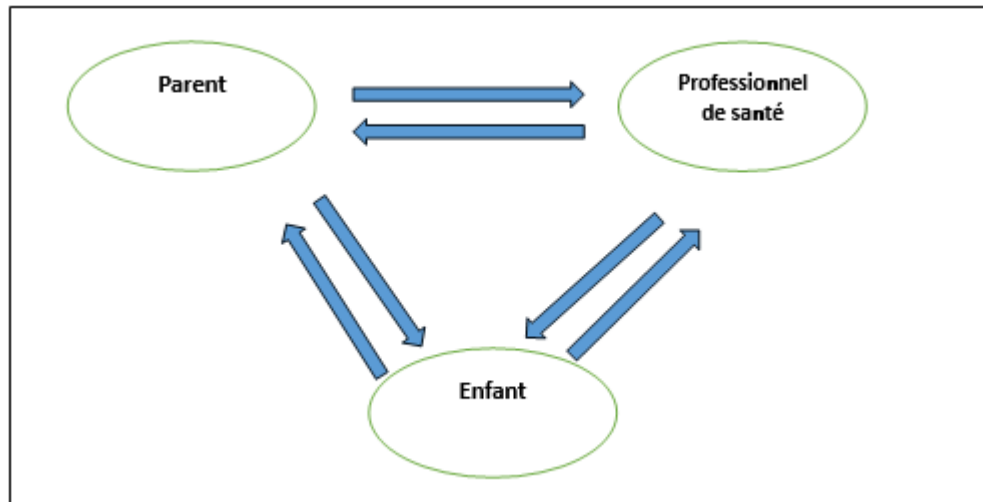


Fig.46 : Dynamique de la relation triangulaire en pédiatrie

Les pédiatres doivent gérer une variété de tâches complexes dans cette dynamique. Ils sont confrontés au défi de communiquer efficacement avec les parents et les enfants, en abordant non seulement les préoccupations médicales, mais aussi les enjeux psychosociaux et développementaux. (18)

Contrairement à l'enfant et au patient classique, les perceptions et les expériences affectives des parents ne sont pas directement liées à une menace physique personnelle, mais sont principalement affectées par les multiples exigences et préoccupations suscitées par la maladie de l'enfant. Ainsi, bien que les parents jouent un rôle important dans la communication avec le médecin, dans le soutien de l'enfant et dans sa prise en charge, leur stress et leur pression personnelle augmentent à mesure que le fardeau des soins s'accumule et interfère avec le fonctionnement personnel et familial quotidien. Par conséquent, les ressources des parents sont mises à l'épreuve et leur bien-être et leur santé sont également affectés. (19)

Cela nécessite des parents qu'ils adaptent leur comportement et appliquent des stratégies appropriées pour gérer la situation. De leur côté, les soignants doivent s'ajuster afin d'améliorer la communication et éviter de mettre les parents à distance. (20)

III. Le soin pédiatrique : un soin évoluant avec l'enfant.

1. Evolution historique des soins pédiatriques :

L'hôpital a longtemps été un lieu inconnu et étranger pour l'enfant et ses parents, où l'intimité et le contrôle pouvaient être exercés. Le personnel hospitalier, souvent en uniforme, se trouve dans une position d'autorité professionnelle.

Au début du XXe siècle, les soins pédiatriques étaient dispensés exclusivement par des professionnels de la santé, et les visites parentales étaient soit extrêmement restreintes, soit complètement interdites (21)(22). Ces pratiques étaient en partie dues aux préoccupations d'hygiène exacerbées par les maladies infectieuses et la forte mortalité infantile. Les mères n'étaient pas autorisées à rester auprès de leurs enfants à l'hôpital, et les visites étaient limitées à quelques heures par jour. Les règles d'hygiène interdisaient également aux enfants de jouer ensemble à l'hôpital, et même les jouets devaient être désinfectés après chaque usage, ce qui les rendait rarement disponibles.

Les années 1950 et 1960 ont marqué un tournant significatif, en grande partie grâce aux travaux de John Bowlby (1953) et de James Robertson (1958). Des études publiées à l'époque ont révélé que la séparation des parents pouvait nuire à l'enfant, se manifestant d'abord par des signes de protestation, suivis de phases de désespoir et de refus. Il a été constaté que la séparation familiale avait des répercussions négatives sur le bien-être de l'enfant. Ces recherches ont conduit à une révision des pratiques hospitalières, avec une augmentation des heures de visite et la possibilité pour les mères de rester avec leurs enfants à l'hôpital (21) (23) (24). Des études ultérieures ont confirmé que les enfants soignés dans des établissements permettant aux mères de rester avaient moins de problèmes émotionnels et comportementaux après leur sortie (25).

2. Soins Centrés sur la Famille (SCF) :

Plusieurs modèles de soins basés sur la théorie de l'attachement de Bowlby ont été développés pour intégrer la présence des parents, tels que la « participation parentale », le « soin par les parents » et le « partenariat en soins ».(22)

Le soin pédiatrique doit s'adapter aux stades de développement de l'enfant, notamment par une communication adaptée du soignant. Pour assurer un soin de qualité, cette communication ne peut se faire sans impliquer la famille du patient.

Ces modèles ont pavé la voie aux soins centrés sur la famille (SCF). Avec l'évolution des attitudes, des pratiques de soins et des politiques de santé, les parents ont progressivement été autorisés à rendre visite à leurs enfants à l'hôpital. Leur rôle a ensuite été intégré dans les soins prodigués à leurs enfants, au point qu'aujourd'hui, les parents sont considérés comme des partenaires essentiels dans le processus de soin.

2.1. Différenciation entre PCC et FCC

Un aspect important du développement des soins de santé pour les enfants au cours des dernières décennies a été la prise de conscience de l'importance de l'implication des patients et des familles. Les soins centrés sur le patient (PCC, Patient-Centered Care) se concentrent sur le patient en tant qu'individu, tandis que les soins centrés sur la famille (FCC, Family-Centered Care) privilégient la famille en tant que principal système de soutien social de l'enfant.

Les SCF sont définis comme la « délivrance en toute sécurité de soins adaptables se centrant sur les besoins physiques, psychologiques et culturels du patient et de sa famille » (26). Ces soins se basent sur le principe qu'un meilleur pronostic médical est obtenu lorsque les membres de la famille jouent un rôle actif dans le soutien émotionnel, social et développemental du patient.(27)

2.2. Principes des Soins Centrés sur la Famille

Les soins centrés sur le patient et la famille reposent sur la collaboration entre les patients, les familles, les médecins, les infirmières et d'autres professionnels de la santé. Cette collaboration s'applique à tous les niveaux : soins cliniques, planification, prestation et évaluation des soins de santé, formation des professionnels de santé, et recherche médicale.

Ces relations collaboratives sont guidées par les principes établis par l'académie américaine de pédiatrie (AAP) (28) :

1. Respect de chaque enfant et de sa famille : Prendre en compte leurs origines raciales, ethniques, culturelles et socio-économiques dans la planification et la prestation des soins de santé, pour assurer des soins personnalisés et adaptés.
2. Honorer la diversité raciale, ethnique, culturelle et socioéconomique et son impact sur l'expérience et la perception des soins par la famille.
3. Flexibilité des politiques et pratiques : Adapter les services aux besoins, croyances et valeurs culturelles de chaque enfant et de sa famille, tout en facilitant leurs choix concernant les approches de soins.
4. Information complète et adaptée : Fournir des informations complètes, honnêtes et adaptées aux besoins des patients et de leurs familles, dans des formats accessibles et valorisants. Les visites médicales en présence de la famille peuvent améliorer l'échange d'informations et encourager la participation de la famille à la prise de décision.
5. Soutien formel et informel : Assurer un soutien continu pour l'enfant et sa famille à chaque étape de la vie de l'enfant, en respectant les directives éthiques et légales en vigueur.
6. Collaboration à tous les niveaux : Impliquer les patients et leurs familles dans la prestation de soins, la formation professionnelle, l'élaboration de politiques, le développement et l'évaluation des programmes, ainsi que dans la conception des établissements de santé. En recherche médicale, ils doivent participer à chaque étape pour influencer les priorités, définir leur rôle et décider de la communication des résultats.

7. Permettre à chaque enfant et famille de découvrir leurs propres forces, de renforcer leur confiance en eux, et de faire des choix et des décisions concernant leur santé.

3. L'implication des parents dans les décisions médicales

Depuis les années 1970, la manière dont les patients participent aux décisions de soins médicaux a considérablement évolué. Les pratiques sont passées d'une approche focalisée sur les soins aigus, où une solution unique était souvent privilégiée, à une gestion plus axée sur les maladies chroniques et les traitements à long terme.

En parallèle, l'accent a évolué des modèles biomédicaux et d'une approche paternaliste vers des pratiques centrées sur le patient, intégrant des perspectives biopsychosociales et favorisant la collaboration. Cette évolution a transformé la relation entre les professionnels de santé et les patients, rendant les processus décisionnels plus complexes. (29) (30) (31)

Les enfants nécessitent un représentant pour articuler leurs besoins et défendre leurs intérêts. Il est important que cette personne soit en mesure de comprendre la situation de l'enfant. Plusieurs auteurs ont défini des critères pour les individus pouvant agir en tant que mandataires pour des personnes incapables. La doctrine de « l'identité d'intérêt » stipule que les mandataires peuvent décider pour une personne incapable lorsque « les intérêts de la tierce personne et ceux de l'incapable sont si étroitement liés que, en choisissant ses propres intérêts, la tierce personne agira de manière similaire à ce que ferait l'incapable »(32). Cela suggère que les parents pourraient être les mandataires les plus appropriés pour leurs enfants.

Selon Beauchamp et Childress (33), les personnes qui prennent des décisions pour des patients incapables doivent posséder les qualifications suivantes :

- ❖ La capacité de prendre des décisions éclairées (compétence),
- ❖ Une bonne connaissance de la situation
- ❖ Une stabilité émotionnelle
- ❖ Un engagement envers les intérêts du patient, sans conflits d'intérêts ni influences externes qui pourraient nuire à la décision

Néanmoins, les parents à l'hôpital se retrouvent souvent dans une position difficile, face à un environnement inconnu qui génère de l'anxiété et de l'incertitude. Ils ressentent fréquemment un manque d'informations et de connaissances. De plus, les parents peuvent ressentir que leur expertise concernant leur enfant est moins reconnue que celle des professionnels.

3.1 Modèles de prise de décision :

Plusieurs modèles de prise de décision ont été développés, chacun mettant l'accent sur les interactions entre médecins et patients, l'échange d'informations, ainsi que sur le rôle et l'influence des patients (34).

Les modèles les plus connus sont le modèle paternaliste, le modèle de décision partagée et le modèle de décision informée. Les principales différences entre ces modèles concernent le niveau et la manière dont les patients sont impliqués dans le processus décisionnel.

a. Modèle paternaliste :

Dans le modèle paternaliste, les patients ont peu d'influence sur les décisions relatives à leur santé. Le rôle du médecin est celui d'un expert, d'un praticien compétent chargé de «promouvoir le bien-être du patient indépendamment des préférences que celui-ci exprime à ce moment-là». Le médecin agit comme «tuteur du patient, en exposant et en mettant en œuvre ce qu'il y a de mieux pour le patient». L'autonomie du patient se traduit uniquement par son consentement à la mise en œuvre de ce que le médecin a défini comme la meilleure stratégie.

Les limites de ce modèle incluent le risque de déresponsabilisation des patients, ce qui pourrait réduire leur autonomie et leur implication dans la gestion de leur propre santé. En se sentant exclus du processus décisionnel, les patients peuvent éprouver un manque de contrôle sur leur situation, ce qui peut nuire à leur satisfaction et à leur adhésion au traitement. Un modèle trop centré sur les professionnels peut aussi conduire à une moindre reconnaissance de l'expertise du patient ou de la famille, ce qui pourrait créer un fossé entre les soignants et les soignés et affecter la relation de confiance essentielle dans le parcours de soin.

b. Modèle de décision partagée

Le modèle de décision partagée implique un pouvoir et une influence modérés du patient dans le processus décisionnel. Le patient et le professionnel participent activement au partage d'informations, à la recherche d'un consensus et à la prise de décision. Ce modèle est souvent appliqué lorsque le patient est impliqué dans des décisions médicales où plusieurs options sont possibles.

