

Année 2026

Thèse N° 028

Enquête sur les perceptions et les attitudes des parents face à la fièvre de leurs enfants à SAFI

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 12/01/2026

PAR

Mlle. Hakima DRIOUCH

Née le 19 juillet 1999 à SAFI

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS :

Fièvre – Enfant – Parents – Connaissances – Attitudes – SAFI

JURY

Mme N.SORAA

Professeur Microbiologie-virologie

PRÉSIDENTE

Mr. M.BOURROUS

Professeur de Pédiatrie

RAPPORTEUR

Mme. W.LAHMINI

Professeur de Pédiatrie

Mr N.RADA

Professeur de Pédiatrie

Mme. S.YANISSE

Professeur de pharmacie galénique

JUGES



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

اللَّهُ لَا إِلَهَ إِلَّا هُوَ الْحَيُّ الْقَيُّومُ

لَا تَأْخُذُهُ سِنَةٌ وَلَا نَوْمٌ

لَهُ مَا فِي السَّمَوَاتِ وَمَا فِي الْأَرْضِ

مَنْ ذَا الَّذِي يَشْفَعُ عِنْدَهُ إِلَّا بِإِذْنِهِ

يَعْلَمُ مَا بَيْنَ أَيْدِيهِمْ وَمَا خَلْفَهُمْ

وَلَا يُحِيطُونَ بِشَيْءٍ مِنْ عِلْمِهِ إِلَّا بِمَا شَاءَ

وَسِعَ كُرْسِيُّهُ السَّمَوَاتِ وَالْأَرْضَ

وَلَا يَئُودُهُ حِفْظُهُمَا وَهُوَ الْعَلِيُّ الْعَظِيمُ ﴿٢٥٦﴾



يؤتي الحكمة من يشاء ومن يؤت الحكمة فقد أوتي خيرا كثيرا



سورة البقرة : الآية ٢٦٩

« Dieu accorde la sagesse à qui Il veut, et celui à qui la sagesse est accordée a certes reçu un immense bien. »



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	Spécialités
01	ZOUHAIR Said (Doyen)	P.E.S	Microbiologie
02	CHOULLI Mohamed Khaled	P.E.S	Neuro pharmacologie
03	BOUSKRAOUI Mohammed	P.E.S	Pédiatrie
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	MOUTAOOUAKIL 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	OULAD SAIAD Mohamed	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
28	DAHAMI Zakaria	P.E.S	Urologie
29	EL HATTAOUI Mustapha	P.E.S	Cardiologie
30	AMINE Mohamed	P.E.S	Epidémiologie clinique
31	EL ADIB Ahmed Rhassane	P.E.S	Anesthésie-réanimation
32	ELFIKRI Abdelghani	P.E.S	Radiologie
33	ARSALANE Lamiae	P.E.S	Microbiologie-virologie
34	KAMILI El Ouafi El Aouni	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
35	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	P.E.S	Pédiatrie (Néonatalogie)
36	MATRANE Aboubakr	P.E.S	Médecine nucléaire
37	ADMOU Brahim	P.E.S	Immunologie
38	CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	P.E.S	Radiologie
39	MANOUDI Fatiha	P.E.S	Psychiatrie
40	BOURROUS Monir	P.E.S	Pédiatrie
41	TASSI Noura	P.E.S	Maladies infectieuses
42	NEJMI Hicham	P.E.S	Anesthésie-réanimation
43	LAOUAD Inass	P.E.S	Néphrologie
44	FOURAIJI Karima	P.E.S	Chirurgie
45	BOUKHIRA Abderrahman	P.E.S	Biochimie-chimie
46	KHALLOUKI Mohammed	P.E.S	Anesthésie-réanimation
47	BSISS Mohammed Aziz	P.E.S	Biophysique
48	EL OMRANI Abdelhamid	P.E.S	Radiothérapie
49	SORAA Nabila	P.E.S	Microbiologie-virologie

50	KHOUCHANI Mouna	P.E.S	Radiothérapie
51	JALAL Hicham	P.E.S	Radiologie
52	EL ANSARI Nawal	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
53	AMRO Lamyae	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
54	OUALI IDRISSE Mariem	P.E.S	Radiologie
55	ZAHLANE Mouna	P.E.S	Médecine interne
56	BENJILALI Laila	P.E.S	Médecine interne
57	NARJIS Youssef	P.E.S	Chirurgie générale
58	RABBANI Khalid	P.E.S	Chirurgie générale
59	SAMLANI Zouhour	P.E.S	Gastro-entérologie
60	LAGHMARI Mehdi	P.E.S	Neurochirurgie
61	ABOUSSAIR Nisrine	P.E.S	Génétique
62	BENCHAMKHA Yassine	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
63	CHAFIK Rachid	P.E.S	Traumato-orthopédie
64	ABKARI Imad	P.E.S	Traumato-orthopédie
65	EL BOUIHI Mohamed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
66	LAKMICHI Mohamed Amine	P.E.S	Urologie
67	AGHOUTANE El Mouhtadi	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
68	HOCAR Ouafa	P.E.S	Dermatologie
69	EL KARIMI Saloua	P.E.S	Cardiologie
70	EL BOUCHTI Imane	P.E.S	Rhumatologie
71	QAMOUISS Youssef	P.E.S	Anesthésie réanimation
72	ZYANI Mohammad	P.E.S	Médecine interne
73	QACIF Hassan	P.E.S	Médecine interne
74	BEN DRISS Laila	P.E.S	Cardiologie
75	MOUFID Kamal	P.E.S	Urologie
76	EL BARNI Rachid	P.E.S	Chirurgie générale
77	KRIET Mohamed	P.E.S	Ophtalmologie
78	BOUCHENTOUF Rachid	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
79	ABOUCHADI Abdeljalil	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
80	BASRAOUI Dounia	P.E.S	Radiologie
81	RAIS Hanane	P.E.S	Anatomie Pathologique
82	BELKHOU Ahlam	P.E.S	Rhumatologie

83	ZAOUI Sanaa	P.E.S	Pharmacologie
84	MSOUGAR Yassine	P.E.S	Chirurgie thoracique
85	EL MGHARI TABIB Ghizlane	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
86	DRAISS Ghizlane	P.E.S	Pédiatrie
87	EL IDRISSI SLITINE Nadia	P.E.S	Pédiatrie
88	RADA Noureddine	P.E.S	Pédiatrie
89	BOURRAHOUAT Aicha	P.E.S	Pédiatrie
90	MOUAFFAK Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
91	ZIADI Amra	P.E.S	Anesthésie-réanimation
92	ANIBA Khalid	P.E.S	Neurochirurgie
93	TAZI Mohamed Illias	P.E.S	Hématologie clinique
94	ROCHDI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
95	FADILI Wafaa	P.E.S	Néphrologie
96	ADALI Imane	P.E.S	Psychiatrie
97	ZAHLANE Kawtar	P.E.S	Microbiologie- virologie
98	LOUHAB Nisrine	P.E.S	Neurologie
99	HAROU Karam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
100	BOUKHANNI Lahcen	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
101	FAKHIR Bouchra	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
102	BENHIMA Mohamed Amine	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
103	HACHIMI Abdelhamid	P.E.S	Réanimation médicale
104	EL KHAYARI Mina	P.E.S	Réanimation médicale
105	AISSAOUI Younes	P.E.S	Anesthésie-réanimation
106	BAIZRI Hicham	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
107	ATMANE El Mehdi	P.E.S	Radiologie
108	EL AMRANI Moulay Driss	P.E.S	Anatomie
109	BELBARAKA Rhizlane	P.E.S	Oncologie médicale
110	ALJ Soumaya	P.E.S	Radiologie
111	OUBAHA Sofia	P.E.S	Physiologie
112	EL HAOUATI Rachid	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
113	BENALI Abdeslam	P.E.S	Psychiatrie
114	MLIHA TOUATI Mohammed	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
115	MARGAD Omar	P.E.S	Traumatologie-orthopédie

