

CONNAISSANCES ET PRATIQUES DES MÈRES DE LA RÉGION DE MONASTIR (TUNISIE) DEVANT LA FIEVRE DE L'ENFANT

MOTHER'S KNOWLEDGE AND PRACTICES IN THE REGION OF MONASTIR (TUNISIA) IN FRONT OF CHILDHOOD FEVER

M. S. SOLTANI ⁽¹⁾, I. SALLEM ⁽¹⁾, S. ELMHAMDI ⁽¹⁾, M. A. BOUSLAH ⁽²⁾, A. SRIHA ⁽¹⁾, K. BEN SALEM ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Département de Médecine Communautaire Faculté de médecine de Monastir.

⁽²⁾ Service régional des soins de santé de base, Monastir.

Correspondance :

Dr Soltani Mohamed Soussi.
Département de Médecine Communautaire
Faculté de Médecine de Monastir

Rue Avicenne. 5019 Monastir - Tunisie.
E-mail : mohamed.soltani@fmm.rnu.tn

Résumé

La fièvre, symptôme fréquent chez l'enfant, siège parmi les premières causes de morbidité infantile dans les pays en voie de développement.

En Tunisie, la fièvre constitue un motif fréquent de consultation ambulatoire et d'hospitalisation. Les connaissances et les pratiques des mères face à la fièvre conditionnent en grande partie son issue. Dans ce cadre, s'inscrit la présente étude qui vise à étudier les connaissances, attitudes et pratiques des mères devant la fièvre en vue de mettre en place des stratégies éducatives adaptées à la population concernée.

Il s'agit d'une étude descriptive transversale portant sur un ensemble de 491 mères ayant consulté aux centres de santé de base et les centres de protection maternelle et infantile de 9 délégations du gouvernorat de Monastir durant la période allant du 01/07/2006 au 15/09/2006.

Les résultats montrent que l'âge moyen des mères était de $28,5 \pm 5$ ans avec un niveau d'instruction moyen et socio-professionnel moyen.

Quatre vingt pourcent des mères définissent la fièvre à une température $\geq 38^\circ\text{C}$ et 97,35% connaissent au moins un signe de gravité (la convulsion est reconnue par 56,2% des mères). Par ailleurs, 82,7% savent mesurer la température rectale, 91,6% utilisent des moyens physiques et 88,2% ont recours aux antipyrétiques disponibles à domicile pour réduire la température.

Le recours au médecin, si la température baisse est l'attitude de 34,4% des mères. Les principaux déterminants des connaissances et des pratiques des mères sont l'instruction et la profession des deux parents ($p < 0,01$), le nombre d'enfants vivants et l'éducation sanitaire ($p < 0,05$).

Il ressort de cette étude que les connaissances des mères sont bonnes, mais beaucoup d'efforts doivent être déployés pour promouvoir les pratiques saines des mères.

Mots clés : Fièvre – connaissances et pratiques des mères – Sahel Tunisien

Summary :

Fever is a frequent infant symptom it is among the primary causes of infant's morbidity in developing countries. In Tunisia, fever constitutes a frequent motive for ambulatory consultation and hospitalization. Knowledge and practices of mother to face fever conditioning party its issue. In this regard this survey aims at studying knowledge ; attitudes and practices of mother facing fever in order to set up educational strategy adapted to the concerned population it is a descriptive cross study of 491 mothers who have consulted the centres of primary healthcare and centres of maternal and infantile protection of 9 delegations in the district of Monastir from 1st July up to 15 September 2006.

Results have demonstrated that the average age of mothers was $28,5 \pm 5$ years with a medium level of instruction and socio- professional. Among the questioned mothers, 80% define fever at a temperature $\geq 38^\circ\text{C}$ and 97.35% know at list one sign of gravity (convulsion is recognized by 56.2% of mothers).