Les défis de ce modèle incluent les difficultés à concilier les valeurs du professionnel et celles du patient, l'impact des compétences du professionnel sur le processus décisionnel, et la manière et le moment où le patient doit définir son niveau d'implication. Ces éléments peuvent créer des tensions, vu que le patient peut avoir des attentes et des préférences qui ne sont pas toujours compatibles avec les recommandations ou les pratiques des professionnels de santé.

c. Modèle de décision informée

Dans le modèle de décision informée, le patient est entièrement responsabilisé pour prendre la décision après avoir reçu les informations nécessaires. L'objectif des interactions cliniques est « que le médecin fournisse au patient toutes les informations pertinentes, que le patient choisisse les interventions médicales et que le médecin mette en œuvre les interventions choisies ».

Nous partons du principe que le patient est conscient de ses valeurs et préférences. Ce modèle est souvent utilisé pour le consentement éclairé à des examens et traitements médicaux.

Les limites de ce modèle résident dans le fait qu'il suppose que tous les patients possèdent un niveau de littératie médicale adéquat. Un faible niveau de compréhension peut réduire leur capacité à assimiler des informations complexes et à participer activement au processus décisionnel. Cela peut affecter leur implication dans les choix relatifs à leur santé et limiter leur engagement dans la gestion de leur traitement(35).

Le degré d'implication des parents et des patients dans la prise de décision peut varier entre la théorie et la pratique. Certains estiment que les professionnels de santé doivent prendre les décisions principales, tandis que d'autres estiment que le patient devrait être le principal décisionnaire. Cette situation devient encore plus complexe lorsqu'il s'agit de patients pédiatriques.

3.2 Facteurs influençant la participation des parents aux décisions médicales :

Tout comme en médecine adulte, la prise de décision en pédiatrie ne se fait pas de manière isolée. Les décisions des parents sont souvent influencées, de manière variable, par divers facteurs. Le processus de prise de décision partagée est d'autant plus difficile en pédiatrie en raison de la triade relationnelle dynamique qui comprend l'autonomie du patient, l'autorité légale du parent et la bienfaisance ainsi que l'expertise clinique du médecin. Cette complexité est aggravée par la nature constamment changeante de ces relations à mesure que l'enfant grandit.

Un modèle a été élaboré pour examiner comment les facteurs externes influencent l'échange d'informations et l'autonomisation des patients dans les processus de prise de décision partagée en matière de santé. Ce modèle décrit plusieurs facteurs qui entravent ou facilitent le partage d'informations.

Les professionnels de la santé, influencés par leurs compétences techniques et leurs attitudes professionnelles, jouent un rôle clé dans ce modèle. La qualité de l'échange d'informations entre les professionnels de santé et les patients dépend fortement des connaissances et de l'expertise des deux parties. Les compétences des professionnels, ainsi que leur capacité à communiquer de manière claire et accessible, sont essentielles pour favoriser une prise de décision partagée efficace. (36)

3.3 Défis de la décision partagée en pédiatrie :

La prise de décision partagée (DMP) est particulièrement importante dans la pédiatrie car de nombreuses décisions dépendent fortement des valeurs et des préférences des enfants et des familles. Cependant, la pédiatrie est l'un des domaines les plus difficiles pour les prestataires de soins de santé lorsqu'il s'agit de mettre en œuvre la DMP. La prise de décision en pédiatrie est perçue comme un parcours long, émotionnel et difficile. (37)

Les défis courants incluent :

- Multiples parties : Les équipes multidisciplinaires, l'enfant et la famille sont impliqués dans le processus décisionnel, ce qui peut conduire à un processus complexe et à une coopération difficile.
- Capacités des enfants : Les enfants ont des niveaux variés de volonté de s'engager dans la prise de décision en fonction de leur intérêt pour la situation et de leur capacité à la comprendre.
- Prise de décision médicale complexe : Les prestataires de soins de santé doivent être capables d'expliquer les options potentielles et les résultats possibles de décisions médicales complexes en termes simples pour permettre aux parents de prendre une décision éclairée.
- Charge émotionnelle : De nombreuses décisions de fin de vie entraîneront une lourde charge émotionnelle pour le patient et la famille, ce qui peut rendre difficile pour les prestataires de soins de santé d'initier ces décisions.
- La littératie en santé.
- Temps et ressources limités.
- Dilemmes éthiques.

a. La littératie en santé :

La littératie en santé est généralement décrite comme le degré de capacité d'un individu à obtenir, analyser et comprendre des renseignements de base ayant trait à la santé et aux services liés afin de prendre des décisions adéquates pour sa santé.(38)

La définition de l'OMS couvre encore plus large : « La littératie en santé englobe les connaissances, la motivation et les capacités sollicitées pour trouver, comprendre, soupeser et utiliser de l'information ayant trait à la santé en vue de développer une opinion et de prendre des décisions au quotidien en matière de soins de santé, de prévention de maladie et de promotion de la santé au quotidien et d'ainsi maintenir ou augmenter sa qualité de vie. »(39)

Essentiellement, l'idée de littératie en santé sous-entend qu'une personne possède les aptitudes et les outils nécessaires pour comprendre l'information et participer aux décisions concernant sa santé et les soins reçus.

Le niveau de connaissance d'un patient ou d'un parent est un élément clé qui influence la manière dont il assimile et utilise les informations lors de la prise de décision. Une bonne littératie en santé permet aux patients de comprendre les informations médicales complexes et de participer activement aux décisions concernant leur santé ou celle de leurs enfants.(40)

L'utilisation de la technologie, notamment l'accès à des informations médicales en ligne, peut également influencer la participation des patients. Les patients ayant accès à des ressources numériques et à des informations en ligne sont souvent plus engagés dans les décisions médicales. Cette technologie peut améliorer la littératie en santé, renforçant ainsi la capacité des patients à participer activement à la prise de décision.

3.4 Les préférences parentales en matière de prise de décision :

La littérature montre que de nombreux parents préfèrent la prise de décision partagée à la simple donnée de leur consentement pour des traitements et les intervenants médicales (41). Cela s'explique par leur désir de choisir le niveau de participation qu'ils souhaitent avoir dans les décisions concernant la santé de leurs enfants.

Les préférences des parents en matière d'implication semblaient varier en fonction de leurs caractéristiques démographiques, de leur état émotionnel et de leurs compétences. Le type de pathologie ainsi que les expériences antérieures des parents avec les services hospitaliers constituaient d'autres facteurs influents..(42)

Un exemple concret est une étude sur les scénarios de traitement de l'otite moyenne qui a révélé que les parents étaient plus satisfaits avec un modèle de décision partagée qu'avec un modèle paternaliste.

L'approche « wait-and-see », qui demande aux parents d'observer une ordonnance uniquement si l'état de leur enfant ne s'améliore pas dans les 48 heures, illustre bien cette tendance. En permettant aux parents de surveiller l'évolution de la maladie et de décider si un traitement antibiotique est nécessaire, cette méthode favorise leur participation active tout en contribuant à réduire l'utilisation systématique des antibiotiques.(42) . Cette approche démontre comment un modèle de décision partagée peut améliorer la satisfaction parentale, tout en favorisant une collaboration efficace entre les professionnels de la santé et les familles et en soutenant une gestion plus judicieuse des traitements.

Les enquêtes et les entretiens qualitatifs dans les domaines de l'anesthésie et de l'oncologie confirment que la majorité des parents souhaitent être impliqués activement dans le processus décisionnel avec une préférence marquée pour une approche collaborative plutôt que pour un modèle autonome ou paternaliste (37) (42) .

4. La qualité des soins :

4.1. Pourquoi mesurer la qualité des soins ?

Mesurer la qualité des soins est essentiel pour évaluer l'efficacité et l'efficience des services de santé. Un des précurseurs dans ce domaine a proposé une approche en trois volets pour évaluer la qualité des soins, basée sur l'analyse des infrastructures, des pratiques de soins, et l'expérience des patients. Dans ce contexte, il est important de faire la distinction entre deux aspects de la performance des soignants : le volet technique, qui concerne les compétences cliniques, et le volet relationnel, qui se rapporte à la manière dont les soins sont délivrés.

Aujourd'hui, la satisfaction des parents est reconnue comme un indicateur majeur de la qualité des soins. En effet, des parents bien informés et satisfaits sont généralement plus susceptibles de s'engager activement dans les soins de leur enfant. La confiance, renforcée par une bonne communication et une compréhension claire des options de traitement, les incite à poser des questions et à participer activement aux décisions médicales. Les parents ont également un rôle à jouer dans la manière dont la qualité des soins est mesurée, en identifiant les aspects qu'ils considèrent comme essentiels pour évaluer les résultats des traitements.

4.2. Communication et satisfaction des parents :

Selon Street, Il existe au moins trois dimensions de la réponse communicative d'un médecin qui peuvent influencer l'évaluation par les parents des soins de santé de leurs enfants : (43) :

- L'informativité (ou "informativeness") : Elle fait référence à la quantité et à la qualité des informations médicales et de santé fournies par le médecin.
- La sensibilité interpersonnelle : Ce terme englobe les comportements affectifs qui reflètent l'attention et l'intérêt du médecin pour les sentiments et les préoccupations des parents et de l'enfant.
- Le partenariat : Représente la mesure dans laquelle le médecin invite les parents (et l'enfant) à exprimer leurs préoccupations, leurs points de vue et leurs suggestions.

D'un point de vue du patient, il est important que les médecins soient à la fois informatifs et sensibles sur le plan interpersonnel. Les patients et les parents s'attendent à ce que les médecins soient aussi informatifs que possible et éprouvent une satisfaction considérablement plus grande lorsque ces attentes sont comblées, par rapport à lorsqu'elles ne le sont pas. Les évaluations de la qualité des soins reçus sont également influencées par les compétences interpersonnelles du médecin. De nombreuses études, tant en pédiatrie qu'en médecine pour adultes, ont rapporté des corrélations statistiquement significatives entre la satisfaction et la perception de la gentillesse, de la chaleur, de l'affinité et de l'inquiétude du médecin à leur égard.(43)

IV. Discussion des résultats :

1. Attitude des parents à domicile.

Dans notre étude, près de la moitié des parents ont indiqué avoir eu recours à des remèdes naturels avant de consulter un médecin. Ce phénomène met en lumière une dimension importante de l'implication parentale dans la gestion de la santé des enfants, notamment en amont de la prise en charge médicale. L'utilisation de ces remèdes témoigne de l'autonomie des parents, particulièrement dans les zones rurales, où plus de la moitié des participants résident. L'accès limité aux soins médicaux, dû à la distance, aux coûts ou au manque de ressources, conduit souvent les parents à privilégier des solutions qu'ils considèrent comme plus pratiques et économiques.

Cette autonomie dans la gestion des soins ne se limite pas aux remèdes naturels, mais s'étend également à l'utilisation de médicaments en vente libre, une pratique courante chez les parents. Plusieurs éléments identifiés dans la littérature influencent la décision des parents d'utiliser ces médicaments pour traiter les maladies de leurs enfants. Parmi ces facteurs figurent l'accessibilité, la facilité d'utilisation et le gain de temps (44)(45).

Dans une étude qualitative visant à examiner les facteurs sociaux qui poussent les parents à recourir aux médicaments en vente libre, les chercheurs ont rapporté que les parents les utilisent comme une forme de « social medication » pour exercer un contrôle sur le comportement de leurs enfants et réduire les désagréments liés à la maladie. (46)

Dans notre étude, il a été constaté que plus de la moitié des parents (69,4 %) préféraient se rendre directement chez le pharmacien, notamment pour traiter des symptômes courants tels que la fièvre ou la toux. Ce pourcentage est comparable à celui observé en Arabie Saoudite où 70 % des mères ont déclaré administrer des médicaments en vente libre à leurs enfants de moins de 5 ans souffrant de fièvre ou de rhume.(47)

Une étude en Turquie a également rapporté que 88,5% des mères administraient des antipyrétiques à leurs enfants sans consulter un professionnel de santé. (48)

Tableau.I : utilisation de médicaments en vente libre par les parents avant toute consultation médicale : comparaison entre différentes études

Notre étude	Maroc	69,4 %	Administration de médicaments en vente libre par les parents à leurs enfants malades, sans consultation préalable auprès d'un professionnel de santé.
Alenazi et al. (2021)	Arabie Saoudite	70 %	Administration de médicaments en vente libre à des enfants de moins de 5 ans sans consultation préalable auprès d'un professionnel de santé.
Suluhan et al. (2016)	Turquie	88,5 %	Administration d'antipyrétiques sans consultation préalable auprès d'un professionnel de santé.