116	KADDOURI Said	P.E.S	Médecine interne
117	ZEMRAOUI Nadir	P.E.S	Néphrologie
118	EL KHADER Ahmed	P.E.S	Chirurgie générale
119	DAROUASSI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
120	BENJELLOUN HARZIMI Amine	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
121	FAKHRI Anass	P.E.S	Histologie-embyologie cytogénétique
122	SALAMA Tarik	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
123	CHRAA Mohamed	P.E.S	Physiologie
124	ZARROUKI Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
125	AIT BATAHAR Salma	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
126	ADARMOUCH Latifa	P.E.S	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
127	BELBACHIR Anass	P.E.S	Anatomie pathologique
128	HAZMIRI Fatima Ezzahra	P.E.S	Histologie-embyologie cytogénétique
129	EL KAMOUNI Youssef	P.E.S	Microbiologie-virologie
130	EL MEZOUARI El Mostafa	P.E.S	Parasitologie mycologie
131	SERGHINI Issam	P.E.S	Anesthésie-réanimation
132	ABIR Badreddine	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
133	GHAZI Mirieme	P.E.S	Rhumatologie
134	ZIDANE Moulay Abdelfettah	P.E.S	Chirurgie thoracique
135	LAHKIM Mohammed	P.E.S	Chirurgie générale
136	MOUHSINE Abdelilah	P.E.S	Radiologie
137	TOURABI Khalid	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
138	ARABI Hafid	P.E.S	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
139	BELHADJ Ayoub	P.E.S	Anesthésie-réanimation
140	BOUZERDA Abdelmajid	P.E.S	Cardiologie
141	ABDELFETTAH Youness	P.E.S	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle
142	REBAHI Houssam	P.E.S	Anesthésie-réanimation
143	BENNAOUI Fatiha	P.E.S	Pédiatrie
144	ZOUIZRA Zahira	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
145	SEBBANI Majda	P.E.S	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
146	FENANE Hicham	Pr Ag	Chirurgie thoracique

147	ABDOU Abdessamad	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
148	HAMMOUNE Nabil	P.E.S	Radiologie
149	ESSADI Ismail	P.E.S	Oncologie médicale
150	ALJALIL Abdelfattah	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
151	LAFFINTI Mahmoud Amine	P.E.S	Psychiatrie
152	RHARRASSI Issam	P.E.S	Anatomie-pathologique
153	ASSERRAJI Mohammed	P.E.S	Néphrologie
154	JANAH Hicham	P.E.S	Pneumo-phthisiologie
155	NASSIM SABAH Taoufik	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
156	ELBAZ Meriem	P.E.S	Pédiatrie
157	SEDDIKI Rachid	P.E.S	Anesthésie-réanimation
158	BELGHMAIDI Sarah	Pr Ag	Ophtalmologie
159	GEBRATI Lhoucine	MC Hab	Chimie
160	FDIL Naima	MC Hab	Chimie de coordination bio-organique
161	LOQMAN Souad	MC Hab	Microbiologie et Toxicologie
162	BAALLAL Hassan	Pr Ag	Neurochirurgie
163	BELFQUIH Hatim	Pr Ag	Neurochirurgie
164	AKKA Rachid	Pr Ag	Gastro-entérologie
165	BABA Hicham	Pr Ag	Chirurgie générale
166	MAOUJOUD Omar	Pr Ag	Néphrologie
167	SIRBOU Rachid	Pr Ag	Médecine d'urgence et de catastrophe
168	DAMI Abdallah	Pr Ag	Médecine Légale
169	AZIZ Zakaria	Pr Ag	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
170	ELOUARDI Youssef	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
171	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Pr Ag	Hématologie clinique
172	NASSIH Houda	Pr Ag	Pédiatrie
173	LAHMINI Widad	Pr Ag	Pédiatrie
174	BENANTAR Lamia	Pr Ag	Neurochirurgie
175	EL FADLI Mohammed	Pr Ag	Oncologie médicale
176	AIT ERRAMI Adil	Pr Ag	Gastro-entérologie
177	CHETTATI Mariam	Pr Ag	Néphrologie
178	BOUTAKIOUTE Badr	Pr Ag	Radiologie
179	SAYAGH Sanae	Pr Ag	Hématologie

180	EL FAKIRI Karima	Pr Ag	Pédiatrie
181	EL FILALI Oualid	Pr Ag	Chirurgie Vasculaire périphérique
182	EL- AKHIRI Mohammed	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
183	HAJJI Fouad	Pr Ag	Urologie
184	JALLAL Hamid	Pr Ag	Cardiologie
185	ZBITOU Mohamed Anas	Pr Ag	Cardiologie
186	RAISSI Abderrahim	Pr Ag	Hématologie clinique
187	EL HAKKOUNI Awatif	Pr Ag	Parasitologie mycologie
188	ACHKOUN Abdessalam	Pr Ag	Anatomie
189	DARFAOUI Mouna	Pr Ag	Radiothérapie
190	EL-QADIRY Rabiy	Pr Ag	Pédiatrie
191	ELJAMILI Mohammed	Pr Ag	Cardiologie
192	HAMRI Asma	Pr Ag	Chirurgie Générale
193	ELATIQI Oumkeltoum	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
194	BENZALIM Meriam	Pr Ag	Radiologie
195	ABOULMAKARIM Siham	Pr Ag	Biochimie
196	LAMRANI HANCHI Asmae	Pr Ag	Microbiologie-virologie
197	HAJHOUI Farouk	Pr Ag	Neurochirurgie
198	EL KHASSOUI Amine	Pr Ag	Chirurgie pédiatrique
199	CHAHBI Zakaria	Pr Ag	Maladies infectieuses
200	MEFTAH Azzelarab	Pr Ag	Endocrinologie et maladies métaboliques
201	BELLASRI Salah	Pr Ag	Radiologie
202	ATMANI Nouredine	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
203	AABBASSI Bouchra	Pr Ag	Pédopsychiatrie
204	DOUIREK Fouzia	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
205	SAHRAOUI Houssam Eddine	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
206	RHEZALI Manal	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
207	ABALLA Najoua	Pr Ag	Chirurgie pédiatrique
208	MOUGUI Ahmed	Pr Ag	Rhumatologie
209	ZOUITA Btissam	Pr Ag	Radiologie
210	HAZIME Raja	Pr Ag	Immunologie
211	SALLAHI Hicham	Pr Ag	Traumatologie-orthopédie
212	BENCHAFAI Ilias	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie

213	EL JADI Hamza	Pr Ag	Endocrinologie et maladies métaboliques
214	AZAMI Mohamed Amine	Pr Ag	Anatomie pathologique
215	FASSI FIHRI Mohamed jawad	Pr Ag	Chirurgie générale
216	AMINE Abdellah	Pr Ag	Cardiologie
217	CHETOUI Abdelkhalek	Pr Ag	Cardiologie
218	ROUKHSI Redouane	Pr Ag	Radiologie
219	ARROB Adil	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
220	MOULINE Souhail	Pr Ag	Microbiologie–virologie
221	AZIZI Mounia	Pr Ag	Néphrologie
222	BOUHAMIDI Ahmed	Pr Ag	Dermatologie
223	YANISSE Siham	Pr Ag	Pharmacie galénique
224	KHALLIKANE Said	Pr Ag	Anesthésie–réanimation
225	ZIRAOUI Oualid	Pr Ag	Chimie thérapeutique
226	IDALENE Malika	Pr Ag	Maladies infectieuses
227	LACHHAB Zineb	Pr Ag	Pharmacognosie
228	ABOUDOURIB Maryem	Pr Ag	Dermatologie
229	AHBALA Tariq	Pr Ag	Chirurgie générale
230	EL AOUAME Amal	Pr Ag	Orthodontie et orthopédie dento–faciale
231	WARDA Karima	MCHab	Microbiologie
232	SBAI Asma	MCHab	Informatique
233	ABISSY Meriem	MC	Microbiologie
234	SLIOUI Badr	MC	Radiologie
235	CHEGGOUR Mouna	MC	Biochimie
236	BELARBI Marouane	MC	Néphrologie
237	EL AMIRI My Ahmed	MC	Chimie de Coordination bio–organique
238	LALAOUI Abdessamad	MC	Pédiatrie
239	ESSAFTI Meryem	MC	Anesthésie–réanimation
240	RACHIDI Hind	MC	Anatomie pathologique
241	FIKRI Oussama	MC	Pneumo–phtisiologie
242	EL HAMDAOUI Omar	MC	Toxicologie
243	EL HAJJAMI Ayoub	MC	Radiologie
244	BOUMEDIANE El Mehdi	MC	Traumato–orthopédie
245	RAFI Sana	MC	Endocrinologie et maladies métaboliques