82.7% know how to measure the rectal temperature, 91.6% use physical means and 88.2% resort to substances available at home to reduce temperature 34.3% of mothers have recourse to doctor, if temperature is diminished

Principals determining knowledge and practices of mothers are the instruction and profession of the parents ($p < 0.01$), the number of lived infants and health care education ($p < 0.05$),

We can deduce from the study that the knowledge of mothers is quite good. However many efforts are still required to promote the saint practices of mothers

Keys words : Fever – Mother's knowledge and practices – Tunisian Sahel

INTRODUCTION

La fièvre représente un symptôme capital pour la plupart des pathologies fréquentes de l'enfant et elle siège parmi les premières causes de morbidité infantile dans les pays en voie de développement. Si l'étiologie de la fièvre conditionne le pronostic. Elle représente en elle-même un inconfort pour l'enfant et peut être source de complications graves.

En Tunisie, la fièvre constitue un motif fréquent de consultation ambulatoire et d'hospitalisation. En effet, les connaissances et pratiques des mères face à la fièvre conditionnent leur prise en charge et leurs issues, d'où des informations de base sur les croyances, les connaissances et les pratiques des mères dans une communauté sont nécessaires pour la mise en place des messages préventifs et adaptés en médecine générale. C'est dans ce cadre que s'inscrit notre étude qui vise à étudier les connaissances, attitudes et pratiques des mères à propos de fièvre de l'enfant en vue de mettre en place des stratégies éducatives adaptées à la population concernée.

OBJECTIFS

- 1-Evaluer le niveau des connaissances et les principales pratiques des mères à propos d'un épisode fébrile (définition ; signes de gravité...).
- 2-Identifier les facteurs influençant les connaissances et les pratiques des mères.
- 3-Identifier Les insuffisances et lacunes des connaissances et pratiques des mères.
- 4-Proposer des mesures d'orientation et de correction des connaissances et pratiques des mères à entreprendre dans une stratégie éducative.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude descriptive, transversale et exhaustive rentrant dans le cadre du programme national de prise en charge intégrée de la mère et de l'enfant (PCIME), et portant sur un ensemble de mères (N = 491) ayant consulté à l'occasion de la vaccination de leurs enfants. (Il s'agit de la première prise de diphtérie, tétanos, coqueluche et poliomyélite à l'âge de 3 mois) durant la période allant du 1^{er} juillet 2006 au 15 septembre 2006 aux centres de santé de base (CSB) et des centres de protection materno-infantile (PMI) de 9 délégations du gouvernorat de Monastir, relevant des circonscriptions sanitaires incluses dans les zones pilotes du programme PCIME.

L'enquête se base sur un questionnaire préalablement testé et administré par le médecin aux mères des enfants. Les items explorés par le

questionnaire sont relatifs aux caractéristiques sociodémographiques des mères, leurs antécédents médicaux et obstétricaux, la participation à des thèmes d'éducation sanitaire et aux connaissances et pratiques des mères devant une fièvre (Définition de la fièvre, Comment connaître la fièvre ? signes de gravité, attitudes et pratiques devant la fièvre et sources d'information). Les données ont été analysées en utilisant les tests statistiques appropriés (chi carré et écart réduit) au seuil de signification de 5 %.

RESULTATS

1- Caractéristiques sociodémographiques de mères interrogées :

L'âge moyen des mères est de $28,8 \pm 5$ ans avec un niveau d'instruction moyen puisque 30,3% des mères n'ont pas dépassé le niveau primaire ; de même, un niveau socioprofessionnel moyen puisque 45,2% des mères sont au foyer et 34,4% sont des ouvrières.

Ces mères sont mariées à des hommes jeunes (âge moyen = $35,1 \pm 5,2$ ans), instruits dans 98,7% des cas et sont des ouvriers dans 61,5% des cas.

Plus de la moitié des mères ont deux ou trois enfants vivants (52,5%) et celles qui ont un seul enfant représentent 32,3% des mères.

2- Education sanitaire

Parmi les 491 mères de notre série, 73,7% ont reçu des séances d'éducation sanitaire (assurées par des médecins dans 65,5% des cas), soit au cours de la grossesse lors des consultations prénatales ou lors des visites médicales des enfants amenés au centre de santé à l'occasion de la vaccination, rentrant dans le cadre du PCIME.