L'âge moyen des parents ayant participé à l'étude était de 33,3 ans, et le nombre moyen d'enfants par famille s'élevait à 2,55. La grande majorité des participants, soit 96 %, étaient des femmes au foyer. Cela suggère que leur expérience en tant que mères et leur âge pourraient jouer un rôle significatif dans leur recours fréquent à des médicaments pour leurs enfants sans prescription médicale. Ces observations concordent avec les conclusions d'Alonso, qui a souligné que la plupart des parents étudiés avaient plus de 30 ans et plus de cinq enfants. (49).

La majorité des participants étaient analphabètes ou n'avaient qu'un niveau d'éducation primaire. Ces éléments semblent jouer un rôle significatif dans la prévalence de l'automédication chez les mères, particulièrement dans les zones rurales. Des recherches antérieures ont également mis en évidence que des facteurs tels que l'âge, le nombre d'enfants (plus de deux) et le niveau socioéconomique sont étroitement liés au recours à l'automédication. (50)

Les résultats de notre étude sont en contraste avec ceux d'autres recherches antérieures. Certaines études ont montré que l'augmentation de l'automédication chez les mères pour leurs enfants était associée à un niveau d'éducation et à un statut socioéconomique plus élevés (51). D'autres recherches ont également souligné que la prévalence élevée de mères ayant un niveau d'éducation plus élevé pourrait leur permettre d'effectuer des recherches sur Internet et d'acquérir des connaissances concernant l'utilisation des médicaments en vente libre (52).

Pour approfondir cette question, il serait utile de mener des recherches supplémentaires sur les facteurs spécifiques qui influencent la décision des parents de consulter les pharmacies plutôt que les médecins. Une exploration des attitudes des parents envers les soins médicaux et des barrières perçues pourrait fournir des informations précieuses pour développer des interventions visant à améliorer la gestion des symptômes chez les enfants et à promouvoir des pratiques de soins plus appropriées.

2. Perception des parents sur les soins hospitaliers :

2.1. La prédominance des mères dans les soins

Dans notre étude, la participation des mères a été nettement plus élevée que celle des pères, avec 96 mères pour seulement 2 pères parmi les participants. Cette répartition est en accord avec les observations d'autres recherches qui montrent que les mères continuent principalement à assumer les responsabilités liées aux soins de leur enfant, en particulier en cas de maladie (53) ;(54) ;(55). Une explication possible de cette répartition pourrait être liée aux normes culturelles et religieuses. Dans notre contexte marocain, l'organisation des services hospitaliers, qui respecte les règles de séparation entre hommes et femmes, peut limiter la présence des pères dans certaines situations, obligeant ainsi les mères à assumer une plus grande part des responsabilités liées à l'hospitalisation de leur enfant.

Nous notons que 98 % des soins à domicile apportés aux enfants malades sont assurés exclusivement par les mères. Cette responsabilité repose en grande partie sur des normes culturelles qui attribuent aux mères le rôle principal dans les soins quotidiens des enfants, en particulier lorsqu'ils sont malades. La grande majorité des mères participantes à l'étude (96 %) étaient des femmes au foyer, ce qui renforce l'idée que les responsabilités de soin à domicile sont principalement assumées par les mères. Cette dynamique contribue à une répartition inégale des responsabilités au sein des foyers, souvent au détriment des mères, qui se retrouvent non seulement à gérer les soins physiques, mais aussi à offrir un soutien émotionnel. Les attentes socioculturelles favorisant ce modèle de soin peuvent limiter l'implication des pères, perpétuant ainsi l'inégalité dans la répartition des tâches parentales (56).

Peu d'études ont exploré l'implication des pères dans les soins, bien que celle-ci soit associée à de meilleurs résultats sociaux, émotionnels et physiques pour les enfants. Cependant, les recherches sur les facteurs influençant cette implication dans le domaine de la santé restent encore limitées (57).

Parmi ces facteurs nous trouvons :

- L'implication prénatale
- Les croyances sur les rôles de genre
- Le gatekeeping maternel

Un facteur important influençant l'implication des pères dans les soins de santé des enfants est leur perception des rôles de genre. Ces perceptions façonnent ce que chaque individu considère comme les rôles appropriés pour les hommes et les femmes, influençant ainsi leurs comportements. Les pères qui adhèrent à des visions traditionnelles, où les rôles familiaux sont clairement définis par le genre, tendent généralement à être moins actifs dans les soins de leurs enfants.

Les recherches montrent que les pères avec des croyances égalitaires s'impliquent davantage dans les soins aux enfants par rapport à ceux qui ont des convictions plus traditionnelles(58). Bien qu'il existe peu d'études sur la relation entre les croyances des pères concernant les rôles de genre et leur implication dans les soins de santé, il a été observé que ceux qui estiment que c'est principalement le rôle de la mère sont moins susceptibles d'assister aux consultations médicales (59).

L'implication prénatale des pères constitue un autre facteur déterminant dans leur engagement ultérieur dans les soins de santé des enfants. Des études montrent que lorsque les pères s'impliquent pendant la grossesse, cela est souvent associé à un engagement plus fort dans les soins de santé de l'enfant après la naissance. (60).

Un autre aspect essentiel est le concept de "maternal gatekeeping", qui désigne la manière dont certaines mères peuvent soit favoriser, soit limiter l'implication des pères dans les soins de santé de l'enfant (61). Dans les situations où les mères exercent un contrôle excessif sur les soins, cela peut réduire la participation des pères. La théorie des systèmes familiaux souligne l'importance des relations coparentales, affirmant que des interactions positives entre

les parents favorisent l'implication des pères dans les soins de santé, tandis que les conflits ou les comportements de "gatekeeping" peuvent limiter cette implication.

Des recherches antérieures ont confirmé que des relations de coparentalité solides sont essentielles pour renforcer l'engagement des pères (62). L'encouragement maternel s'avère particulièrement important, car il influence directement la perception des pères concernant leur rôle et leur compétence dans les soins à apporter à l'enfant. Ainsi, un coparenting de qualité, marqué par la coopération et le respect mutuel, peut jouer un rôle déterminant dans le renforcement de l'implication des pères dans les soins de santé, en favorisant un sentiment d'appartenance et de responsabilité partagée dans la prise de décisions relatives à la santé de leur enfant.

2.2. Satisfaction des parents :

- **Satisfaction selon le sexe des parents :**

Les deux pères ont exprimé un niveau de satisfaction globale particulièrement élevé par rapport aux mères. Ce résultat est en accord avec les travaux de Muayyad et Nguyen Thi qui suggèrent que les hommes ont généralement des attentes moins élevées en matière de soins de santé, ce qui peut les rendre plus satisfaits (63) (64).

Les pères ont souvent moins d'expérience avec les systèmes de santé par rapport aux mères. Ce manque d'expérience peut entraîner une évaluation moins rigoureuse des soins reçus. Les différences dans l'approche de la communication jouent également un rôle dans la dynamique des soins. Les femmes adoptent généralement une approche plus proactive que les hommes, cherchant à poser des questions, à clarifier les informations et à s'assurer que toutes leurs préoccupations sont prises en compte, ce qui peut se transformer en une source de frustration lorsque les réponses fournies ne répondent pas à leurs attentes.

Les études sur l'influence du genre dans la communication lors des consultations médicales montrent que les femmes reçoivent généralement plus d'informations, posent

d'avantage de questions et établissent un partenariat plus solide avec les médecins (65). Il a été démontré qu'elles obtiennent également plus de conseils et participent davantage aux consultations, autant d'éléments caractéristiques d'une interaction centrée sur le patient.

Il est important de noter que ces résultats ne peuvent pas être généralisés, étant donné que l'échantillon comprend seulement deux pères. Cette disproportion limite la capacité à tirer des conclusions plus larges concernant la satisfaction des pères dans le cadre des soins de santé.

- **Satisfaction selon l'âge des enfants :**

Les résultats montrent aussi que les parents d'enfants âgés de plus de quatre ans ont exprimé moins d'anxiété. Une autre étude a révélé que les parents d'enfants de plus de six ans sont plus satisfaits, probablement en raison de leur meilleure connaissance des procédures hospitalières (66).

La relation entre l'âge de l'enfant et la communication entre parents et médecins lors des visites pédiatriques a été évaluée dans une enquête (67). Les résultats suggèrent que plus l'enfant est âgé lors de la consultation, plus les parents bénéficient d'une approche collaborative, et plus les médecins sont susceptibles d'inclure l'enfant dans la communication.

- **Satisfaction selon la durée du séjour hospitalier :**

Une corrélation positive faible (0,32) a été observée entre la durée du séjour à l'hôpital et la satisfaction globale des parents. Bien que la corrélation ait été faible, elle suggère que les parents peuvent être plus satisfaits lorsqu'ils n'ont pas à gérer une hospitalisation longue. Cela pourrait suggérer que les parents sont moins confrontés à des difficultés et ressentent donc une satisfaction plus élevée lorsqu'ils n'ont pas à gérer une hospitalisation prolongée. Ce résultat est en accord avec d'autres études qui indiquent qu'un séjour plus court est souvent associé à une satisfaction plus élevée des parents(68).

Les parents d'enfants hospitalisés pour une longue durée peuvent ressentir des frustrations supplémentaires liées à la prise en charge. Ces parents acquièrent souvent une

expertise dans la gestion de la maladie de leur enfant et en viennent à se considérer comme des « experts » des soins nécessaires. Cette expertise développée peut parfois entraîner de la déception lorsque les parents estiment que les professionnels de santé ne reconnaissent pas ou ne valorisent pas adéquatement leur savoir-faire.

- **Satisfaction selon le contact antérieur avec l'hôpital :**

Dans notre étude, les parents ont été interrogés sur trois aspects principaux :

- ❖ Leur compréhension des événements ayant eu lieu au SAUP.
- ❖ Leur compréhension du diagnostic posé au service.
- ❖ La quantité d'informations reçues concernant les traitements et les soins.

Les résultats indiquent qu'il n'existe pas de différence significative dans la compréhension des diagnostics entre les parents dont les enfants ont été hospitalisés à l'hôpital et ceux qui ne l'ont pas été. Ces mêmes parents d'enfants ayant été hospitalisés dans le même établissement par le passé ont estimé que la quantité d'informations reçues concernant les bilans, les traitements à réaliser et leurs résultats était insuffisante par rapport à celle des parents n'ayant jamais eu de contact avec l'hôpital. Cela peut s'expliquer par le fait qu'en raison de leur expérience précédente, ces parents deviennent plus attentifs, établissent des comparaisons et développent des attentes plus élevées concernant la qualité et la quantité de l'information fournie.

Ce constat est en désaccord avec les recherches qui indiquent que des expériences passées répétées avec le même établissement sont généralement associées à une plus grande satisfaction, probablement en raison de la familiarité avec les procédures et le personnel (69).

- **Satisfaction selon le traitement de la douleur et/ou de la fièvre :**

Les parents satisfaits du traitement de la douleur et/ou de la fièvre de leur enfant ont attribué des évaluations élevées à l'efficacité de la prise en charge. Cela met en lumière le rôle important d'une gestion efficace de la douleur et/ou de la fièvre dans l'appréciation globale des soins médicaux par les familles.

Nos résultats sont cohérents avec ceux d'autres études qui ont souligné que la gestion de la douleur influence directement la satisfaction des parents concernant la qualité des soins (70) (71). Une prise en charge efficace de la douleur semble être un facteur déterminant dans l'évaluation positive des services médicaux, mettant en évidence la nécessité d'accorder une attention particulière à ce domaine pour assurer une qualité optimale des soins. Ces conclusions sont également soutenues par une étude japonaise qui a montré que la gestion de la douleur a un impact significatif sur la satisfaction des parents vis-à-vis des soins hospitaliers (72).

2.3. Perception des soins et charge de travail des professionnels :

Dans notre étude, les parents ont perçu l'équipe de SAUP comme étant particulièrement sollicitée. Ils ont noté que le personnel soignant était réactif face à leurs préoccupations, bien qu'il soit fréquemment occupé en raison de la charge de travail.

Cette dualité met en lumière un défi majeur concernant l'implication parentale : bien que le personnel soit attentif aux besoins des patients, sa charge de travail élevée peut limiter le temps et l'attention qu'il peut consacrer à chaque enfant. Le dilemme est aussi relevé par d'autres recherches qui soulignent que malgré une attitude généralement positive envers l'implication parentale par les professionnels, les contraintes temporelles et organisationnelles peuvent restreindre son application en pratique (73).