246	JEBRANE Ilham	MC	Pharmacologie
247	LAKHDAR Youssef	MC	Oto-rhino-laryngologie
248	LGHABI Majida	MC	Médecine du Travail
249	AIT LHAJ El Houssaine	MC	Ophtalmologie
250	RAMRAOUI Mohammed-Es-said	MC	Chirurgie générale
251	EL MOUHAFID Faisal	MC	Chirurgie générale
252	AHMANN Hussein-choukri	MC	Radiologie
253	AIT M'BAREK Yassine	MC	Neurochirurgie
254	ELMASRIOUI Joumana	MC	Physiologie
255	FOURA Salma	MC	Chirurgie pédiatrique
256	LASRI Najat	MC	Hématologie clinique
257	BOUKTIB Youssef	MC	Radiologie
258	MOUROUTH Hanane	MC	Anesthésie-réanimation
259	BOUZID Fatima zahrae	MC	Génétique
260	MRHAR Soumia	MC	Pédiatrie
261	QUIDDI Wafa	MC	Hématologie
262	BEN HOUMICH Taoufik	MC	Microbiologie-virologie
263	FETOUI Imane	MC	Pédiatrie
264	FATH EL KHIR Yassine	MC	Traumato-orthopédie
265	NASSIRI Mohamed	MC	Traumato-orthopédie
266	AIT-DRISS Wiam	MC	Maladies infectieuses
267	AIT YAHYA Abdelkarim	MC	Cardiologie
268	DIANI Abdelwahed	MC	Radiologie
269	AIT BELAID Wafae	MC	Chirurgie générale
270	ZTATI Mohamed	MC	Cardiologie
271	HAMOUCHE Nabil	MC	Néphrologie
272	ELMARDOULI Mouhcine	MC	Chirurgie Cardio-vasculaire
273	BENNIS Lamiae	MC	Anesthésie-réanimation
274	BENDAOUD Layla	MC	Dermatologie
275	HABBAB Adil	MC	Chirurgie générale
276	CHATAR Achraf	MC	Urologie
277	OUMGHAR Nezha	MC	Biophysique
278	HOUMAIID Hanane	MC	Gynécologie-obstétrique

279	YOUSFI Jaouad	MC	Gériatrie
280	NACIR Oussama	MC	Gastro-entérologie
281	BABACHEIKH Safia	MC	Gynécologie-obstétrique
282	ABDOURAFIQ Hasna	MC	Anatomie
283	TAMOUR Hicham	MC	Anatomie
284	IRAQI HOUSSAINI Kawtar	MC	Gynécologie-obstétrique
285	EL FAHIRI Fatima Zahrae	MC	Psychiatrie
286	BOUKIND Samira	MC	Anatomie
287	LOUKHNATI Mehdi	MC	Hématologie clinique
288	ZAHROU Farid	MC	Neurochirurgie
289	MAAROUFI Fathillah Elkarim	MC	Chirurgie générale
290	EL MOUSSAOUI Soufiane	MC	Pédiatrie
291	BARKICHE Samir	MC	Radiothérapie
292	ABI EL AALA Khalid	MC	Pédiatrie
293	AFANI Leila	MC	Oncologie médicale
294	EL MOULOUA Ahmed	MC	Chirurgie pédiatrique
295	LAGRINE Mariam	MC	Pédiatrie
296	DAFIR Kenza	MC	Génétique
297	CHERKAOUI RHAZOUANI Oussama	MC	Neurologie
298	ABAINOU Lahoussaine	MC	Endocrinologie et maladies métaboliques
299	BENCHANNA Rachid	MC	Pneumo-phtisiologie
300	EL GUAZZAR Ahmed (Militaire)	MC	Chirurgie générale
301	OULGHOUL Omar	MC	Oto-rhino-laryngologie
302	AMOCH Abdelaziz	MC	Urologie
303	ZAHLAN Safaa	MC	Neurologie
304	EL MAHFOUDI Aziz	MC	Gynécologie-obstétrique
305	CHEHBOUNI Mohamed	MC	Oto-rhino-laryngologie
306	LAIRANI Fatima ezzahra	MC	Gastro-entérologie
307	SAADI Khadija	MC	Pédiatrie
308	TITOU Hicham	MC	Dermatologie
309	EL GHOUL Naoufal	MC	Traumato-orthopédie
310	BAHI Mohammed	MC	Anesthésie-réanimation
311	RAITEB Mohammed	MC	Maladies infectieuses

312	DREF Maria	MC	Anatomie pathologique
313	ENNACIRI Zainab	MC	Psychiatrie
314	BOUSSAIDANE Mohammed	MC	Traumato-orthopédie
315	JENDOUI Omar	MC	Urologie
316	MANSOURI Maria	MC	Génétique
317	ERRIFAIY Hayate	MC	Anesthésie-réanimation
318	BOUKOUB Naila	MC	Anesthésie-réanimation
319	OUACHAOU Jamal	MC	Anesthésie-réanimation
320	EL FARGANI Rania	MC	Maladies infectieuses
321	IJIM Mohamed	MC	Pneumo-phtisiologie
322	AKANOUR Adil	MC	Psychiatrie
323	ELHANAFI Fatima Ezzohra	MC	Pédiatrie
324	MERBOUH Manal	MC	Anesthésie-réanimation
325	BOUROUMANE Mohamed Rida	MC	Anatomie
326	IJDDA Sara	MC	Endocrinologie et maladies métaboliques
327	GHARBI Khalid	MC	Gastro-entérologie
328	ATBIB Yassine	MC	Pharmacie clinique
329	MOURAFIQ Omar	MC	Traumato-orthopédie
330	ZAIZI Abderrahim	MC	Traumato-orthopédie
331	HENDY Iliass	MC	Cardiologie
332	HATTAB Mohamed Salah Koussay	MC	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
333	DEBBAGH Fayrouz	MC	Microbiologie-virologie
334	OUASSIL Sara	MC	Radiologie
335	KOUYED Aicha	MC	Pédopsychiatrie
336	DRIOUICH Aicha	MC	Anesthésie-réanimation
337	TOURAIF Mariem	MC	Chirurgie pédiatrique
338	BENNAOUI Yassine	MC	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
339	SABIR Es-said	MC	Chimie bio organique clinique
340	LAATITIOUI Sana	MC	Radiothérapie
341	IBBA Mouhsin	MC	Chirurgie thoracique
342	SAADOUNE Mohamed	MC	Radiothérapie
343	TLEMCANI Younes	MC	Ophtalmologie
344	SOLEH Abdelwahed	MC	Traumato-orthopédie

345	OUALHADJ Hamza	MC	Immunologie
346	BERGHALOUT Mohamed	MC	Psychiatrie
347	EL BARAKA Soumaya	MC	Chimie analytique-bromatologie
348	KARROUMI Saadia	MC	Psychiatrie
349	EL-OUAKHOUMI Amal	MC	Médecine interne
350	AJMANI Fatima	MC	Médecine légale
351	ZOUITEN Othmane	MC	Oncologie médicale
352	MENJEL Imane	MC	Pédiatrie
353	BOUCHKARA Wafae	MC	Gynécologie-obstétrique
354	ASSEM Oualid	MC	Pédiatrie
355	ELHANAFI Asma	MC	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
356	ABDELKHALKI Mohamed Hicham	MC	Gynécologie-obstétrique
357	ELKASSEH Mostapha	MC	Traumato-orthopédie
358	EL OUAZZANI Meryem	MC	Anatomie pathologique
359	HABBAB Mohamed	MC	Traumato-orthopédie
360	KHAMLIJ Aimad Ahmed	MC	Anesthésie-réanimation
361	EL KHADRAOUI Halima	MC	Histologie-embryologie-cyto-génétique
362	ELKHETTAB Fatimazahra	MC	Anesthésie-réanimation
363	SIDAYNE Mohammed	MC	Anesthésie-réanimation
364	ZAKARIA Yasmina	MC	Neurologie
365	BOUKAIDI Yassine	MC	Chirurgie Cardio-vasculaire
366	NABIL Mehdi	MC	Anesthésie-réanimation
367	KAAKOUA Mohamed	MC	Oncologie médicale
368	FIQHI Mohammed Kamal	MC	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
369	BEN ELHEND Salah	MC	Radiologie
370	KHERRAB Anass	MC	Rhumatologie
371	AWATI El Mehdi	MC	Hématologie
372	HAOUANE Mohamed Amine	MC	Anatomie pathologique
373	BOUABBADI Salah eddine	MC	Ophtalmologie
374	MOUNIR Reda	MC	Chirurgie Cardio-vasculaire
375	AHCHOUCH Siham	MC	Hématologie clinique

376	AZRIOUIL Ouhb	MC	Traumato-orthopédie
377	CHALOUAH Badr	MC	Traumato-orthopédie
378	EL BEJJAJ latimad	MC	Anatomie pathologique
379	BABA Zineb	MC	Rhumatologie
380	OUSSAYEH Imane	MC	Anesthésie-réanimation

LISTE ARRETEE LE 08/10/2025



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

وَعَلَّمَكَ اللَّهُ الْكِتَابَ

وَكَانَ فَضْلُ اللَّهِ عَلَيْكَ عَظِيمًا

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، وبفضله تنزل الرحمات، وبحكمته تُدرك الغايات.