Les principaux thèmes d'éducatons sanitaires suivies par les mères sont essentiellement l'alimentation chez la femme enceinte (60%), le suivi de la grossesse (40%) et le suivi postnatal de la mère et de l'enfant (39%).

3- Les connaissances des mères

Dans notre étude la présence de fièvre chez l'enfant est liée surtout à la prise de la température rectale (75,8%). Les différentes modalités de cette reconnaissance sont présentées dans la figure 1.

82,7% des mères savent mesurer la température rectale chez leur enfant, alors que près de 18% d'elles ne mesurent pas la température, en raison de la non disponibilité du thermomètre selon 64,7% de ces mères et la perception par le toucher que la fièvre n'est pas élevée, dans 10,6% des cas. Près de 80% des mères de notre série définissent la fièvre pour une température $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (tableau I).

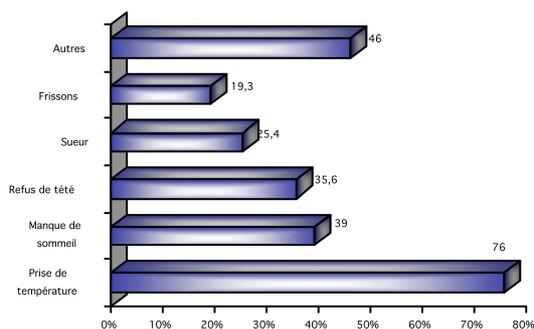


Figure 1 : Reconnaissance de la présence de fièvre chez l'enfant

Tableau I : Les complications de la fièvre rapportées par les mères

	Effectif	Pourcentage
Convulsion	276	56,2
Epilepsie	94	19,1
Retard psychomoteur	175	35,6
Déshydratation	163	33,2
Autres	67	13,6
Ne sait pas	13	2,6

Selon les mères, la principale source d'information est représentée par l'entourage (84,7%), suivi par le médecin (45,4%) alors que les mass médias constituent des faibles sources d'information (5,1%).

4- Attitudes et pratiques des mères

Avant d'avoir recours au médecin, 91,6% des mères utilisent différents moyens physiques qui sont les compresses humides dans 83% des cas, l'allègement des habits de l'enfant dans la moitié des cas, les bains tièdes (25%) et l'association de ces 3 moyens dans 30% des cas.

L'utilisation des antipyrétiques disponible à domicile était observée chez 88,2% des mères enquêtées. Parmi ces mères 48,3% utilisent l'association aspirine – paracétamol.

Le recours au médecin est l'attitude de 98,6% des mères, si la fièvre persiste ; et reste aussi l'attitude de 34,4% des mères, si la température de l'enfant baisse après l'utilisation de ces remèdes à domicile.

5-Déterminants des connaissances et pratiques des mères en rapport avec la fièvre

L'étude des principaux déterminants des connaissances des mères montre que l'âge de la mère, le niveau d'instruction et la profession des 2 parents ainsi que le nombre d'enfants vivants, influencent ces connaissances de façon statistiquement significative. En effet, ce sont les

femmes jeunes instruites et qui travaillent et celles ayant un mari instruit ou qui est cadre, connaissent mieux la définition de la fièvre que les autres, ainsi que celles ayant moins de 3 enfants vivants (tableau II).

L'éducation sanitaire ainsi que la profession de la mère ont été déterminantes pour les connaissances des mères des complications de la fièvre (tableau III).

Concernant les attitudes et pratiques des mères, on a trouvé que les mères qui ont plus de recours à l'automédication sont celles âgées de plus de 25 ans, celles qui sont instruites, celles qui travaillent, celles dont le mari est instruit et celles dont le mari est cadre ; par contre l'éducation sanitaire et le nombre d'enfants vivants ne semblent pas exercer d'effet sur l'automédication. Notant que la majorité des mères qu'elles soient éduquées ou pas ont fréquemment recours à l'automédication (tableau IV).