Cette réactivité observée contraste un peu avec une autre étude qui a révélé qu'un climat de travail perçu comme stressant dans certains services d'urgences pédiatriques pouvait nuire au soutien offert aux familles (74). Cependant, dans notre étude, même sous pression, les parents ont généralement perçu une attitude positive du personnel, soulignant l'importance de maintenir cet équilibre, malgré les contraintes organisationnelles.

2.4. Distinction de rôle des soignants : un défi pour les parents

Seulement 43,6% des parents arrivaient à différencier entre les médecins et les infirmiers. Ceux ayant déjà vécu une hospitalisation réussissent généralement mieux à faire cette distinction. Cette familiarité avec le système de santé semble leur permettre d'identifier plus facilement les rôles et les responsabilités de chaque professionnel.

Cela reflète la réalité des services d'urgences qui sont des environnements complexes où les rôles des différents membres de l'équipe soignante peuvent se chevaucher, notamment entre les médecins et les infirmiers. Les parents doivent interagir avec plusieurs types de professionnels dont les responsabilités, bien que parfois similaires, diffèrent en termes de prise de décision.

Nos résultats suggèrent que les parents ont besoin d'une définition claire du rôle du médecin en charge ainsi que des autres membres de l'équipe soignante. Ainsi, il est important que le médecin et les autres membres de l'équipe se présentent clairement aux parents et fournissent une explication concrète de leur rôle.

2.5. Les trois dimensions de la communication en pédiatrie

Nous avons exploré les trois dimensions de la communication en pédiatrie : l'informativité, la sensibilité interpersonnelle et le partenariat.

Chacune de ces dimensions joue un rôle dans l'expérience des parents lors des soins pédiatriques.

1. Informativité : Nos résultats montrent que 65 % des parents expriment leur satisfaction quant à la quantité d'informations reçues concernant résultats des bilans et les traitements.
2. Sensibilité interpersonnelle : Nous avons observé que 92 % des parents ont apprécié l'attitude des médecins
3. Partenariat : Nos résultats montrent que seulement 56 % des parents se sentaient impliqués dans la prise de décision et dans le processus de soins.

Dans notre étude, bien que la majorité des parents aient exprimé une satisfaction élevée concernant l'informativité et la sensibilité interpersonnelle des médecins, nous avons constaté que la satisfaction générale à l'égard de la communication reste relativement faible, avec 46 % des parents se déclarant satisfaits. Cela soulève des questions sur l'impact de ces dimensions sur la satisfaction globale.

Les résultats d'autres études indiquent que les parents accordent une grande importance à la qualité et à la quantité des informations reçues, ainsi qu'à la sensibilité interpersonnelle des médecins(43). Ces études montrent également que le partenariat est souvent perçu comme le facteur le moins significatif, suggérant que les parents considèrent le médecin avant tout comme un expert médical, ce qui peut expliquer pourquoi l'aspect partenariat n'a pas été jugé aussi essentiel.

Dans notre étude, nous avons noté que le partenariat pourrait être amélioré. Bien que les parents semblent apprécier l'informativité et la sensibilité interpersonnelle, l'implication dans le processus de soins pourrait renforcer leur satisfaction globale. Même si d'autres études montrent que le partenariat a une influence moindre sur la satisfaction des parents, nos résultats indiquent qu'il existe une opportunité d'améliorer cet aspect de la communication.

3. Implication parentale intra hospitalière dans le processus de soins :

Un élément clé de l'implication parentale est la manière dont les parents perçoivent leur rôle dans le processus des soins. Dans notre étude, 56,4 % des parents ont déclaré se sentir impliqués dans les soins de leur enfant, tandis que 43,6 % ont indiqué ne pas l'être. Dans une étude réalisée au Kenya, 67,1 % des parents se sentaient impliqués dans le processus de soins de leur enfant, alors que 32,3 % ont déclaré ne jamais l'être. (5)

Nous avons observé que l'implication des parents dans le processus de soins est fortement influencée par leur niveau d'éducation, comme l'indiquent également les résultats de l'étude menée au Kenya.(5)

Tableau.II: implication parentale et niveau d'éducation
Résultats comparés entre notre étude et une étude menée au Kenya

	Notre étude	Makworo et al. (2014)
Parents impliqués (%)	56,4 % (n=101)	67,1 % (n=161)
Niveau d'étude et implication test de Chi carré : χ^2	15.42	17.13
Valeur p	0.0039	0.0021
Degrés de liberté df	4	1

3.1. Poser des questions : la principale forme d'implication des parents dans les soins

Parmi ceux qui se sentaient impliqués, 70 % des parents ont déclaré qu'ils l'étaient en posant des questions et en exprimant leurs préoccupations. Le fait que les parents posent des questions est devenu une mesure importante de la participation active des parents dans la rencontre médicale.

La littérature suggère généralement que les patients ayant un faible niveau d'éducation posent moins de questions que ceux ayant un niveau d'éducation plus élevé. La réticence à poser des questions chez les patients à faible alphabétisation peut s'expliquer par des sentiments d'infériorité ou de honte, surtout pour ceux qui ont des difficultés à comprendre les informations médicales (75).

Les questions posées par les parents peuvent être considérées non seulement comme un moyen d'obtenir des informations, mais aussi comme un mécanisme de participation des patients dans le processus de soins. Cela est particulièrement pertinent car, comme le souligne la littérature, dans les cas où les patients posent des questions, en particulier au début de l'échange, un schéma d'interaction bilatérale peut se développer, permettant une communication équilibrée et soutenue par les deux parties (76). À l'inverse, les patients qui n'osent pas poser de questions encouragent un modèle d'interaction unilatéral, où le médecin détermine et contrôle l'étendue et le contenu de la communication.

3.2. La langue : une barrière à l'implication parentale dans les soins

Un autre aspect important mis en évidence dans notre recherche est que les parents non arabophones parlant amazigh avaient des difficultés à s'impliquer en raison de barrières linguistique. Cette barrière linguistique génèrait de la frustration et de la réticence à exprimer leurs préoccupations.

De manière similaire, dans une étude portant sur les parents hispaniques d'enfants, il a été constaté que la langue influence fortement la satisfaction et la facilité d'utilisation des services. Les problèmes linguistiques représentent des obstacles majeurs à l'accès aux soins, avec des liens établis entre les difficultés de communication et une satisfaction nettement inférieure vis-à-vis des soins, surtout chez ceux qui n'ont pas accès à des interprètes.(77).

Les participants de notre étude ont également exprimé une crainte d'être perçus comme des fardeaux, ce qui les a amenés à se contenter de « faire avec » plutôt qu'à demander de l'aide. 14,3% de parents ont rapporté qu'ils hésitaient à s'impliquer activement craignant que cela retarde le processus de soins.

3.3. Importance pour les parents d'être impliqués dans la prise de décision :

Nos résultats ont révélé que 73 % des parents estimaient qu'il était important d'être impliqués dans les soins de leurs enfants hospitalisés, tandis que 27 % ne jugeaient pas cette implication nécessaire. En comparaison, l'étude menée au Kenya a montré que 87,6 % des parents considéraient leur participation comme essentielle, et seulement 11,8 % n'y prêtaient pas d'importance. (5)

Tableau III : Implication parentale dans la prise de décision :

Comparaison des études

	Notre étude	Makworo et al. (2014)
Pourcentage de parents qui estimaient qu'il était important d'être impliqués dans la prise de décision.	73 % (n=101)	87,6 % (n= 161)
Pourcentage de parents qui estimaient qu'il n'était pas important d'être impliqués dans la prise de décision.	27 %	11.8%

Une revue de la littérature a montré que dans 16 des 20 études examinées une corrélation claire existait entre le niveau d'éducation et les préférences des patients. Les personnes ayant un niveau d'éducation plus élevé exprimaient une préférence pour une implication plus active dans le processus de décision, ce qui est en accord avec nos propres résultats. (78)

Parmi les obstacles à l'implication, le sentiment de ne pas être considéré comme des experts émerge. Ce sentiment a également été observé dans une étude menée au Mozambique, où la majorité des parents pensaient qu'ils ne devaient pas participer et ne se rendaient pas compte que leurs préférences étaient importantes.(79)

Certains parents ont exprimé la volonté de ne pas participer à la décision. Bien qu'ils aient eu accès à l'information, ils ont exercé leur autonomie en autorisant le médecin à prendre toutes les décisions, choisissant ainsi de ne pas décider eux-mêmes. Cette « autorisation de décider » reposait sur une grande confiance envers le médecin, associée à un manque perçu d'expertise, qui s'est construit au fil des années et des expériences personnelles.

Nous avons aussi identifié d'autres facteurs d'influence limitant l'entrée dans la décision médicale partagée, notamment le risque de retarder le processus de soins. Le temps reste donc un frein à la décision médicale partagée, celle-ci pouvant être longue et impliquant plusieurs étapes : la transmission d'informations, le partage d'expériences, l'expertise médicale et la négociation. Toutes ces étapes méritent une attention particulière. Les parents ressentent souvent l'indisponibilité psychique et physique du médecin et ne vont pas nécessairement poser de questions, dialoguer ou entrer dans un processus de décision médicale partagée (DMP).

La personnalité du médecin joue un rôle important dans le processus de décision médicale partagée. Un médecin très directif, ou très « paternel », aura plus de difficulté à instaurer un dialogue avec le parent. Ses représentations et ses affects influencent également cette dynamique. Un facteur important pour le parent est de sentir que le médecin est disponible, non seulement en termes de temps, mais aussi sur le plan physique et mental. Cette disponibilité est perceptible à travers le langage verbal et non verbal. La communication du médecin constitue donc un aspect essentiel à améliorer.

Les deux pères ont exprimé leur préférence pour un rôle passif. Bien que cette observation ne puisse pas être généralisée en raison du nombre limité de pères dans notre échantillon, d'autres études ont montré que les femmes sont plus susceptibles que les hommes de privilégier un rôle actif, renforçant ainsi l'idée que des facteurs de genre peuvent jouer un rôle significatif dans l'implication parentale.(78)

Dans le domaine pédiatrique, la personnalité des parents et leur manière d'interagir avec le système de santé influencent également leur implication dans la prise de décision concernant la santé de leur enfant. Des parents anxieux peuvent avoir tendance à se laisser guider par les professionnels de santé, tandis que des parents curieux seront plus enclins à s'impliquer dans les échanges.

Avec la disponibilité d'informations en ligne sur les sujets de santé dans les médias et les polémiques sur certains médicaments, certains parents peuvent devenir plus méfiants et plus demandeurs d'informations et de partage de décision. La singularité du parent est donc importante, car elle permet d'apporter un soutien et un discours adapté.

4. Compétences techniques des parents :

Les résultats indiquent que, dans l'ensemble, les parents maîtrisaient bien plusieurs soins techniques. La prise de température (75,2 %) révèle une maîtrise insuffisante. Cela pourrait s'expliquer par l'analphabétisme, qui empêche certains parents de lire correctement les mesures. De même, le taux de compétence pour la prise de glycémie est encore plus faible (59,2 %), probablement pour des raisons similaires, auxquelles s'ajoute la nature invasive de cette procédure.

5. Présence parentale lors des procédures :

La présence des parents pendant les procédures pédiatriques invasives est un sujet de débat. Historiquement, il était courant de demander aux parents de rester en dehors de la salle de procédure ou du bloc opératoire. Cependant, avec l'émergence des soins centrés sur la famille, l'implication des parents dans les décisions médicales a considérablement augmenté, modifiant ainsi l'approche traditionnelle(80) (81).

Malgré les inquiétudes des professionnels de santé, de nombreuses études montrent le désir des parents d'être présents avec leur enfant, même lors des procédures les plus invasives (82)(83). Cette évolution témoigne d'une volonté de rendre les soins plus humains, en reconnaissant l'importance du rôle parental dans la réduction du stress de l'enfant.