وما كنتُ لأنال ما أنا فيه، أو أبلغ ما بلغت، لولا فضله سبحانه وتعالى
أولاً وآخرًا، ظاهرًا وباطنًا.

له الحمد على ما علّمني وما ألهمني، وما وفقني إليه
من علمٍ وعملٍ في سبيله.

أسأله جلّ في علاه أن يجعل هذا العمل خالصًا لوجهه الكريم، نافعًا
لعباده، وأن يعينني على الإخلاص في مهنتي،

لأكون وسيلة من وسائل رحمته بعباده،

شكرًا له واعترافًا بفضله العظيم.

وَالْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي عَلَّمَكَ الْقُرْآنَ

قال رسول الله ﷺ

« مَنْ لَا يَشْكُرُ النَّاسَ لَا يَشْكُرُ اللَّهَ »

À la lumière de cette parole où se mêlent la foi et la reconnaissance, je dédie ce travail à toutes celles et ceux qui ont été les instruments du bien et de la lumière sur mon chemin.

À ceux dont la présence, la bienveillance et les prières ont nourri ma détermination, soutenu mes pas et éclairé mes jours d'étude et de labeur.

Puissent ces pages être un modeste témoignage de mon affection, de ma reconnaissance et de ma gratitude profonde.

عَلَّيْتُمُونِي مِنْ طَيِّبِ مَعْنَاكُمْ	مَا كُنْتُ أَدْرِي مَا الْحُبُّ لَوْلَاكُمْ
فَكَيْفَ أَسْلُو أَمْ كَيْفَ أَنْسَاكُمْ	أَنْتُمْ فِي قَلْبِي وَذِكْرُكُمْ فِي فَمِي

من التراث الأندلسي

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

Marcel Proust.



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

Je dédie cette thèse ... 

À moi-même,

À moi-même qui ai donné sans compter, multipliant les efforts, acceptant les sacrifices et affrontant les nuits blanches, les longues gardes, la fatigue accumulée et la pression constante. À moi-même qui ai choisi d'avancer, même lorsque le chemin semblait trop lourd à porter. À moi-même qui ai persévéré malgré la fatigue. À moi-même qui ai connu le stress, les moments de doute et les larmes silencieuses, sans jamais cesser de croire que chaque épreuve avait un sens.

Ce parcours a été fait de patience, renoncements, de combats intérieurs et de persévérance quotidienne, mais aussi de joies sincères, de fierté profonde, de gratitude et de victoires parfois discrètes mais essentielles. Chaque sourire retrouvé après une épreuve, chaque objectif atteint et chaque pas en avant ont renforcé ma détermination et ma confiance. Chaque difficulté surmontée, chaque pas franchi, chaque obstacle surmonté ont renforcé ma résilience, ma détermination et ma confiance et façonné la personne que je suis devenue aujourd'hui.

Je me dédie cette thèse avec une immense reconnaissance et une fierté sincère, avec bienveillance et reconnaissance, pour ne jamais oublier le chemin parcouru, les combats menés et la lumière trouvée au cœur des moments les plus éprouvants en hommage à la force que j'ai su puiser en moi lorsque tout semblait vaciller.

Je me dédie cette thèse avec une profonde reconnaissance et beaucoup de bienveillance, en hommage au courage, à la patience et à la persévérance qui m'ont permis d'arriver jusqu'ici.

Je souhaite honorer ce chemin parcouru, rester fidèle à tout ce que j'ai construit et avancer vers l'avenir avec humilité, sérénité et confiance. Je garderai toujours en mémoire mes efforts, continuerai à progresser avec courage et détermination, et accueillerai chaque nouveau défi avec calme et espoir.

A mes très chers parents

*A ceux qui ont tout donné sans jamais compter, nuls mots ne
pourraient exprimer la
reconnaissance et l'amour que je vous porte. Votre amour, votre
soutien
inconditionnel et vos encouragements m'ont permis d'atteindre ce
moment crucial de
ma vie. Je vous dois qui je suis, et qui je serais. Merci pour tout ce que
vous avez fait
et pour tout ce que vous continuez à faire.
Que mon travail soit témoin de mon grand amour pour vous et ma
reconnaissance infinie, ce jour est le vôtre.
Que le Grand Dieu vous garde et vous préserve.*

A mon très cher père , mon bien aimé Mohammed Drîouch

Mon abri, mon protecteur et mon école...

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices consentis pour mon instruction et mon bien être

Vous avez été pour moi durant toute ma vie le père exemplaire, l'ami et le conseiller, un guide attentif, et une source inépuisable de conseils. Par vos paroles sages, vos orientations justes et votre regard profondément bienveillant, vous avez constamment éclairé mon chemin et m'avez orientée vers ce qui était juste, même dans les moments d'hésitation, de doute et d'incertitude.

Tout au long de mon parcours, vous avez su me soutenir avec une patience remarquable, me tendre la main lorsque le chemin devenait difficile et m'encourager à avancer avec confiance, détermination et persévérance. Votre présence a été pour moi une force silencieuse qui m'accompagne au quotidien.

Animé du désir sincère de me voir réussir, de veiller à mon bien-être et de me protéger, vous avez toujours voulu mon bonheur avant tout, avec une attention et une bienveillance incomparables, plaçant mon épanouissement, ma sécurité et mon avenir au cœur de vos préoccupations. Votre amour inconditionnel, votre dévouement constant et votre foi inébranlable en mes capacités ont profondément marqué mon parcours.

Tu es un père d'exception, un homme de principes, de douceur, de respect et de dignité. Un vrai modèle

À travers votre exemple, vos paroles rassurantes et les valeurs que vous m'avez transmises, vous m'avez appris à croire en moi, à faire les bons choix, à rester fidèle à mes principes et à ne jamais renoncer face aux épreuves. Ces enseignements ont façonné non seulement mon chemin académique, mais aussi la personne que je suis devenue aujourd'hui. Ce travail est l'aboutissement de longues années d'efforts rendues possibles grâce à vos conseils, à vos sacrifices silencieux, à votre soutien moral constant et à votre confiance indéfectible. Il porte en lui une part de votre engagement, de vos espoirs et de vos rêves pour moi.

Je vous dédie cette thèse avec une profonde reconnaissance, un respect infini et toute mon affection, en espérant qu'elle soit une source de fierté et un modeste témoignage de tout ce que vous avez toujours souhaité pour moi . Que dieu vous garde et vous donne longue vie pour que je puisse te combler à mon tour.

*À ma mère, Fatima Ouannan
symbole de douceur, de tendresse et de générosité,*

Dont l'amour dépasse la distance, le temps et les absences. Même lorsque les exigences du travail vous ont tenue éloignée durant une période, je vous ai toujours ressentie à mes côtés, présente par la pensée, attentive par le cœur et constante par votre soutien. Même à distance, votre présence n'a jamais cessé de m'accompagner, me rappelant que je n'étais jamais seule et que votre amour veillait sur moi à chaque étape de mon parcours.

Par votre douceur, votre patience et votre écoute attentive, vous avez été pour moi un refuge apaisant et une source constante de tendresse. Par votre attention délicate et votre bienveillance sans limites, vous m'avez entourée d'une affection rassurante et d'un amour profondément sincère. Toujours à l'écoute, vous avez compris mes silences, apaisé mes inquiétudes et partagé mes espoirs ; votre voix rassurante et vos paroles pleines de tendresse ont été pour moi un réconfort constant, me donnant la force d'avancer avec confiance et sérénité.