L'étude du recours au médecin, montre que le niveau d'instruction de la mère et du conjoint, la profession de la mère et du conjoint, ainsi que l'éducation sanitaire favorisent le recours au médecin même si la température baisse suite à l'utilisation d'un traitement à domicile ($p < 0,05$). Si la température reste élevée, presque toutes les mères consultent le médecin (tableau V).

DISCUSSION

En Tunisie d'après les statistiques hospitalières et ambulatoires actuelles, les infections respiratoires aiguës, les diarrhées et les fièvres constituent les motifs les plus fréquents de consultation et d'hospitalisation [15].

Le poids de cette morbidité, la prise en charge inappropriée et les risques de complications ont amené la Tunisie à adopter la prise en charge intégrée de ces maladies en l'étendant aux autres pathologies courantes de l'enfant et aux interventions préventives visant aussi bien la mère que l'enfant. Dans ce cadre, la direction des soins de santé de base (DSSB) a élaboré une série de modules servant d'outil pour les programmes de formation du personnel de santé en matière de prise en charge intégrée de la mère et de l'enfant : PCIME [14].

En effet, il est important d'apprendre aux mères, les signes évoquant une pathologie grave pour lesquels l'enfant doit consulter en urgence et les soins à entreprendre à domicile, ainsi que l'importance de l'adhésion au traitement, et de la consultation de suivi quand elle est nécessaire.

1-Les connaissances et pratiques des mères :

La fièvre représente un symptôme capital pour la plupart des pathologies fréquentes de l'enfant.

L'enquête MICS 2 [13] a rapporté que la fièvre constitue 83,2% des motifs de consultation infantile dans la région de Monastir et 86,1% à l'échelle nationale.

Les mères de notre série, Prennent la température rectale de leurs enfants dans 82,7% des cas pour confirmer et surveiller la fièvre dont 79,6% d'entre elles définissent la fièvre pour une température $\geq 38^{\circ}\text{C}$.

On a noté aussi que seulement 2,6% des mères enquêtées ne connaissent aucune complication de la fièvre alors que 56,2% d'elles considèrent que la convulsion représente sa principale complication.

Nos résultats sont proches de ceux rapportés par Yacoub [24] ($p \leq 0,03$) et Aboussad [1] ($p \leq 0,0001$) et sont similaires à ceux retrouvés par Grass [6], et Blumenthal [2] en Grande Bretagne. 91,6% des mères de notre série connaissent et utilisent les moyens physiques pour diminuer la température chez l'enfant fiévreux, la plupart d'entre elles utilisent les compresses humides (82,9%) alors que 52,8% des mères refroidissent l'enfant par des bains tièdes ou par la réduction de l'habillement de l'enfant dans 50,3% des cas.

Nos résultats sont proches de ceux trouvés par Grass. L [6] à Toulouse ($p = 0,5$), où 88,5% des parents utilisent les moyens physiques de réduction de la température et par Lynn k [8] en Pennsylvanie (USA).

Quand à l'utilisation des antipyrétiques et l'automédication, 88,2% des mères de notre série signalent qu'elles utilisent un ou plusieurs antipyrétiques et 48,3% d'elles utilisent une alternance du paracétamol et d'aspirine.

Moussa [16] a rapporté dans une étude faite dans la région de Monastir en 1997 auprès de 915 mères, que seulement 29% des mères utilisent certains antipyrétiques (aspirine ou paracétamol) ou des moyens physiques (linges humides) pour abaisser la température de l'enfant en cas de fièvre avant d'avoir recours au médecin.

L'automédication est aussi fréquente que dans notre série, en France [4, 22] et en USA [5, 12] ($p = 0,6$). Le paracétamol est plus utilisé que dans notre série, en Amérique [5, 12] en Inde [21] et en France [22] ($p < 0,001$), par contre c'est l'aspirine qui est le plus utilisé seul (75% des cas) au Maroc [1] ($p < 0,001$).

Plusieurs études ont évalué le paracétamol, associée ou non aux méthodes physiques, en comparaison au placebo sur une durée courte. Ces études ont montré une efficacité du paracétamol [22, 10].