Des études menées dans divers contextes confirment la valeur de l'accompagnement parental des enfants hospitalisés et lors des procédures (84)(85). Une étude randomisée contrôlée a montré que le niveau de douleur chez les enfants diminuait significativement lorsque les parents étaient présents lors de l'administration de perfusions ou d'injections, par rapport aux enfants dont les parents étaient absents.(86)

Selon les résultats de notre étude, 71,4 % des parents ont jugé qu'il était important de rester auprès de leur enfant pendant les procédures médicales. En comparaison, l'étude réalisée au Kenya a révélé que la plupart des parents (96,3%) croyaient que leur présence était

importante(5). Environ 80 % des répondants dans une autre étude menée en Espagne estimaient que leur présence pourrait être bénéfique. (87)

Tableau IV : Comparaison entre des études évaluant l'importance de la présence parentale lors des procédures médicales

	Notre étude	Makworo et al. (2014)	Gonzalez et al. (2010)
	Maroc (n=101)	Kenya (n=161)	Espagne (n=200)
Pourcentage de parents jugeant important d'être présents lors des procédures	71,4 %	96.3%	80 %

Quatre raisons principales justifiaient cette présence : réconforter l'enfant, surveiller et observer le déroulement, obtenir des clarifications sur la procédure, et assister le personnel pendant la procédure. Ces observations s'alignent avec d'autres recherches concernant l'importance de l'accompagnement parental dans le cadre des soins pédiatriques(88)

Dans notre étude, une majorité de parents (69,9 %) a déclaré que leur principale motivation pour être présents pendant les procédures médicales était de soutenir leur enfant, contre un pourcentage plus élevé (82 %) au Kenya, où les parents ont indiqué qu'ils étaient présents principalement pour confirmer que la procédure avait bien été réalisée(5). Cela pourrait refléter une différence culturelle ou des préoccupations spécifiques concernant la transparence des soins médicaux dans le contexte kenyan.

Tableau V: Comparaison des motifs avancés par les parents justifiant leur présence lors des procédures

	Notre Étude	Makworo et al. (2014)	GONZÁLEZ Et al . (2010)
	Maroc	Kenya	Espagne
Réconforter l'enfant	69,9%	40%	84%
Surveiller l'observation de la procédure	17%	–	10%
Poser des questions	9%	–	–
Assister le personnel	4%	51.6%	–
Confirmer que la procédure a été réalisée	–	82%	–
Réduire l'anxiété des parent	–	4.5%	57%
Assurer la continuité des soins	–	3.9%	–

De nombreuses études révèlent que les parents souhaitent être présents lors de procédures invasives, y compris les manœuvres de réanimation cardio-pulmonaire (RCP). La majorité d'entre eux est prête à accompagner leurs enfants, en particulier pour les gestes moins invasives et ceux qu'ils ont déjà observés(89) .

Ce besoin de présence découle essentiellement de leur désir de rassurer et de soutenir émotionnellement leur enfant, surtout s'il est âgé de plus d'un an. La présence des parents contribue également à diminuer leur propre anxiété, parce qu'elle leur permet de surveiller l'état émotionnel de leur enfant et d'évaluer la complexité de la procédure. Même dans le cas des RCP, un pourcentage significatif de parents a exprimé le souhait d'être présent. Dans l'étude en Espagne , 44 % des parents interrogés ont souhaité être là pendant RCP (87). Des recherches antérieures ont montré que les membres de la famille étaient reconnaissants d'avoir pu assister aux efforts déployés pour sauver leur enfant, et en cas d'échec, cela rendait le processus de deuil plus facile à vivre. (90)

L'AHA a été la première à préconiser la présence des familles lors des réanimations cardio-pulmonaires (RCP) et des procédures invasives (91). Cette recommandation a donné lieu à plusieurs études portant sur la perception des professionnels de santé et des familles vis-à-vis

de cette pratique. L'AAP et l'ACEP encouragent également la présence des parents lors des procédures invasives. Les professionnels favorables à la présence des familles estiment que celle-ci améliore la compréhension des proches et leur permet de s'assurer que toutes les mesures nécessaires ont été prises pour le patient, facilitant également le processus de deuil en cas de décès. Néanmoins, de nombreux hôpitaux manquent de politiques, de lignes directrices ou de protocoles de documentation sur cette pratique.

Cette pratique comporte également des défis. Dans notre étude, l'anxiété a été identifiée comme la principale raison pour laquelle certains parents préféreraient ne pas assister aux procédures. Certains professionnels qui s'y opposent soulignent aussi des risques, tels que des malentendus ou des interférences potentielles avec les interventions. La présence des familles peut nécessiter des ressources supplémentaires, telles que du personnel ou de l'espace, comme le montrent nos résultats. En effet, 59 % des répondants ont indiqué ne pas assister, ou n'assister que de manière occasionnelle aux procédures, principalement en raison de contraintes logistiques. L'étude réalisée au Kenya a révélé que 87,6 % des parents n'ont pas accompagné leurs enfants durant les procédures.

Tableau.VI : Comparaison des taux de présence des parents

<u>Lors des procédures médicales</u>		
	Notre étude	Makworo et al. (2014)
	Maroc	Kenya
Pourcentage de parents accompagnant les enfants lors des procédures.	41% (n=101)	12.4% (n=161)

Tableau.VII: Comparaison des études évaluant les raisons pour lesquelles les parents jugent que leur présence n'est pas importante

	Notre Étude	GONZÁLEZ Et al . (2010)
	Maroc	Espagne
Anxiété des parents	85.7%	23%
Eviter de perturber le personnel	10. 7%	34%
Respecter le protocole de l'établissement	3.6%	–
Aucun intérêt	–	27%

Ce que l'on peut retenir, c'est que la majorité des parents souhaitent être présents lors des gestes médicaux afin de rassurer leur enfant. La principale raison pour laquelle certains parents ne souhaitent pas être présents était liée à leur propre anxiété et à la crainte d'interférer avec le travail de l'équipe soignante.

Il est essentiel que la décision de permettre aux parents d'assister à une procédure soit prise de manière individualisée. Les besoins, ainsi que le stress ressenti par les parents, varient d'une famille à l'autre, et les soins doivent donc être adaptés en fonction des attentes de chacun.



Dans le cadre de notre étude, nous avons identifié plusieurs défis auxquels les parents font face. Afin d'améliorer leur implication et de favoriser une communication efficace avec les professionnels de santé, nous avons formulé des recommandations pratiques.

Ces recommandations sont basées sur nos résultats et visent à lever les barrières rencontrées par les familles, en tenant compte de la diversité des besoins et des niveaux d'éducation.

1. Adopter des moyens de communication clairs et intégratifs :

- Les médecins devraient activement encourager les parents à poser des questions tout au long de la consultation. En posant des questions, les parents peuvent mieux définir leur propre niveau d'implication dans les soins de leur enfant.
- La méthode de « teach back » : Une recommandation serait d'utiliser la méthode de répétition où les médecins demandent aux patients de reformuler les points clés d'une discussion. Cela pourrait aider à garantir la compréhension des patients. Cette stratégie aiderait les médecins à adapter leur manière d'expliquer en tenant compte des niveaux de littératie des patients, en particulier pour les populations vulnérables ou celles dont la langue est différente de celle de leur médecin.
- Poser des questions ouvertes : Les médecins devraient poser des questions ouvertes à la fin, du genre « Que souhaitez-vous partager ? », « Y a-t-il autre chose que vous aimeriez savoir ? ». Ce type de question montre que le médecin respecte l'opinion de la famille et peut révéler des informations essentielles sur les attentes émotionnelles ou les besoins des parents. Cela permet aussi de mieux comprendre les vulnérabilités et les forces que les familles apportent à la prise en charge. En encourageant les parents à s'impliquer de cette manière, nous favorisons une meilleure communication.

2. Améliorer le partenariat médecin–parent

Les médecins devraient envisager de fournir aux parents un plan de suivi ou un plan de contingence lorsque des décisions médicales incertaines sont prises. Ce plan, qui pourrait inclure la suggestion de reprendre contact si l'état de l'enfant ne s'améliore pas dans les jours suivants, permettrait non seulement de mieux gérer les attentes des parents, mais aussi d'améliorer la satisfaction et d'éviter des interventions ou des prescriptions inutiles. Cette approche favorise une communication continue et renforce la confiance dans la relation médecin–parent, élément essentiel à une prise de décision partagée et éclairée.

3. Permettre aux patients de mieux identifier le personnel

- Encourager le personnel à se présenter de manière systématique.

4. Améliorer l'information sur les pathologies, les traitements, les soins et les examens :

- Développer des moyens adaptés pour transmettre ces informations, tels que des documents écrits, des visites guidées des lieux, et des réunions.
- Utiliser des supports multimédias pour améliorer la littératie des parents.

5. Offrir la possibilité aux parents qui le souhaitent d'être présents lors des soins et examens de leur enfant,

- Les parents devraient pouvoir accompagner leurs enfants pendant les procédures médicales en particulier les soins douloureux et/ou impressionnants. Il est essentiel qu'ils bénéficient d'un soutien avant, pendant et après ces interventions. Ce soutien peut inclure des explications claires sur le déroulement des soins ainsi que des moments de débriefing

après l'intervention. Cela contribue non seulement à réduire l'anxiété des enfants, mais aussi à renforcer la confiance des parents dans le processus de soins.

6. Formation et soutien des professionnels :

- Intégrer la problématique de la « place des parents à l'hôpital » dans la formation initiale et continue de tous les professionnels de santé.
- Organiser régulièrement des formations pour le personnel hospitalier sur la communication et la médecine centrée sur la famille.



1. Les forces de l'étude :

C'est la première étude à notre connaissance sur l'implication des parents dans les soins pédiatriques au Maroc. L'une des forces de cette étude réside dans l'utilisation d'une méthodologie mixte, qui combine une approche qualitative et quantitative, tout en étant à la fois descriptive et analytique. Cette approche nous a permis d'obtenir une compréhension approfondie des expériences des parents tout en quantifiant leurs opinions.

Un autre point fort de notre étude est la formulation de recommandations pratiques pour améliorer l'implication des parents dans le processus de soins. Ces recommandations visent à renforcer la communication entre les professionnels de santé et les parents, en tenant compte des différents niveaux d'alphabétisation et des barrières linguistiques.

2. Les limites et les défis de l'étude :

Un biais de sélection peut être identifié dans cette étude, car la recherche a été menée exclusivement dans un seul service d'un seul hôpital universitaire. L'hétérogénéité de l'échantillon est limitée, car il ne comprend que deux pères. Cette limitation peut affecter la généralisation des résultats, car les expériences et les perceptions des parents peuvent varier considérablement d'un contexte à un autre.

Un biais d'influence pourrait également être présent. L'hétéro-administration du questionnaire a permis de garantir une meilleure compréhension des questions, notamment auprès des parents ayant des niveaux de littératie variés. Cependant, cette méthode peut aussi introduire un biais d'influence, car certains parents pourraient ajuster leurs réponses en fonction de la présence de l'enquêteur, même si l'anonymat leur avait été assuré.

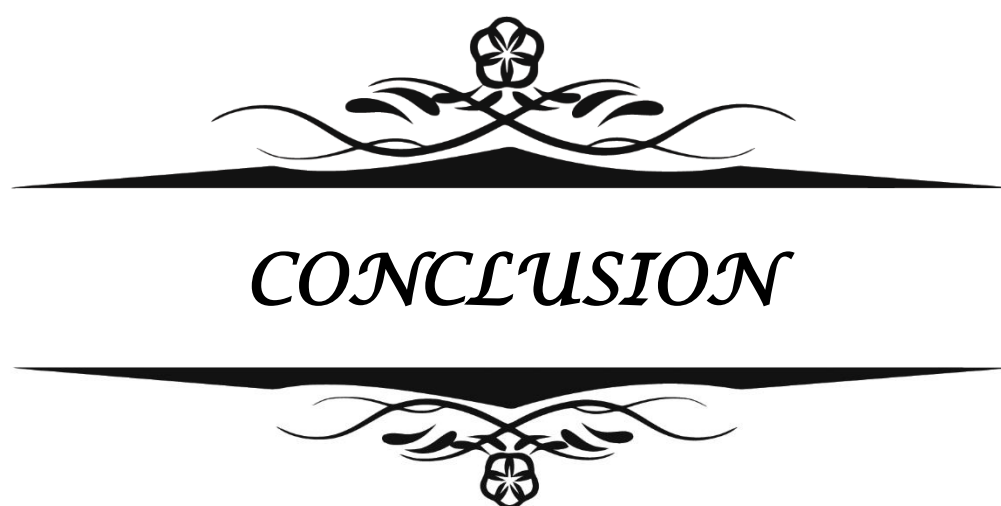
Enfin, il est à noter que l'échantillon comprenait une population avec des niveaux de littératie variés, ce qui représente un défi et peut influencer la qualité des échanges ainsi que la compréhension des questions posées.

Par conséquent, les conclusions tirées de cette étude doivent être interprétées avec prudence, et des recherches supplémentaires dans divers établissements seraient nécessaires pour mieux comprendre les dynamiques d'implication parentale dans différents environnements.