Votre générosité, à la fois discrète et profonde, s'est manifestée à travers d'innombrables gestes, parfois silencieux mais toujours empreints d'un amour sincère et d'une attention constante portée à mon bien-être. À travers chaque prière silencieuse, chaque sacrifice consenti, chaque encouragement, chaque conseil et chaque sacrifice consenti, vous avez sans relâche veillé à me soutenir avec patience et à m'accompagner sur mon chemin vers la réussite sans jamais faiblir même lorsque le chemin paraissait long et incertain .

Vous m'avez transmis des valeurs essentielles, telles que la tendresse, la patience, l'humilité et la persévérance, qui ont profondément façonné mon chemin académique et la personne que je suis devenue aujourd'hui. Ce travail est le fruit de votre amour sincère, de votre écoute constante et de votre soutien indéfectible.

Je vous dédie cette thèse avec une gratitude infinie, un profond respect et tout mon amour, en espérant qu'elle soit pour vous une source de fierté et un modeste témoignage de tout ce que vous représentez pour moi.

A ma chère tante , ma seconde mère , NANA Saadia Driouch

Vous avez été bien plus qu'une tante : une confidente précieuse, une source constante de sagesse, de soutien et de sacrifices faits pour mon bien-être et mon avenir.

Vous êtes ma seconde mère, toujours présente pour me guider, m'encourager et m'accompagner dans chaque étape de ma vie. Votre affection, votre patience et vos conseils avisés m'ont toujours réconfortée et m'ont donné la force de surmonter les difficultés. Chaque geste d'amour, chaque parole encourageante et chaque sourire restent gravés dans mon cœur et ont contribué à faire de moi la personne que je suis aujourd'hui.

Ta place dans mon cœur est immense, irremplaçable. Et tout comme tu as toujours été là pour moi, je serai toujours là pour toi. Je suis si fière que tu puisses voir ce que j'ai accompli aujourd'hui. Je te souhaite une longue vie, pleine de santé, de bonheur et de sérénité

Je vous dédie cette thèse, avec toute ma reconnaissance et mon affection, en hommage à votre rôle inestimable, à vos sacrifices et à l'amour que vous m'avez toujours porté.

A mon frère Dr Abdelmonim Driouch

À mon frère unique, compagnon fidèle et ami précieux, Avec toi, j'ai partagé des moments d'insouciance, des rires partagés, des secrets échangés et des aventures qui ont façonné ma jeunesse et nourri mes souvenirs les plus chers. Ton aide constante dans mon parcours, ton soutien indéfectible, ta générosité et ta bienveillance ont été pour moi un repère sûr et une source d'inspiration tout au long de mon chemin. Ce lien unique, empreint d'affection, de confiance et de complicité, demeure une richesse inestimable qui m'accompagne chaque jour.

Je te dédie cette thèse avec toute ma gratitude, mon admiration et mon amour fraternel, en témoignage de l'importance irremplaçable que tu as dans ma vie.

Je te souhaite tout le succès que tu mérites, tant dans ta vie professionnelle que familiale. Puisses-tu toujours être entouré de bonheur et d'accomplissement !

À ma sœur adorée, Amína Dríouch

Malgré nos neuf années de différence, tu as toujours été proche de moi, une confidente et une amie précieuse.
Nous avons partagé tant de moments uniques : des rires, des secrets, des sorties et des instants complices qui rendent notre lien exceptionnel.
Malgré nos petites disputes, notre affection n'a jamais faibli ; elles n'ont fait que renforcer notre compréhension et notre proximité et notre attachement
Ta présence, ton écoute , ton soutien et tes conseils ont toujours été pour moi une force, et chaque souvenir à tes côtés reste gravé dans mon cœur.
Je te dédie cette thèse, avec toute ma gratitude et mon amour, pour la sœur exceptionnelle que tu es et pour tout ce que nous avons partagé.

À ma petite sœur, ma bien-aimée Salma Dríouch

En tant que plus petite de la famille, tu as toujours su apporter de la joie, de la douceur et des rires qui illuminent notre quotidien. Ta vivacité et ta bonne humeur rendent chaque instant partagé encore plus précieux.
Merci d'être toi, sincère, généreuse et pleine de vie.
Je te dédie ce travail, en hommage à la petite sœur exceptionnelle que tu es et à la place précieuse que tu occupes dans mon cœur.
Je te souhaite tout le bonheur et le succès, que la vie t'apporte joie, santé et épanouissement à chaque étape, et que tous tes rêves se réalisent avec sérénité et enthousiasme.

James Isadora avait tout à fait raison Lorsqu'il a dit :

« Une sœur est un cadeau pour le cœur, un ami pour l'esprit, un fil d'or au sens de la vie »

*À la mémoire de mes grands-parents,
Lhaj El aarbi Ouannan ,
Mina elgmouri et Dada Mbarka*

*Vous n'êtes plus là, mais votre présence continue de m'accompagner à
chaque instant. C'est avec une profonde
gratitude et une immense tendresse que je vous dédie ce travail, en
hommage à tout ce que vous m'avez donné.
Je sais que si vous étiez parmi nous, vous aurez
été heureux et fiers.
Que dieu, le tout puissant, vous accorde sa clémence et sa miséricorde.*

*À ma grand mère maternelle
Lalla khadija ET Tamery*

*Je vous remercie du fond du cœur pour tous les précieux souvenirs de
mon enfance passés à vos côtés. Vos histoires, vos rires, vos câlins et
votre présence ont rempli mes premiers jours de bonheur, de
tendresse, de douceur et de complicité. Ces instants ont profondément
marqué ma vie et continuent de m'accompagner encore aujourd'hui.
Tu es le soleil de notre famille maternelle, autour de qui tout
s'organise, avec un cœur précieux et toujours ouvert à l'affection.
Chaque souvenir passé à tes côtés reste gravé dans mon cœur, et je te
porte une gratitude infinie pour tout l'amour que tu m'as donné.
Je te souhaite une longue vie, saine et heureuse, remplie de joie et
d'amour .*

À mes tantes paternelles
Naïma Driouch et son conjoint Mohammed chekkouri , Fatna
Driouch et son conjoint Salem El imari

À mes tantes maternelles
Hayat Ouannan et son conjoint Adil Mastaoui , Fouzia Ouannan et
son conjoint Hicham El outatiq , Meriem ouannan et son conjoint
Yassine Merjani

À mon oncle Abdelillah Ouannan et sa conjointe Yasmine

Votre présence dans ma vie est un cadeau très précieux pour moi.
Vous êtes non seulement des membres de la famille, mais aussi des
amis et des conseillers de cœur.

Votre soutien , votre affection vos paroles pleines de sagesse et vos
encouragements m'ont permis de surmonter les obstacles et de croire
en moi. Vous avez été une véritable source d'inspiration et de force,
et je vous en suis profondément reconnaissante. Je vous remercie de
tout cœur pour tout ce que vous m'avez donné, et je vous souhaite à
tous une vie remplie de bonheur et de bénédictions.

Que ce travail vous apporte l'estime, le respect que je porte à votre
égard et sois la preuve du désir que j'aie depuis toujours pour vous
honorer. Tous mes vœux de bonheur et de santé.

À Zayneb Ouannan

À toi, ma petite tante, qui as toujours occupé une place unique dans
ma vie, celle d'une sœur avant tout.

Avec toi, j'ai vécu les plus beaux instants de mon enfance, faits de
rires partagés, de jeux innocents et de souvenirs simples mais
profondément précieux.

Nous avons grandi ensemble, côte à côte, partageant nos joies, nos
confidences et cette complicité naturelle qui unit les cœurs sincères.
Ta présence chaleureuse, ton affection spontanée et ta bienveillance
ont marqué mes jeunes années et ont contribué à construire la
personne que je suis devenue aujourd'hui.

Les souvenirs de notre enfance restent gravés en moi et continuent de
m'accompagner avec douceur et émotion. Je te dédie cette thèse avec
une profonde gratitude, une affection sincère et tout mon
attachement, Je te souhaite une vie personnelle et professionnelle
épanouie, pleine de réussite, de sérénité et de bonheur.