Concernant le recours aux soins, nous avons constaté que 98,6% des mères de notre série amènent leurs enfants au médecin dès l'apparition de la fièvre et 34,4% d'elles trouvent qu'il est nécessaire de consulter le médecin même si la

température baisse après l'utilisation des moyens physiques ou des antipyrétiques, ce qui reflète l'existence d'une certaine phobie pour la fièvre.

Nos résultats sont plus faibles que ceux trouvés par Goldman [7] dans l'étude faite au Canada en 2004 où les mères consultent plus le médecin (46%), si la température baisse suite à l'utilisation des antipyrétiques à domicile.

Dans notre série, 84,4% des mères considèrent que l'entourage constitue la principale source d'informations concernant la fièvre. Le médecin intervient dans l'information de 45,4% des mères à l'occasion d'une consultation pour épisode similaire pour l'enfant alors que les mass media ne sont impliqués que dans 5,1% des cas.

Dans notre série le médecin est plus impliqué dans l'information des mères à propos de la fièvre qu'en Italie [19] ($p < 0,001$) où seulement 30% des informations sur fièvre sont tirés du médecin, alors qu'il est impliqué de façon similaire que dans l'étude faite en Israël [17].

2- Principaux facteurs influençant les connaissances et surtout les pratiques des mères :

En étudiant les facteurs influençant les connaissances des mères de la nécessité de mesurer et de surveiller la fièvre de l'enfant, ainsi que leurs connaissances de la bonne définition de la fièvre, il ressort que ceux-ci sont essentiellement corrélés au niveau d'instruction des deux parents ($p < 0,001$), à la profession des deux parents ($p \leq 0,001$) et au nombre d'enfants vivants ($p < 0,01$). En effet les mères qui travaillent sont plus exposées à l'information, les pères interviennent de plus en plus à la prise en charge de l'enfant d'où, ils sont impliqués indirectement en ce qui concerne les connaissances et pratiques des mères.

Notre travail a permis de noter aussi que les connaissances des mères de certaines complications de la fièvre sont essentiellement liées à la profession de la mère ($p < 0,05$).

L'âge de la mère a été démontré comme déterminant pour l'utilisation des moyens physiques de réduction de la température ainsi que, pour avoir recours à l'automédication en cas de fièvre ($p < 0,01$). En effet ce sont les femmes âgées de plus de 25 ans qui sont plus aptes à faire quelque chose pour l'enfant fiévreux avant de l'amener au médecin.

Le niveau d'instruction et la profession des deux parents déterminent le recours à l'automédication en cas de fièvre. En effet, ce sont les femmes instruites et qui travaillent, et celles dont le mari est instruit, qui ont plus recours à l'automédication ($p < 0,05$).

3- Identification de l'influence de l'éducation sanitaire offerte par l'équipe médicale :

73,7% des mères de notre série ont reçu des séances d'éducation sanitaire dont 39,3% était en rapport avec le suivi post natal de la mère et de l'enfant.

L'analyse statistique des déterminants des connaissances et des pratiques des mères, trouve que l'éducation sanitaire favorise les connaissances des risques de la fièvre ($p < 0,01$), cependant notre analyse des données n'a pas révélé de corrélations statistiquement significatives entre l'éducation sanitaire et la pratique de mesure de la température ainsi qu'avec l'utilisation des moyens physiques de réduction de la fièvre.

L'influence de l'éducation sanitaire sur les connaissances des mères à propos des fièvres et de l'utilisation des thermomètres et des antipyrétiques a été aussi démontré par de nombreuses études menés en USA en 1984 [13] et en 2001 [18], et en Australie en 2006 [23]. L'intérêt de l'éducation sanitaire dans l'amélioration des connaissances des mères de la définition de la fièvre et ses complications ainsi que sa prise en charge a été démontré par de nombreuses études menées en grande Bretagne [11], en Australie [23] et en Israël [20].