3. Pistes de recherche futures :

Une voie intéressante pour approfondir ce sujet serait d'intégrer des méthodes qualitatives supplémentaires, notamment des entretiens approfondis. Cela permettrait de créer des sous-groupes et d'analyser des données plus nuancées sur les expériences des parents. Ces informations pourraient être utilisées pour développer de nouvelles questions pour les questionnaires, enrichissant ainsi les outils de collecte de données.

Une piste de recherche future pourrait consister à explorer l'implication des parents dans le processus de soins du point de vue des professionnels de santé. Cette approche permettrait de mieux comprendre comment les médecins perçoivent l'implication parentale ainsi que les défis qu'ils rencontrent.



Notre étude souligne l'importance de l'implication des parents dans les soins de santé pédiatriques et met en lumière les défis que pose la communication entre les familles et les professionnels de santé. Une communication efficace est essentielle pour renforcer la confiance et favoriser la prise de décision partagée.

Les lacunes identifiées dans la communication nécessitent des interventions ciblées afin de garantir que les parents reçoivent des informations claires et adaptées à leurs besoins. En intégrant des pratiques de communication améliorées dans la formation des professionnels de santé, en fournissant des outils appropriés et en promouvant une culture de collaboration, nous pouvons transformer l'expérience des familles dans le parcours de soins de leurs enfants.

Ainsi, investir dans l'amélioration de la communication entre les parents et les soignants constitue non seulement une nécessité, mais également une opportunité pour optimiser la qualité des soins pédiatriques et, par conséquent, améliorer le bien-être des enfants et de leurs familles.



Résumé

L'implication des parents dans les soins pédiatriques est un facteur clé pour améliorer la qualité des services de santé, mais elle reste encore mal définie, notamment dans des contextes comme celui du Maroc. Cette approche reconnaît le rôle des parents non seulement comme gardiens de la santé de leurs enfants, mais aussi comme partenaires actifs dans le processus de soins.

Nous avons mené une étude transversale sur une période de six mois, entre Mars 2023 et Aout 2023, au service d'urgences pédiatriques du CHU Mohammed VI, dont le but est de comprendre leur rôle dans les soins de leurs enfants et dans la décision médicale.

Environ 43,6 % des parents ont rapporté qu'ils pouvaient différencier les rôles des médecins et des infirmiers. Près de 60,4 % estimaient que les médecins étaient capables de fournir des explications claires sur les procédures. Environ 46,5 % étaient satisfaits de la communication avec le personnel médical. Un peu plus de la moitié des parents (56,4 %) étaient activement impliqués dans le processus de soins, principalement en posant des questions. Environ 70 % des parents considéraient qu'il était important de participer à la prise de décision médicale. Certains obstacles, comme la langue, limitaient parfois cette implication. Seulement 41 % des parents étaient toujours présents pendant les procédures médicales. Pour les 59 % restants, les principales raisons de leur absence étaient des contraintes logistiques (56,9 %). Environ 28,6 % estimaient que leur présence n'était pas nécessaire. En utilisant le test du chi carré, une association significative a été établie entre le niveau d'éducation des parents et leur implication dans le processus de prise de décision ($\chi^2 = 15,4217$, $p = 0,0039$, ddl = 4).

Nos résultats soulignent l'importance de l'implication des parents, en accord avec la littérature. Toutefois, les pourcentages observés dans notre étude peuvent différer légèrement de ceux rapportés dans d'autres recherches. Ces écarts pourraient s'expliquer par des variations

contextuelles, telles que les différences culturelles, géographiques et socio-économiques. L'association entre le niveau d'éducation des parents et leur implication est en ligne avec les recherches antérieures. Les parents ayant un niveau d'éducation plus élevé sont plus susceptibles de participer activement aux soins. Cependant, la barrière linguistique semble jouer un rôle plus important dans notre contexte, un aspect qui n'est pas toujours autant souligné dans d'autres recherches.

Investir dans l'amélioration de la communication entre les parents et les soignants constitue une opportunité pour optimiser la qualité des soins pédiatriques et, par conséquent, le bien-être des enfants et de leurs familles.

Abstract

Parental involvement in pediatric care is a key factor in improving the quality of healthcare services, but it remains poorly defined, especially in settings like that of Morocco. This approach recognizes the role of parents not only as guardians of their children's health but also as active partners in the care process.

We conducted a descriptive and analytical cross-sectional study over a period of six months, from March 2023 to August 2023, within the pediatric emergency department of CHU Mohammed VI. The aim was to evaluate parents' perceptions and satisfaction regarding their child's care in pediatric emergencies, understand their role in care management and medical decision-making.

Around 43.6% of parents reported that they could differentiate between the doctors and nurses. 60.4% of parents believed that doctors could provide clear explanations about procedures, but only 46.5% were satisfied with the communication from medical staff.

Slightly more than half of parents (56.4%) were actively involved in the care process, mainly by asking questions about treatments. 70% of parents considered it is important to be involved in medical decision-making. Certain barriers, such as language, sometimes limited this involvement. Using Chi square test ,a significant association was established between parents' education level and their involvement in the decision-making process regarding their child's care. ($\chi^2 = 15.4217$, $p = 0.0039$, $df = 4$).

Only 41% of parents were always present during medical procedures. For the remaining 59%, the main reasons for their absence were logistical constraints 56.9%. Around 28.6% of parents felt that their presence was unnecessary .

Our results highlight the importance of parental involvement in pediatric care, aligning with findings from the literature. However, the percentages observed in our study may differ slightly from those reported in other research. These discrepancies could be explained by

contextual variations, such as cultural, geographical, and socio-economic differences. The association between parents' education level and their involvement, aligns with previous research. Parents with higher levels of education tend to be more actively involved in their children's care. The language barrier appears to play a more significant role in our context, an aspect that is not always emphasized in other studies.

Investing in improving communication between parents and healthcare providers is an opportunity to optimize the quality of pediatric care.

ملخص

يعد انخراط الآباء في الرعاية الصحية للأطفال عاملاً رئيسياً لتحسين جودة الخدمات الصحية، تشيّد هذه المقاربة بدور الآباء ليس فقط كراعاة لصحة أطفالهم، ولكن أيضاً كشركاء نشطين في عملية الرعاية.

أجرينا دراسة مقطعية وصفية وتحليلية على مدى ستة أشهر، من مارس 2024 إلى غشت 2024، في قسم طوارئ الأطفال بالمركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس بمراكش. تم دعوة أولياء الأمور للمشاركة أثناء استشفاء أطفالهم. هدفت الدراسة إلى تقييم انخراط الأولياء في رعاية أطفالهم و في اتخاذ القرارات الطبية، بالإضافة إلى تقييم رضاهم عن جودة الرعاية..

شملت الدراسة 101 مشاركاً بلغ عدد الأمهات 96 بمتوسط عمر قدره 33.33 سنة، الأغلبية ذات مستوى تعليمي منخفض. بلغ متوسط عدد الأطفال لكل أسرة 2.55.

أفاد 43.6% من الأولياء بقدرتهم على التمييز بين أدوار الأطباء والممرضين. اعتبر 60.4% منهم أن الأطباء قادرين على تقديم تفسيرات واضحة حول الإجراءات الطبية والرعاية، بينما أعرب 46.5% فقط عن رضاهم عن مستوى التواصل مع الطاقم الطبي.

أفاد 56.4% من الآباء انخراطهم في الرعاية واتخاذ القرارات التي تخص صحة أطفالهم، وذلك أساساً من خلال طرح الأسئلة. كما اعتبر 70% من الأولياء أن المشاركة في اتخاذ القرارات الطبية أمر مهم. ومع ذلك، كانت هناك بعض العوائق التي حدّت من هذه الانخراط، كحاجز اللغة. أثبتت الدراسة علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى تعليم الأولياء وانخراطهم في عملية اتخاذ القرار بشأن رعاية أطفالهم

بلغت نسبة الآباء التي كانت حاضرة دائماً خلال الإجراءات الطبية 41%. كانت أبرز أسباب غيابهم القيود اللوجستية (56.9%). رأى 28.6% منهم أن حضورهم لم يكن ضرورياً لتقّتهم في الاطر الصحية.

قد تختلف النسب التي لوحظت في دراستنا قليلاً عن تلك المسجلة في أبحاث أخرى. يمكن تفسير هذه الفروقات بالسياقات المتنوعة مثل الاختلافات الثقافية والجغرافية، والظروف الاجتماعية والاقتصادية الخاصة بالمنطقة التي تمت دراستها. ومع ذلك، يبدو أن حاجز اللغة يلعب دوراً بارزاً في سياقنا، وهو عامل لا يتم التركيز عليه دائماً في الدراسات الأخرى.

يُعد الاستثمار في تحسين التواصل بين الأولياء ومقدمي الرعاية الصحية ليس فقط ضرورة، بل فرصة لتحسين جودة رعاية الأطفال وتعزيز رفاهية الأطفال وأسرهم.



Fiche d'exploitation

Questionnaire :

I. Données démographiques :

a) Parent

1. **Âge :**
2. **Sexe :**
 - ☐ Masculin
 - ☐ Féminin
3. **Niveau d'éducation :**
 - ☐ Aucun
 - ☐ Primaire
 - ☐ Collège
 - ☐ Lycée
 - ☐ Université
4. **État civil :**
 - ☐ Marié
 - ☐ Célibataire
 - ☐ Divorcé
 - ☐ Veuf
5. **Résidence :**
 - ☐ Urbain
 - ☐ Rural
6. **Profession :**
7. **Province :**
8. **Relation avec l'enfant :**
 - ☐ Mère
 - ☐ Père
 - ☐ Tante
 - ☐ Oncle
 - ☐ Grand-mère
 - ☐ Autre: _____
9. **Nombre total d'enfants dans la famille :**
 - ☐ 1
 - ☐ 2

- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ Autre : _____

b) Enfant

1. **Âge :**
2. **Motif de consultation :**
3. **Diagnostic retenu :**
4. **Jours d'hospitalisation :**
5. **Pathologies chroniques chez l'enfant :**
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
 - Si oui, laquelle ?
6. **Cet enfant a-t-il été admis dans un hôpital auparavant ?**
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
 - Si oui, quel hôpital ?

Combien de jours ?

Combien de fois ?

7. **Assurance enfant :**
 - ☐ AMO
 - ☐ CNSS
 - ☐ CNOPS
 - ☐ FAR
 - ☐ Privé
 - ☐ Sans

II. Votre implication à domicile

1. **Quand votre enfant est malade, à quel point êtes-vous susceptible de vérifier l'internet pour des informations avant de venir aux urgences ?**
 - Très improbable
 - Improbable

- Probable
- Très probable
- 2. À quel point êtes-vous susceptibles d'utiliser des remèdes naturels avant de décider de vous rendre aux urgences pour consulter ?**
 - Très improbable
 - Improbable
 - Probable
 - Très probable
- 3. Qui prend soin de votre enfant quand il tombe malade ?**
 - Moi
 - L'autre parent
 - Les deux ensembles
 - Une tierce personne
- 4. Avez-vous déjà pris des jours de congé maladie pour vous occuper de votre enfant malade ?**
 - Oui
 - Non
- 5. Si oui, combien de jours ?**
- 6. Devant la maladie de votre enfant, et selon vos expériences précédentes, dans quelle mesure vous sentez-vous confortable ?**
 - Très inconfortable
 - Inconfortable
 - Confortable
 - Très confortable
- 7. Avez-vous déjà arrêté un traitement avant la durée prescrite par le médecin ?**
 - Oui
 - Non
- 8. Si oui, pourquoi ?**
 - Amélioration de l'état de l'enfant
 - Inefficacité du traitement
 - Contraintes financières
 - Adoption d'une autre approche thérapeutique
 - Autre
- 9. Avez-vous déjà consulté un pharmacien au lieu d'un médecin ?**
 - Oui
 - Non
- 10. Si oui, combien de fois ?**
- 11. Pourriez-vous préciser les circonstances dans lesquelles vous avez choisi de consulter un pharmacien plutôt qu'un médecin ?**

Quand consultez-vous un médecin ?