À mes chers cousins et cousines

*En témoignage de mon amour et mon affection, je vous souhaite une
longue vie pleine de succès de joie et de bonheur.*

Puisse dieu vous préserve du mal et vous procure santé

*À tous les membres de la famille Driouch , Ouannan , Chekkouri ,
Imari , Mastaoui , El Ouatiq , Merjani ,
El idrissi , Ezzaki , Radoua, Benjamra , El Adraoui , Iberdouza*

*J'aurai aimé pouvoir citer chacun par son nom petits et grands,
Avec toute ma gratitude, je vous dédie ce modeste travail en
témoignage de mon attachement et mon respect veuillez trouver
dans ce travail, l'expression de mon affection
Que dieu vous bénisse et vous garde en bonne santé.*

*À mes chères amies compagnes de guerre
Mon duo préféré Dr Wafae Dnibi et Dr Khadija Derder
À mes confidentes*

*À mon meilleur groupe * GIRLS **

Wafa, tu as été parmi les toutes premières personnes que j'ai eu la chance de rencontrer dans notre faculté, et dès ce jour, ta gentillesse et ta bonne humeur ont illuminé mon quotidien. Au cours de notre troisième année, Khadija nous a enfin rejoint, apportant exactement ce qu'il manquait pour compléter notre trio.

*Ensemble, nous avons formé le meilleur groupe, donnant vie à * GIRLS *, un espace de complicité, de rires et de souvenirs inoubliables. Depuis le premier jour où nous avons partagé ce groupe, vous avez su rendre chaque moment unique et inoubliable. Nos discussions incessantes et animées, 24 h/24, sont devenues le fil invisible qui relie nos journées et nos rires. Avec vous, chaque échange est un mélange de complicité, de soutien, de fous rires et de partages sincères. Qu'il s'agisse de conseils, de confidences ou de simples bavardages, vous avez toujours été là, apportant chaleur, écoute et joie à chaque instant.*

Chacune d'entre vous a apporté sa touche unique à mon parcours. Merci pour votre présence constante, vos sourires, vos conseils et tous les moments partagés à travers ces années. Que ce soit dans les instants de joie ou lors des épreuves, vous avez été des compagnes précieuses et des alliées fidèles sur ce chemin exigeant. Votre soutien, votre bienveillance et vos encouragements ont fait toute la différence dans ma vie. Grâce à vous, j'ai pu grandir, m'améliorer et voir le monde sous un nouvel angle. Chaque expérience partagée, chaque défi surmonté et chaque garde difficile traversée ensemble est devenue plus légère et plus riche grâce à votre complicité.

Je suis honorée et reconnaissante d'avoir croisé vos chemins, d'avoir eu l'opportunité de partager ces moments précieux et de grandir à vos côtés. Votre amitié, votre sagesse et vos conseils resteront à jamais gravés dans mon cœur.

Je vous dédie cette thèse, en témoignage de ma gratitude, de mon affection et de l'importance immense que vous avez dans ma vie. Merci d'être vous et pour cette complicité qui rend chaque jour plus lumineux.

A Dr ghizlane moussadeq, une sœur de cœur

Neuf années d'amitié, neuf années de complicité, de rires partagés, de larmes parfois, de confidences profondes et de souvenirs gravés à jamais.

Tu as été ma première et dernière colocatrice, celle avec qui j'ai partagé bien plus qu'un espace de vie : des rêves, des peurs, des espoirs et des instants précieux du quotidien. Au fil du temps, tu n'as pas été seulement une amie, mais un véritable pilier, une présence rassurante, une épaule sur laquelle m'appuyer.

Entre nous, les mots ont souvent été inutiles, tant les cœurs se comprenaient. De simple amitié, notre lien s'est transformé en quelque chose de rare et de précieux : une sœur de cœur, choisie par la vie.

Merci pour ton amour, ta patience, ton soutien inconditionnel et pour chaque instant partagé.

En mémoire de ce lien si fort que nous avons bâti, et en témoignage de l'amour sincère que je te porte,

Je te dédie cette thèse, en témoignage de ma profonde reconnaissance et de tout l'amour que je te porte, pour ta présence indéfectible, ton soutien constant et pour avoir été une lumière tout au long de ce parcours.

A ma chère amie, ma confidente Dr Hajar Daani

Je ne trouve pas vraiment les expressions témoignant l'affection profonde et la reconnaissance sincère et les sentiments d'amour que je te porte.

À peine sept années depuis notre première rencontre, tu es devenue bien plus qu'une amie : une sœur de cœur, une confidente.

Ta présence constante, rassurante et généreuse a toujours précédé mes besoins , tu fais partie de ces personnes exceptionnelles qui donnent avec le cœur, qui soutiennent sans juger et qui marquent une vie à jamais.

Ensemble, nous avons partagé sept années d'études médicales, faites de rires, de moments de folie, d'épreuves et d'instantanés difficiles, que nous avons toujours su transformer en force et en douceur grâce à notre complicité.

Je n'oublierai jamais l'atmosphère chaleureuse que tu as su créer autour de moi, ni cette merveilleuse coïncidence de noms - D - qui symbolise pour moi un lien rare et précieux. En témoignage de l'amitié profonde qui nous unit et de tous les souvenirs partagés, je te dédie ce travail, avec tout mon amour et ma gratitude, en te souhaitant une vie pleine de santé, de bonheur et de réussite. Sache que, quoi qu'il arrive, tu me trouveras toujours à tes côtés.

À mon amie, ma confidente et ma sœur de cœur Khaoula Houmîr

Depuis le collège où j'ai eu la chance de faire ta connaissance, 14 ans ont suffi pour bâtir une amitié profonde, faite de confiance, de loyauté et de complicité sincère.

Au fil du temps, nous avons partagé de beaux moments, des souvenirs précieux, des secrets confiés, des aventures vécues, des fous rires, et des sorties improvisées qui ont renforcé notre lien et marqué notre histoire

Ce lien, fondé sur la confiance et le partage et la sincérité, a su traverser les épreuves, les distances et les silences sans jamais perdre son intensité.

Par ta présence, ton écoute et tes paroles justes, tu as souvent été un repère et une source de réconfort sur mon chemin.

Avec toi, chaque instant partagé avait une saveur particulière, faite de complicité, d'amour et de confiance.

Même lorsque nos chemins ont pris des directions différentes, ton amitié est restée une force discrète mais constante dans ma vie. Je souhaite que cette amitié, née il y a tant d'années, demeure intacte et éternelle.

Je te dédie cette thèse, en témoignage de ma profonde gratitude et de l'affection sincère que je te porte.

A mes très cher (e) s ami(e) s de groupe : Raouane Elfadili , Zakaria el Aouad , Amal Ejjaïdali , Aymen Echab , Hajar Douieb , Amine dighali , Chaïmae Echaabaoui , Mariem El Assali , Safae El Arras , Maroua El Arras , Yassine El amraoui , Yahya El Amrani

Nous avons partagé tant de moments : nos premiers pas en stage, nos découvertes, nos maladresses, et cette belle énergie qui nous portait, malgré la fatigue et les exigences du quotidien hospitalier.

Dans les jours sombres, vous étiez cette étincelle, cette présence rassurante et motivante. Je n'oublierai jamais nos commérages, nos éclats de rire étouffés dans les couloirs, nos premières "laveries" bien senties de la part des professeurs, et nos rêves de devenir médecins.

Vos mots réconfortants, votre énergie contagieuse et cette belle complicité que nous avons bâtie m'ont été d'un immense soutien. Vous avez toujours été là : à prendre de mes nouvelles, à m'aider, à me guider, à faire naître un sourire, même dans la tempête. Vous faites partie de ce travail, profondément.

Merci pour cette belle aventure partagée. Je vous dédie cette thèse avec toute mon affection et une profonde reconnaissance.

À vous, cher(e)s docteurs, je souhaite à chacun et chacune une carrière médicale belle, longue et épanouissante, même si nos chemins prendront désormais des directions différentes.

A tous mes amis du groupe 5,

Merci pour votre esprit d'équipe, votre soutien et votre collaboration durant cette longue expérience de médecine.

Chaque jour passé à vos côtés a été une occasion d'apprendre, de grandir et de surmonter les défis ensemble. C'était un honneur de partager les années de stage d'externat et les périodes d'examens avec vous, et je suis reconnaissante pour tout ce que nous avons accompli en équipe.