4- Identification des insuffisances dans les connaissances et pratiques des mères et proposition de corrections :

Les connaissances et pratiques des mères face à la fièvre paraissent satisfaisantes, puisqu'on a révélé une amélioration des connaissances et des

pratiques des mères par rapport aux études réalisées dans la même région et un niveau de connaissances et des pratiques satisfaisant par rapport à d'autres régions de la Tunisie ou d'autres pays du monde, cependant certaines insuffisances et lacunes ont pu être relevé dans cette étude tel que la phobie envers la fièvre en rapport avec une méconnaissance des origines et de la prise en charge adéquate de la fièvre, les lacunes dans l'éducation sanitaire au niveau des CSB et la faible implication des mass médias qui n'étaient cités comme source d'information pour la fièvre que dans 5% des cas.

Pour pouvoir améliorer les connaissances des mères et leurs pratiques, il faut offrir à ces mères cibles de l'éducation sanitaire avec des messages appropriés, par une source apte à cette tâche et à des moments sensibles (lors d'une hospitalisation, ou d'une vaccination...). Des messages éducatifs destinés à toutes les mères, surtout celles qui sont au foyer et ayant un bas niveau d'instruction, mais aussi aux pères, qui sont impliqués indirectement dans la prise en charge de l'enfant, sont nécessaires.

CONCLUSION

Il ressort de cette étude que, les connaissances des mères sont satisfaisantes mais beaucoup d'efforts doivent être déployés, pour promouvoir leurs pratiques à travers la formation continue du personnel médical et paramédical et l'implication des mass médias dans la diffusion de l'information.

Tableau II : Les déterminants de la connaissance de la bonne définition de la fièvre

Variables	Connaissent		Ne connaissent pas		Total	Signification (p)
	Effectif	(%)	Effectif			
Age de la mère en années						
- 16-24	85	(81,7)	19		104	
- 25-35	271	(81,6)	61		332	
- 36 et plus	35	(67,3)	17		52	< 0,05
Niveau d'instruction de la mère						
- Femmes non instruites	10	(62,5)	6		16	
- Femmes instruites	381	(80,7)	91		472	< 0,0001
Profession de la mère						
- Femmes au foyer	165	(74,3)	57		222	
- Femmes qui travaillent	226	(85,0)	40		266	< 0,001
Niveau d'instruction du mari						
- instruit	389	(81,0)	91		480	
- Non instruit	2	(25,0)	6		8	< 0,0001
Profession du mari						
- Ouvrier	223	(74,1)	78		301	
- Cadre et autres	168	(89,9)	19		187	< 0,0001
Nombre d'enfants vivants						
- 1 enfant vivant	122	(78,7)	33		155	
- 2-3 enfants vivants	217	(84,1)	41		258	
- 4 enfants vivants et plus	52	(69,3)	23		75	< 0,011
Education sanitaire						
- Oui	305	(81,8)	68		373	NS
- Non	86	(74,8)	29		115	

Tableau III : Les déterminants de la connaissance de la gravité de la fièvre

Variables	Connaissent un seul risque		Connaissent 2 risques ou plus		Ne connaissent pas	Total	Signification (p)
	Effectif	(%)	Effectif	(%)	Effectif		
Age de la mère en années							
- 16-24	61	(58,1)	42	(40)	2	105	NS
- 25-35	178	(53,3)	148	(44,3)	8	334	
- 36 et plus	25	(48,1)	24	(46)	3	52	
Niveau d'instruction de la mère							
- Femmes non instruites	8	(50)	7	(43,7)	1	16	NS
- Femmes instruites	256	(53,9)	207	(43,6)	12	475	
Profession de la mère							
- Femmes au foyer	126	(56,7)	87	(39,2)	9	222	< 0,016
- Femmes qui travaillent	138	(51,3)	127	(47,2)	4	269	
Niveau d'instruction du mari							
- instruit	260	(53,8)	211	(43,7)	12	483	NS
- Non instruit	4	(50)	3	(37,5)	1	8	
Profession du mari							
- Ouvrier	177	(58,4)	118	(38,9)	8	303	NS
- Cadre et autres	87	(46,2)	96	(51)	5	188	
Nombre d'enfants vivants							
- 1 enfant vivant	89	(56,3)	62	(39,2)	7	158	NS
- 2-3 enfants vivants	131	(50,7)	121	(46,9)	6	258	
- 4 enfants vivants et plus	44	(58,6)	31	(41,3)	0	75	
Education sanitaire							
- Oui	199	(53,1)	171	(45,6)	5	375	< 0,003
- Non	65	(56)	43	(37)	8	116	