- Dès que mon enfant présente des symptômes
- En cas de changement significatif dans l'état de santé de mon enfant
- Après avoir essayé des soins initiaux sans amélioration
- Sur recommandation de quelqu'un

13. Si recommandé par quelqu'un, lequel ?

III. Votre implication intra-hospitalière

a) Volet de communication et satisfaction

14. Comment décririez-vous l'état de santé actuel de votre enfant ?

- Bon
- Moyen
- Mauvais
- Très mauvais
- Je ne sais pas

15. Dans quelle mesure vous sentez-vous anxieux(se) face à la maladie de votre enfant ?

- Pas du tout anxieux(se)
- Légèrement anxieux(se)
- Assez anxieux(se)
- Très anxieux(se)

16. Avez-vous bien compris ce qui s'est passé lors de votre consultation au SAUP ?

- Pas du tout compris
- Peu compris
- Assez compris
- Tout à fait compris

17. Avez-vous bien compris le diagnostic qui vous a été donné ?

- Pas du tout compris
- Peu compris
- Assez compris
- Tout à fait compris

18. Avez-vous reçu suffisamment d'informations concernant les bilans, les examens et les traitements à réaliser ?

- Pas d'information
- Peu d'information

- Assez d'information
- Beaucoup d'information

19. Avez-vous reçu suffisamment d'informations concernant les résultats des bilans, des examens et des traitements ?

- Pas d'information
- Peu d'information
- Assez d'information
- Beaucoup d'information

20. Avez-vous bien compris les instructions fournies pour la prise en charge de votre enfant ?

- Pas du tout compris
- Peu compris
- Assez compris
- Tout à fait compris

21. Est-ce que vous différenciez entre étudiant en médecine, médecin et infirmier ?

- Oui
- Non
- Parfois

22. Comment évaluez-vous l'attitude des infirmiers envers votre enfant ?

- Très mauvaise
- Plutôt mauvaise
- Plutôt bonne
- Très bonne

23. Comment évaluez-vous l'attitude des infirmiers envers votre enfant ?

- Très mauvaise
- Plutôt mauvaise
- Plutôt bonne
- Très bonne

24. Êtes-vous généralement satisfait de la communication avec le personnel médical pendant votre hospitalisation ?

- Pas du tout satisfait
- Peu satisfait
- Satisfait
- Très satisfait

25. Êtes-vous généralement satisfait de la communication avec les infirmiers pendant votre hospitalisation ?

- ☐ Pas du tout satisfait
- ☐ Peu satisfait
- ☐ Satisfait
- ☐ Très satisfait

26. Comment évaluez-vous la capacité des infirmiers à expliquer les procédures médicales et les soins nécessaires ?

- ☐ Pas du tout satisfaisante
- ☐ Peu satisfaisante
- ☐ Satisfaisante
- ☐ Très satisfaisante

27. Comment évaluez-vous la capacité des médecins à expliquer les procédures médicales et les raisons derrière les traitements ?

- ☐ Pas du tout satisfaisante
- ☐ Peu satisfaisante
- ☐ Satisfaisante
- ☐ Très satisfaisante

28. Avez-vous déjà exprimé des préoccupations ou des suggestions pendant votre hospitalisation ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Pas encore, mais je le considérerais

29. Comment jugez-vous l'efficacité des soins d'urgence pour votre enfant ?

- ☐ Pas du tout efficace
- ☐ Peu efficace
- ☐ Efficace
- ☐ Très efficace

30. Comment évalueriez-vous le niveau de soulagement de la douleur et/ou de la fièvre de votre enfant après l'administration des traitements ?

- ☐ Pas du tout soulagé
- ☐ Peu soulagé
- ☐ Soulagé
- ☐ Très soulagé

31. Le personnel a-t-il été réactif à vos besoins ?

- Pas du tout réactif
- Peu réactif
- Réactif
- Très réactif

32. Avez-vous ressenti que le personnel était occupé ?

- Pas du tout occupé
- Peu occupé
- Occupé
- Très occupé

b) Votre implication intra-hospitalière dans la prise de décision

1. **Vous sentez-vous impliqué dans les soins et les décisions concernant la gestion de la pathologie de votre enfant à l'hôpital ?**
☐ Oui
☐ Non
☐ Autre : _____
2. Si oui, comment vous sentez-vous impliqué ?
3. Si non, pourquoi n'êtes-vous pas impliqué ?
4. **Pensez-vous qu'il est important que les parents de l'enfant soient impliqués dans les décisions concernant la prise en charge à l'hôpital ?**
☐ Oui
☐ Non
5. Si oui, pourquoi devraient-ils être impliqués ?
6. Si non, pourquoi ne devraient-ils pas être impliqués ?

c) Votre implication intra-hospitalière dans le traitement

Parmi les aspects techniques des soins de santé suivants, pensez-vous que vous pourriez participer si vous étiez habilité à le faire pendant l'hospitalisation de votre enfant ?

1. Administration de médicaments par voie orale
☐ Oui

- ☐ Non
- ☐ Autre : _____
- 2. Prendre soin de la voie veineuse
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
- 3. Mesure de la température
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
- 4. Alimentation par sonde nasogastrique
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
- 5. Vérification de la glycémie
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
- 6. Nébulisation
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
- 7. Administration de suppositoires
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
- 8. Soins des plaies
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
- 7. **Assistez-vous lorsque des soins sont prodigués pour votre enfant ?**
 - ☐ Toujours
 - ☐ Parfois
 - ☐ Jamais
- 8. **Si non, pourquoi ?**
- 9. **Pensez-vous qu'il est important que les parents restent lorsque les procédures sont effectuées sur leur enfant ?**
 - ☐ Oui
 - ☐ Non
- 10. **Si oui, pourquoi devraient-ils rester ?**
- 11. **Si non, pourquoi ne devraient-ils pas rester ?**



BIBLIOGRAPHIE



1. **Harrison TM.**
Family-Centered Pediatric Nursing Care: State of the Science. Journal of Pediatric Nursing. 2009;25(5):335–43. DOI: 10.1016/j.pedn.2009.01.006
2. **De Rouck S, Leys M.**
Information needs of parents of children admitted to a neonatal intensive care unit: a review of the literature (1990–2008). Patient Education and Counseling. août 2009;76(2):159–73.
3. **De Paiva SMA, Gomes ELR.**
Hospital care: assessment of users' satisfaction during hospital stay
Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2007 Sep–Oct;15(5):973–9.
4. **Bragadóttir H, Reed D.**
Psychometric instrument evaluation: the pediatric family satisfaction questionnaire. Pediatric Nursing. 2002;28(5):475–82.
5. **Makworo D, Bwibo N, Omoni G.**
Parental involvement in the management of hospitalised children in Kenya: Policy and practice. African Journal of Midwifery and Women's Health 2 oct 2014;8(4):183-8
6. **HAUT-COMMISSARIAT AU PLAN.**
Monographie régionale de Marrakech–Safi. Disponible sur : https://www.hcp.ma/region-marrakech/MONOGRAPHIE-REGIONALE-DE-MARRAKECH-SAFI-2018_a426.amp.html.
7. **Région Marrakech Tensift Haouz [Image]2012.**
Disponible sur: <https://www.ziz.ma/?p=869>
8. **LAMOUR, Martine, BARRACO, Marthe.**
Souffrances autour du berceau. Paris : Gaëtan Morin Europe, 1998 : 277.
9. **MINISTÈRE DE LA JUSTICE.**
Code de la famille (Moudawana). Disponible sur : <https://justice.gov.ma/wp-content/uploads/2022/05/legislation-6294abb2180e1.pdf>.
10. **MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR.**
Décret n° 2-22-797 du 4 jourmada I 1444 (29 novembre 2022). Bulletin officiel, disponible sur : <http://bdj.mmsp.gov.ma/Fr/Document/10563-D%C3%A9cret-n-2-22-797-du-4-jourmada-I-1444-29-novemb.aspx?KeyPath=594/596/661/662/10563>.

11. **MINISTÈRE DE LA JUSTICE.**
Constitution marocaine de 2011. Disponible sur : https://www.chambrederesrepresentants.ma/sites/default/files/documents/constitution_marocaine_2011-ar.pdf.
12. **Brugère F.**
Qu'est-ce que prendre soin aujourd'hui ? *Cahiers philosophiques*. 20 Janv 2014; n° 136(1):58-68
13. **Merkling J.**
Les fondements de la relation de soin: savoirs essentiels, outils à mobiliser et professionnalisation.Paris: Seli Arslan; 2017.
14. **Chipidza, F. E., et al.**
Impact of the doctor-patient relationship. *Prim Care Companion CNS Disord*, 2015 Oct 22;17(5):10.4088/PCC.15f01840. doi: 10.4088/PCC.15f01840
15. **Tates K, Elbers E, Meeuwesen L, Bensing J.**
Doctor-parent-child relationships: a '*pas de trois*'. *Patient Education and Counseling* 2002 Sep;48(1):5-14. doi: 10.1016/s0738-3991(02)00093-9.
16. **Korsch BM, Negrete VF.**
Doctor-Patient Communication. *Scientific American*. août 1972; 227(2):66-74.
17. **Ammentorp J, Mainz J, Sabroe S**
Parents' priorities and satisfaction with acute pediatric care. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2005 Feb;159(2):127-31. DOI: 10.1001/archpedi.159.2.127.
18. **Kelleher, K. J., McInerney, T. K., Gardner, W. P., Childs, G. E., & Wasserman, R. C.**
Increasing identification of psychosocial problems: 1979-1996. (2000). *Pediatrics*, 105(6), 1313-1321. <https://doi.org/10.1542/peds.105.6.1313>
19. **Vaz, L. E.**
Caregiver experiences in pediatric hospitalizations: Challenges and opportunities for improvement. (2022). *Hosp Pediatr*, 12(12), 1073-1080. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2022-006645>
20. **Béranger A, et al.**
Communication, informations et place des parents en réanimation polyvalente pédiatrique : revue de la littérature. (2017). *Archives de Pédiatrie*, 24(3), 265-272.

21. **Frank R.**
Parents and the pediatric nurse.
American Journal of Nursing. Janv 1952;52(1):76–7.
22. **Alsop-Shields L, Mohay H. John Bowlby and James Robertson**
Theorists, scientists and crusaders for improvements in the care of children in hospital.
Journal of Advanced Nursing Juill 2001; 35(1):50–8.
23. **Hohle BM.**
We admit parents too. *American Journal of Nursing*. Juill 1957;57(7):865–7
24. **Morgan ML, Lloyd BJ.**
Parents invited. *Nursing Outlook*. Mai 1955;3(5):256–9
25. **Fagin, C. Mintzer.**
Rooming in and its effects on the behavior of young children: A comparative survey on the effects of maternal attendance during hospitalization on the post hospital behavior of young children. New York University; ProQuest Dissertations & Theses, 1964. 6500968.
26. **Palmer, Denise Gagnon.**
Family-centered care: Controversies and considerations. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 1997 Mar; 10(4):4–8.
27. **Gooding JS, Cooper LG, Blaine AI, Franck LS, Howse JL, Berns SD.**
Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: origins, advances, impact. *Seminars in Perinatology*. Févr 2011;35(1):20–8
28. **Committee on Hospital Care and Institute for Patient- and Family-Centered Care.**
Patient- and Family-Centered Care and the Pediatrician's Role. *Pediatrics*. 2012; 129(2): 394–404. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3084>.
29. **Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L.**
Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 1992; 267(16): 2221–6. DOI: 10.1001/jama.267.16.2221.
30. **Engel, G. L.**
The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*. 8 avr 1977; 196(4286): 129–36.