*À mes amies : Laïla Bouhemala, Mouna Fethi,
Soukaïna assarssah,*

*Je vous dédie cette thèse avec toute mon affection et ma gratitude.
Merci pour votre présence constante, vos encouragements et votre
soutien tout au long de ce parcours.*

*Je vous dédie cette thèse avec toute mon affection et ma gratitude.
Merci pour votre présence constante, vos encouragements et votre
soutien tout au long de ce parcours. Chaque moment passé à vos côtés,
que ce soit pour partager des rires, des confidences ou de simples
instants de complicité, a rendu cette expérience plus légère et plus
joyeuse.*

*Je suis profondément reconnaissante de vous avoir dans ma vie. Que
ce lien sincère et précieux qui nous unit continue de grandir et de
nous accompagner au fil des années.*

*À mes chères sages femmes préférées : Rania , Oumaima , Saadia ,
Meriem, Houda , Ratiba , Maroua, Sara, Asma, Ghalia, Sanae ,
Ibtissam*

*Que la vie m'a permis de retrouver lors d'un moment unique et
marquant en maternité de CHP MED 5 de Safi.*

*Au fil de cette expérience, j'ai partagé avec vous des instants remplis
de joie, de rires et de complicité, mais aussi appris énormément grâce
à votre savoir, votre expérience et votre générosité dans votre
domaine.*

*Votre présence a transformé ce passage en une aventure humaine
riche, pleine de sens et de beaux souvenirs.*

*Merci pour tout ce que vous m'avez transmis et pour ces moments
inoubliables que je garderai précieusement en mémoire.*

*À tous ces instants précieux que nous avons vécus ensemble, je vous
souhaite une vie longue et épanouissante, remplie de bonheur et de
prospérité. Merci pour tous ces merveilleux moments partagés.*

*Ce travail vous est dédié en signe de ma profonde reconnaissance et
de mon estime.*

À mes amis de l'ISPITS : Abir Aabdouss , Mouad Lamaayad , Meriem Eznaini , Simmo Hassan, Salma Fournali, Najwa Gatirina , Ihssane Chardi

L'année passée à vos côtés au sein de l'ISPITS a été une étape marquante de mon parcours, tant sur le plan académique qu'humain. Cette période m'a permis de faire votre connaissance, de tisser des liens sincères fondés sur le respect, la solidarité et le partage, et de vivre de nombreux moments de joie, de rires et de convivialité qui ont enrichi cette expérience.

Que ce soit pour échanger des idées, partager des fous rires ou affronter ensemble les défis du quotidien, chacun d'entre vous a joué un rôle essentiel dans mon cheminement, apportant soutien, motivation et encouragement.

Bien que notre temps ensemble ait été limité et que chacun ait ensuite suivi son propre chemin, l'amitié née durant cette année demeure intacte et, je l'espère, éternelle.

Je vous dédie cette thèse, en témoignage de ma profonde gratitude pour cette expérience partagée, pour votre présence précieuse et pour les souvenirs durables que nous avons construits ensemble. Je vous souhaite à tous une belle continuation, pleine de succès, de bonheur et de prospérité, et que vos rêves se réalisent toujours.

A tous les internes, l'équipe médicale et paramédicale du CHP de SAFI ,

Merci pour votre accueil chaleureux, votre professionnalisme et votre bienveillance tout au long de l'année dernière. Vous avez été une grande source d'apprentissage et d'inspiration, et je suis profondément reconnaissante pour les connaissances et les compétences que vous m'avez transmises. Travailler à vos côtés fut un honneur que je chérirai toujours.

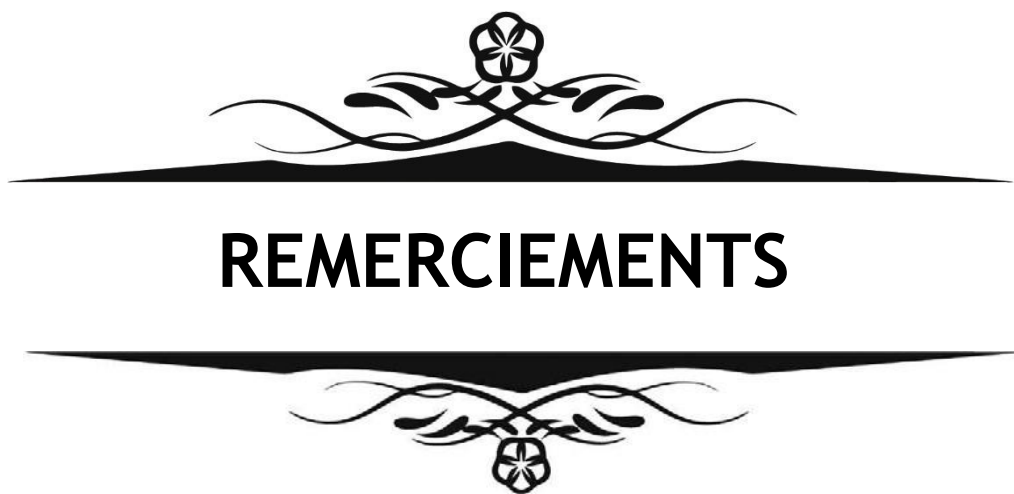
*A tous mes professeurs du primaire, collège, lycée et université,
A tout enseignant qui m'a appris un jour une lettre,
Merci pour votre dévouement, votre passion et votre engagement à
m'enseigner. Vous avez façonné ma pensée, modelé mes
comportements, enrichi mes connaissances et m'avez donné les clés
pour ouvrir des nouvelles portes. Chacun de vous, par vos
enseignements et votre soutien, a contribué à ma croissance et à mon
développement. Je suis infiniment reconnaissante pour tout ce que
vous m'avez appris, et votre impact restera gravé dans mon
parcours.*

AUX PARTICIPANTS DE L'ETUDE :

*Je tiens à exprimer ma profonde reconnaissance à tous les
participants de cette étude pour leur précieuse collaboration.
Votre disponibilité, votre honnêteté et votre engagement ont été
essentiels à la réalisation de ce travail. Sans votre participation
active, cette étude n'aurait pas été possible. Merci d'avoir pris le
temps de répondre aux questions et d'avoir partagé vos expériences,
contribuant ainsi à la réussite de ce projet. Votre contribution est
inestimable et grandement appréciée*

*À tous les patients qui ont croisé mon chemin,
À ceux que j'ai pu aider, et à ceux qui m'ont immensément aidée
dans mon apprentissage scientifique et personnel. Vous avez tous, un
par un, construit le médecin que je deviens et la personne que je suis.
J'implore Dieu, Le Guérisseur, que vos maux s'estompent, que vous
puissiez recouvrer la santé et mener une vie paisible.
Que Dieu nous aide à apaiser vos souffrances.*

*À tous ceux et celles qui occupent une place précieuse dans ma vie,
À ceux que le fil du destin a tissés dans mon parcours,
À tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis
involontairement de citer,
Tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce
travail.
À tous ceux dont l'oubli de la plume n'est pas celui du cœur,
Que cette thèse, qui vous est dédiée, soit le gage de mes profonds
sentiments de respect, de remerciements et l'expression de mes
sincères souhaits de bonheur.
Merci d'accepter ce travail que je vous dédie avec toute mon
affection.*



REMERCIEMENTS



*À notre maître et président de thèse,
Madame Nabila Soraa,
Professeur et chef de service de microbio-parasitologie au
CHU Mohammed VI de Marrakech*

*Nous sommes profondément honorés de vous avoir comme
président du jury de notre thèse. Nous tenons à vous
remercier pour la gentillesse et la spontanéité avec
lesquelles vous avez bien voulu diriger cette soutenance.
Votre compétence professionnelle incontestable ainsi que
votre sens du devoir et vos qualités humaines suscitent
notre admiration et notre respect. Nous vous exprimons
notre reconnaissance pour le temps que vous consacrez au
service des étudiants, contribuant ainsi à leur offrir une
formation de qualité et à leur transmettre la noblesse et la
passion de la médecine. Veuillez trouver, chère Présidente ,
dans ce modeste travail, l'expression de notre haute
considération, de notre sincère reconnaissance et de notre
profond respect.*

*À notre maître et rapporteur de thèse,
Monsieur le Professeur Mounir Bourrous,
Professeur et chef de service des Urgence pédiatrique
à l'Hôpital Mère-enfant du CHU Mohammed VI de
Marrakech*

Je tiens à exprimer toute ma gratitude pour la confiance que vous m'avez accordée en me confiant un sujet aussi original. Travailler sous votre direction a été une expérience inestimable, et je suis honorée d'avoir eu cette opportunité. Votre sérieux, vos qualités pédagogiques remarquables et votre bienveillance constante ont été des sources d'inspiration tout au long de ce travail. Malgré vos nombreuses responsabilités professionnelles, vous avez toujours pris le temps de m'offrir un accueil chaleureux, ce qui a joué un rôle essentiel en facilitant ma progression et en rendant cette expérience particulièrement enrichissante. Votre engagement envers le bien-être des étudiants et votre volonté de partager votre savoir ont contribué de manière significative à une expérience éducative mémorable. Votre exemple en tant que professionnelle est pour moi une source d'admiration et d'apprentissage. J'espère sincèrement avoir répondu à vos attentes et être à la hauteur de la confiance que vous avez placée en moi. Ces quelques lignes ne suffisent pas à exprimer toute ma reconnaissance envers vous. Veuillez trouver ici le témoignage de mes plus profonds sentiments, de ma gratitude et de ma reconnaissance les plus sincères.