Tableau IV : Les déterminants de l'automédication en cas de fièvre

Variables	Recours à l'automédication		Pas de recours à l'automédication		Total	Signification (p)
	Effectif	%	Effectif	%		
Age de la mère en années						
- 16-24	84	80	21	20	105	
- 25-35	302	90,4	32	9,6	334	
- 36 et plus	47	90,4	5	9,6	52	< 0,014
Niveau d'instruction de la mère						
- Femmes non instruites	10	62,5	6		16	
- Femmes instruites	423	89	52		475	< 0,0001
Profession de la mère						
- Femmes au foyer	189	85	33		222	
- Femmes qui travaillent	244	90,7	25		269	< 0,02
Niveau d'instruction du mari						
- instruit	426	88,2	57		483	
- Non instruit	7	87,5	1		8	< 0,001
Profession du mari						
- Ouvrier	253	83,5	50		303	
- Cadre et autres	180	95,7	8		188	< 0,0001
Nombre d'enfants vivants						
- 1 enfant vivant	135	85,4	23		158	
- 2-3 enfants vivants	231	89,5	27		258	NS
- 4 enfants vivants et plus	67	89,3	8		75	
Education sanitaire						
- Oui	325	86,7	50		375	NS
- Non	108	93	8		116	

Tableau V : Les déterminants du recours au médecin en cas fièvre

Variables	Recours au médecin même si la T° baisse après traitement à domicile				Consultent après surveillance à domicile et si la T° reste élevée			
	Effectif	%	Total	P	Effectif	%	Total	P
Age de la mère en années								
- 16-24	32	(30,5)	105	NS	102	(97,1)	105	NS
- 25-35	120	(35,9)	334		331	(99,1)	334	
- 36 et plus	17	(32,7)	52		51	(98,1)	52	
Niveau d'instruction de la mère								
- Femmes non instruites	8	(50)	16	< 0,001	16	(100)	16	NS
- Femmes instruites	161	(33,9)	475		468	(98,5)	475	
Profession de la mère								
- Femmes au foyer	63	(28,4)	222	< 0,000	218	(98,2)	222	NS
- Femmes qui travaillent	106	(39,4)	269		266	(98,9)	269	
Niveau d'instruction du mari								
- instruit	167	(34,6)	483	< 0,002	476	(98,5)	483	NS
- Non instruit	2	(25)	8		8	(10)	8	
Profession du mari								
- Ouvrier	86	(28,4)	303	< 0,02	298	(98,3)	303	NS
- Cadre et autres	83	(44,1)	188		186	(98,9)	188	
Nombre d'enfants vivants								
- 1 enfant vivant	55	(34,8)	158	NS	155	(98,1)	158	NS
- 2-3 enfants vivants	91	(57,6)	258		256	(99,2)	258	
- 4 enfants vivants et plus	23	(30,6)	75		73	(97,3)	75	
Education sanitaire								
- Oui	147	(39,2)	375	< 0,000	370	(98,7)	375	NS
- Non	22	(19)	116		114	(98,3)	116	