31. **Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T.**
Shared Decision-Making in the Medical Encounter: What Does It Mean? (Or It Takes at Least Two to Tango). *Social Science & Medicine*. Mars 1997; 44(5): 681–9226.
32. **Buchanan, A., & Brock, D. W.**
Deciding for others. (1986). *Milbank Quarterly*, 64(Suppl. 2), 17–94.
33. **BEAUCHAMP, Tom, CHILDRESS, James.**
Les Principes de l'Éthique Biomédicale. Paris. Les Éditions des Lettres, 2008:641.
34. **Szasz, T. S.**
A Contribution to the Philosophy of Medicine: The Basic Models of the Doctor–Patient Relationship. *AMA Archives of Internal Medicine*. 1 mai 1956; 97(5): 585
35. **Elwyn, G., Frosch, D., Rollnick, S.**
An Integrative Model of Shared Decision Making in Medical Encounters .*Patient Education and Counseling*. 2006 Mar; 60(3): 301–12. doi: 10.1016/j.pec.2005.06.010.
36. **Elwyn, G.**
Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *J Gen Intern Med*. 2012 May 23; 27(10): 1361–1367. doi: 10.1007/s11606-012-2077-6.]
37. **Cai, S., Cheng, L., Wang, R., Zhou, X., & Peng, X.**
A shared decision-making model in pediatric palliative care: a qualitative study of healthcare providers. *BMC Palliative Care*. 28 nov 2023; 22(1):190.
38. **Malloy-Weir, L. J., Charles, C., Gafni, A., & Entwistle, V.**
A review of health literacy: Definitions, interpretations, and implications for policy initiatives. *J Public Health Policy*. août 2016; 37(3):334–52.
39. **Boland, L., & Stacey, D.**
La littératie en santé dans la pratique clinique et en recherche. *Canadian Oncology Nursing Journal*. 1 oct 2016; 26(4):362
40. **Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J., & Crotty, K.**
Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*. 19 juill 2011; 155(2):97–107

41. **Jackson, C., Cheater, F.M., & Reid, I.**
"A systematic review of decision support needs of parents making child health decisions."
Health Expectations. sept 2008; 11(3):232–51
42. **Lipstein, E.A., Brinkman, W.B., & Britto, M.T.**
What Is Known about Parents' Treatment Decisions? A Narrative Review of Pediatric Decision Making." *Medical Decision Making*. mars 2012; 32(2):246–58
43. **Street, R.L.**
Physicians' Communication and Parents' Evaluations of Pediatric Consultations. *Medical Care*. nov 1991; 29(11):1146–52
44. **Ads, S.E.M., Saied, H., & Melika, S.**
"Mothers' Perceived Risks and Practices for Over Counter Medications of Children Under Five Years." *Tanta Scientific Nursing Journal*. 1 févr 2023; 28:169–84.
45. **Eric G Benotsch, Stephen Koester, Aaron M Martin, Anna Cejka, Diana Luckman, Amy J Jeffers**
Intentional Misuse of Over-the-Counter Medications, Mental Health, and Polysubstance Use in Young Adults.*Journal of Community Health*. août 2014; 39(4).
46. **Allotey, P., Reidpath, D. D., & Elisha, D.**
"Social medication" and the control children: a qualitative study of over-the-counter medication among Australian children. (2004). *Pediatrics*, 114(3), e378–e383.
47. **Alenazi, K., Al-ahmari, A., Alhumaidi, K., Alotaibi, S., Almutairi, S., Alsuhaibani, M., et al.**
Parents' Attitude and Practices Regarding the Use of Over-the-Counter Medicines to Their Children in Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia. *Annals of Medical and Health Sciences Research*. 25 mars 2021
48. **Suluhan, D., Taşal, C., Yıldız, D., Fidancı, B. E., Konukbay, D., Sürer, İ.**
Determine the Knowledge and Attitudes of Mothers, Who Have Children Aged 0–6 Years, About Antipyretic Drug Usage.*Florence Nightingale Journal of Nursing* . 19 août 2016; 24(2): 90–6.
49. **Alonso-Castro, A. J., et al.**
Factors and Practices Associated with Self-Medicating Children among Mexican Parents. *Pharmaceuticals (Basel)*. 2022 Aug 29; 15(9): 1078. doi: 10.3390/ph15091078.

50. **Alosaimi, A. A. M., Zamzam, S. M., Berdida, D. J. E., & Villagrancia, H. N.**
Perceived Risks of Over-the-Counter Medication Use among Pregnant Saudi Mothers: A Cross-Sectional Study. *Journal of Taibah University Medical Sciences* [Internet]. Oct 2022 [cité 25 sept 2024]; 17(5): 755–64.
51. **Sharma, R., Kapoor, B., & Verma, U.**
Drug Utilization Pattern during Pregnancy in North India. *Indian Journal of Medical Sciences*. 2006 Jul; 60(7): 277–87
52. **Zaki NM, Albarraq AA.**
Use, Attitudes, and Knowledge of Medications among Pregnant Women: A Saudi Study. *Saudi Pharm J*. 2014 Nov;22(5):419–28. doi: 10.1016/j.jsps.2013.09.001
53. **Balling K, McCubbin M.**
Hospitalized Children with Chronic Illness: Parental Caregiving Needs and Valuing Parental Expertise." *J Pediatr Nurs*. 2001 Apr;16(2):110–9
54. **Stubblefield C, Murray RL.**
Parents Call for Concerned and Collaborative Care. *West J Nurs Res*. 1999 Jun;21(3):356–71
55. **Coyne IT.**
Parental participation in care: a critical review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*. 1995 Apr;21(4):716–22. doi: 10.1046/j.1365-2648.1995.21040716.x.
56. **Al-Ayed, I. H.**
Mothers' knowledge of child health matters: Are we doing enough? *J Family Community Med*. 2010 Jan–Apr;17(1):22–28. doi: 10.4103/1319-1683.68785/
57. **Carr, D., & Springer, K. W.**
Advances in Families and Health Research in the 21st Century. *Journal of Marriage and Family*. 2010. doi: 10.1111/j.1741-3737.2010.00728.x
58. **Hofferth, S. L.**
Race/Ethnic Differences in Father Involvement in Two-Parent Families: Culture, Context, or Economy? *Journal of Family Issues*. mars 2003; 24(2): 185–216
59. **Moore, T., & Kotelchuck, M.**
Predictors of Urban Fathers' Involvement in Their Child's Health Care. *Pediatrics* mars 2004; 113(3 Pt 1): 574–80.

60. **Cabrera NJ, Fagan J, Farrie D.**
Explaining the Long Reach of Fathers' Prenatal Involvement on Later Paternal Engagement. *J of Marriage and Family* déc 2008;70(5):1094-107
61. **Schoppe-Sullivan, S. J**
. Maternal Gatekeeping, Coparenting Quality, and Fathering Behavior in Families with Infants. *Journal of Family Psychology* 22(3): 389-398. doi:10.1037/0893-3200.22.3.389.
62. **McBride, B. A., & Rane, T. R.**
Parenting alliance as a predictor of father involvement: An exploratory study. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 47(3), 229-236
63. **Muayyad M. Ahmad, Jafar A. Alasad.**
Predictors of Patients' Experiences of Nursing Care in Medical-Surgical Wards. *International Journal of Nursing Practice* oct 2004;10(5):235-41
64. **Nguyen Thi, P. L., Briançon, S., Empereur, F., & Guillemin, F**
. Factors determining inpatient satisfaction with care. *Social Science & Medicine*, 54(4), 493-504. doi:10.1016/S0277-9536(01)00045-4
65. **Bertakis KD.**
The influence of gender on the doctor-patient interaction. *Patient Educ Couns.* sept 2009;76(3):356-60.
66. **Tsironi S, Koulterakis G.**
Factors affecting parents' satisfaction with pediatric wards. *Japan Journal Nursing Sci* avr 2019;16(2):212-20.
67. **Tates K, Meeuwesen L.**
'Let Mum have her say': turntaking in doctor-parent-child communication. *Patient Education and Counseling.* mai 2000;40(2):151-62.
68. **Hekkert, K. D.**
Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *Journal of Health Services Research & Policy*, 11(3), 197-204. doi:10.1258/135581906778198210
69. **Ygge BM, Arnetz JE.**
A study of parental involvement in pediatric hospital care: implications for clinical practice. *Journal of Pediatric Nursing.* 2004 Jun;19(3):217-23.

70. **Magaret, N. D., Clark, T. A., Warden, C. R., Magnusson, A. R., & Hedges, J. R.**
Patient satisfaction in the emergency department--a survey of pediatric patients and their parents.(2002). *Academic Emergency Medicine*, 9(12), 1379-1388.
<https://doi.org/10.1197/aemj.9.12.1379>
71. **Marino BL, Marino EK.**
Parents' report of children's hospital care: what it means for your practice. *Pediatr Nurs*. 2000;26(2):195-8.
72. **Matziou, V.**
Parents' satisfaction concerning their child's hospital care. *Japanese Journal of Nursing Science*.2011; 8(2), 163-173. doi:10.1111/j.1742-7924.2010.00171.x.
73. **Coyne, I.**
Families and health-care professionals' perspectives and expectations of family-centred care: hidden expectations and unclear roles. *Health Expectations*, 18(5), 796-808. doi:10.1111/hex.12104.
74. **Hemmelgarn AL, Glisson C, Dukes D.**
Emergency Room Culture and the Emotional Support Component of Family-Centered Care. *Children's Health Care* juin 200;30(2):93-110.
75. **Katz MG, Jacobson TA, Veledar E, Kripalani S**
Patient Literacy and Question-asking Behavior During the Medical Encounter:. *J GEN INTERN MED* 10 mai 2007;22(6):782-6.
76. **Roter DL.**
Patient Participation in the Patient-Provider Interaction: The Effects of Patient Question Asking on the Quality of Interaction, Satisfaction and Compliance. *Health Education Monographs*. déc 1977;5(4):281-315.
77. **Steinberg EM, Valenzuela-Araujo D, Zickafoose JS, Kieffer E, DeCamp LR.**
The "Battle" of Managing Language Barriers in Health Care. *Clin Pediatr (Phila)*. déc 2016 [;55(14):1318-27.

78. **Say R, Murtagh M, Thomson R.**
Patients' preference for involvement in medical decision making: A narrative review. *Patient Education and Counseling*. févr 2006;60(2):102-14.
79. **Söderbäck M, Christensson K.**
Care of hospitalized children in Mozambique: nurses' beliefs and practice regarding family involvement. *J Child Health Care*. mars 2007;11(1):53-69.
80. **Solà J. A.**
¿Ha aumentado la presencia de los padres durante los procedimientos invasivos en urgencias en los últimos años? *Anales de Pediatría*, 82(1), 6–11
81. **Tan M, Tan H, Büyükavci M, Karakelleoglu C.**
Parents' attitudes toward performance of lumbar puncture on their children. *J Pediatr*. mars 2004;144(3):400-2.
82. **Pérez Alonso, V., & Solà, J. A.**
Procedimientos invasivos en urgencias: ¿los familiares prefieren estar presentes? *Anales de Pediatría*, 82(1), 6–11. doi: 10.1016/j.anpedi.2008.10.017.
83. **Khan, K. A., & Weisman, S. J.**
Nonpharmacologic Pain Management Strategies in the Pediatric Emergency Department. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*, 8(4), 240–247. doi:10.1016/j.cpem.2007.08.008
84. **Powers KS, Rubenstein JS.**
Family presence during invasive procedures in the pediatric intensive care unit: a prospective study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. sept 1999;153(9):955-8.
85. **Lam LW, Chang AM, Morrissey J.**
Parents' experiences of participation in the care of hospitalised children: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* juill 2006;43(5):535-45. 4
86. **Laville, L., & Roch, L.**
L'impact de la présence des parents auprès de leur enfant lors des soins douloureux : Une revue de littérature étoffée. [Mémoire de Bachelor]. Haute École de Santé de Fribourg; 2013. 217 p
87. **González, G. S., Tomás, R. J., & Etxaniz, J. S.**
Family presence during pediatric emergency procedures: The perspectives of family and medical staff. *Emergencia*2010;22, 175–180

- 88. Potts, N. L., & Mandleco, B. L.**
Caring for Children and Their Families, International Edition. ISBN: 9781435486614
- 89. Khan KA, Weisman SJ.**
Nonpharmacologic Pain Management Strategies in the Pediatric Emergency Department. *Clinical Pediatric Emergency Medicine* déc 2007;8(4):240-7.
- 90. Henderson, D. P., & Knapp, J. F.**
Report of the National Consensus Conference on Family Presence During Pediatric Cardiopulmonary Resuscitation and Procedures. *Journal of Emergency Nursing* 2006,32(1), 23–29. doi: 10.1016/j.jen.2005.11.009
- 91. Kinsara, A. J.**
2000 Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, 102(8), 1–384.



قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف
والأحوال باذلة وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض
والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.
وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد،
للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.
وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرني، وأكون أختاً لكل زميل في المهنة
الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلايتي، نقيّة مما يشينها تجاه
الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد



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

أطروحة رقم 421

سنة 2024

استبيان حول انخراط الاباء في الرعاية الطبية بقسم طوارئ للأطفال

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2024/11/28

من طرف

الانسة حسناء ازداغ

المزودة في 06 ابريل 2000 بابتن جرير

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

انخراط الاباء- رعاية متمحورة حول الأسرة- القرار الطبي- التواصل-الرضا

اللجنة

الرئيس

المشرفة

الحكام

م. بو الروس

أستاذ في طب الاطفال

و. لحميني

أستاذة في طب الاطفال

ه. الباز

أستاذة في طب الاطفال

ل. بنعتر

أستاذة في طب جراحة الاعصاب

س. بلغميدي

أستاذة في طب وجراحة العيون

السيد

السيدة

السيدة

السيدة

السيدة