REFERENCES

- 1- Aboussad A., Slaoui B., Mahmal A. Prise en charge de la fièvre chez l'enfant. Enquête auprès des mères. *J Pédiat et Puéricul* 1997 ; 10 : 173-5.
- 2-Blumenthal I. What parents think of fever? *Fam Pract* 1998 ; 15 : 513-8.
- 3-Casey R., Mc Mahon F., Mc Cormack MC.et all. Fever therapy: an educational intervention for parents. *Pediatrics* 1984 ; 73(5): 600-5.
- 4- Charkaluk. M.L., Kalach N., El Kohen. Utilisation familiale de l'ibuprofène, chez l'enfant fébrile : une étude prospective aux urgences d'un hôpital Lillois. *Arch Pédiatr* 2005 ; 12 : 1209-14.
- 5-Crocetti M., Moghbeli N., and Serwint J. Fever phobia revisited: Have Parental Misconceptions About fever changed in 20 years? *Pediatrics* 2001; 107 (6) : 1241-6.
- 6- Grass L., Claudet I., Oustric S., Bros B. Connaissances et attitudes des parents face à la fièvre de l'enfant de moins de 6 ans. *Rev Prat - Médecine générale* 2005 ; 19 (686-687) : 381-4.
- 7- Goldman RD., Sclnik D. Under dosing of acetaminophen by parents and emergency department utilization. *Pediatr Emerg Care* 2004 ; 20(2): 89-93.
- 8- Kelly L., Morin K., and Young D. Improving caretakers' Knowledge of fever management in preschool children: Is it possible? *J Pediatric Health Care* 1996 ; 10 (4) : 167-73.
- 9- Kurugol N. Z., Tutuncuoglu S., Tekgul H. The family attitudes towards febrile convulsions. *Indian J Pediatr* 1995 ; 62 (1) : 69-75.
- 10- Kramer MS., Naimark LE., Roberts-Brauer R., McDougall A., Leduc DG. Risks and benefits of paracetamol antipyresis in young children with fever of presumed viral origin. *Lancet* 1991 ; 337 : 591-4.
- 11- Marion E., Broom PH. A study of parent /grand parent education of managing a febrile illness using the CALM approach. *J Pediatr Health Care* 2003 ; 17 : 176-83.
- 12- Mcerlean M A., Bartfield J M., Kennedy D A., et al. Home antipyretic use in children brought to the emergency department. *Pediatr Emerg Care* 2001 ; 17 (4) : 249-51.
- 13- Ministère Tunisien de la Santé Publique, Direction des soins de Santé de base. Enquête nationale sur la santé et le bien-être de la mère et de l'enfant , « Mics 2, 2000 ».
- 14- Ministère de la Santé Publique, Direction des Soins de santé de base. Conseiller la mère. Prise en charge intégrée de la mère et de l'enfant, adaptation tunisienne 2001.
- 15- Ministère de la Santé Publique, Direction des soins de Santé de base. Prise en charge intégrée de la mère et de l'enfant, Introduction 2000.
- 16- Moussa. A. Education sanitaire en périnatalité : évaluation des connaissances des mères en rapport avec les soins préventifs de l'enfant. Thèse de Doctorat en Médecine, Faculté de Monastir, 1997 ; N° 460.
- 17- Nehama Linder M.D., Les sirota MD., Amir Snapir MD., et All. Parental Knowledge of the treatment of fever in children. *IMA J* 1999 ; 1 : 158-60.
- 18- O'neil-Murphy.K., Liebman M., Barnsteiner.J.H. Fever education : does it reduce parent fever anxiety? *Pediatr Emerg Care* 2001 ; 17(1): 47-51.
- 19- Piero Impicciator MD., Simona N., Pharm D., Impicciator P., Pandolfini C. Mother's Knowledge of attitudes and management towards fever in preschool children in Italy. *Preventive Medicine* 1998 ; 27 : 268-73.
- 20- Sarrell M., Ernesto K. Impact of single-session education programme on parental knowledge of childhood fever. *Patient education and counselling* 2003 ; 51(1) : 59-63.
- 21- Singhi S., Pardmini P., Sood V. Urban parent's understanding of fever in children: its dangers, and treatment practices. *Indian Pediatr* 1991; 28(5) : 501-5.
- 22- Stagnara J., Vermont J., Dün F., et All. L'attitude des parents face à la fièvre de leurs enfants, une enquête transversale des résidents de l'agglomération lyonnaise (202 cas). *Presse Med* 2005 ; 34 : 1129-36.
- 23- Walsh A., Edwards H. Management of childhood fever by parents : litterature review. *J. Nurs* 2006 ; 54(2) : 217-27.
- 24- Yacoub E., Yacoub L., Khlaifi. S. La fièvre de l'enfant : qu'en savent les mères ? *Maghreb Med* 1997 ; 319 : 45-7.