*À notre maître et juge de thèse,
Madame le Professeur Widad Lahmini ,
Professeur de Pédiatrie au Service des urgences pédiatrique
à l'Hôpital Mère-enfant du CHU Mohammed VI
de Marrakech*

*Chère Maître, nous tenons à vous exprimer notre profonde
gratitude et notre respect sincère pour l'honneur que vous
nous faites en acceptant de juger ce travail.
Votre grande bienveillance et votre accueil chaleureux ont
été d'un soutien inestimable pour nous.
Vos qualités humaines sont dignes
d'admiration. Nous vous prions de bien vouloir accepter
cette sincère déclaration de notre gratitude, ainsi que notre
reconnaissance pour votre encadrement et vos conseils
durant notre passage au sein de votre service.*

*A notre maître et juge de thèse
Monsieur le Professeur N.RADA
Professeur de Pédiatrie à l'Hôpital Mère-enfant du CHU
Mohammed VI de Marrakech*

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

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

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

*A notre maître et Juge de thèse,
PROFESSEUR Siham Yanisse
Professeur agrégée de pharmacie galénique*

*Nous sommes profondément touchés par votre aimable
acceptation de juger ce travail. Votre parcours
professionnel, votre charisme et vos qualités tant humaines
que professionnelles suscitent en nous une grande
admiration. Que ce travail soit l'expression de notre respect
sincère et de notre gratitude profonde envers vous. Veuillez
agréer, cher maître, l'assurance de notre reconnaissance et
notre très haute considération.*



LISTE DES FIGURES



Liste des figures

- Figure 1 : Répartition des parents selon le répondeur au questionnaire
- Figure 2 : Répartition des parents par tranches d'âge
- Figure 3: Milieu de vie des parents
- Figure 4 : Niveau d'instruction des parents
- Figure 5: Profession des parents
- Figure 6 : Niveau socio-économique des parents
- Figure 7: Possession d'une couverture sanitaire
- Figure 8: Répartition des parents selon le nombre d'enfants
- Figure 9 : Délai entre le début de la fièvre et consultation
- Figure 10 : Définition de la fièvre selon les parents
- Figure 11 : Possession ou non d'un thermomètre
- Figure 12: Type de thermomètre
- Figure 13: Aptitude des parents à lire et utiliser un thermomètre
- Figure 14 : Voie d'utilisation d'un thermomètre
- Figure 15 : les complications de la fièvre selon les parents
- Figure 16 : Attitude immédiate des parents face à la fièvre
- Figure 17 : Utilisation ou non des moyens physiques
- Figure 18: Moyens physiques utilisés par les parents
- traitement médical
- Figure 20 : Molécules utilisées par les parents pour traiter la fièvre
- Figure 21: Fréquence d'administration des antipyrétiques
- Figure 22 : Voie d'administration du traitement
- Figure 23 : Utilisation ou non d'un traitement traditionnel
- Figure 24 : Moyens traditionnels les plus utilisés par les parents
- Figure 25 : Nécessité d'une consultation médicale
- Figure 26 : Réception des informations concernant la fièvre
- Figure 27 : source d'informations reçues par les parents
- Figure 28 : Utilité des informations reçues
- Figure 29 : Induction de la fièvre au cours de l'infection
- Figure 30 : Evolution du taux de parents définissant la fièvre de façon subjective selon les séries marocaines

- Figure 31 : Thermomètre au Gallium
- Figure 32 : Thermomètre frontal à cristaux liquides
- Figure 33 : Thermomètre à infrarouge
- Figure 34 : Quelques moyens physiques pour baisser la température de l'enfant
- Figure 35 : Application de compresse mouillées chez un enfant fébrile
- Figure 36 : Calebass longue (slaoui)
- Figure 37 : Ansérine vermifuge (M'khinza) (126)
- Figure 38 : Evolution du taux de parents ayant reçus des informations sur la fièvre



LISTE DES TABLEAUX



Liste des tableaux

Tableau 1 : Pourcentage des répondants selon les études

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

Tableau III : Complications de la fièvre selon les parents des différentes études comparées à celles de notre étude

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

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

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

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

Tableau VIII : Moyens traditionnels utilisés par les parents selon les différentes études

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



PLAN



INTRODUCTION	1
MATERIELS ET METHODES	4
I. Malades	5
1. Buts de l'étude	5
2. Milieu et période de l'étude	5
3. Type d'étude	5
4. Population cible	5
5. Critères d'inclusion	5
6. Critères d'exclusion	5
II. Méthodes	6
III. Analyse des données	6
RESULTATS	7
I. Taux de réponse	8
II. Profil des parents	8
III. Répartition des parents par tranches d'âge	9
IV. Caractéristiques socio-économiques des parents	9
1. Milieu de vie des parents	9
2. Profession des parents	10
3. Niveau socio-économique des parents	10
4. Possession ou non d'une couverture sanitaire	11
5. Répartition des parents selon le nombre d'enfants	11
6. Répartition des parents selon le nombre d'enfants	12
I. Délai entre le début de la fièvre et la consultation	12
II. Connaissances des parents à propos de la fièvre	13
1. Définition de la fièvre selon les parents	13
2. Possession ou non d'un thermomètre	13
3. Type de thermomètre	14
4. Aptitude des parents à utiliser et lire un thermomètre	14
5. Voie d'utilisation du thermomètre par les parents	15
6. La fièvre est-elle utile ou dangereuse	15
7. Les Complications possibles de la fièvre selon les parents	16
III. Prise en charge parentale de la fièvre	17
1. Attitude immédiate des parents face à la fièvre	17
2. Utilisation des moyens physiques	17
3. Moyens physiques utilisés par les parents	18
4. Utilisation d'un traitement médical	18
5. Moyens médicamenteux utilisés par les parents pour traiter la fièvre	19
6. Fréquence d'administration des antipyrétiques	19
7. Voie d'administration des antipyrétiques selon les parents	20
8. Utilisation d'un traitement traditionnel	20
9. Moyens traditionnels utilisés	21
10. Nécessité d'une consultation selon les parents	21
IV. Informations reçues à propos de la fièvre et sa prise en charge	22

1. Réception ou non des informations concernant la fièvre	22
2. Source des informations reçues	22
3. Utilité des informations reçues	23
DISCUSSION	24
I. Profils des parents	25
1. Répondants au questionnaire	25
2. Age des parents	26
II. Perception de la fièvre	27
1. Homéothermie	27
2. Définition de la fièvre	27
3. Utilité et danger de la fièvre	31
4. Méthodes de mesure de la fièvre	37
III. Prise en charge parentale de la fièvre de l'enfant	43
1. Conduite immédiate	43
2. Antipyrétiques utilisés par les parents	47
3. Moyens physiques utilisés par les parents	52
4. Moyens traditionnels utilisés par les parents	57
IV. Sources d'informations et éducation des parents	61
PERSPECTIVES	66
CONCLUSION	68
RÉSUMÉS	70
ANNEXES	74
BIBLIOGRAPHIE	81



INTRODUCTION



La fièvre est un symptôme très fréquent en pratique médicale courante. C'est l'un des motifs les plus fréquents de consultation en pédiatrie et aux services des urgences (1).

Selon l'observatoire de médecine générale, il s'agit du deuxième motif de consultation des enfants de 0 à 9 ans après les consultations pour examens systématiques. L'état fébrile représente en outre 30% des consultations des enfants de cette tranche d'âge (2).

Elle correspond, dans la majorité des cas, à un mécanisme physiologique de défense de l'organisme face aux infections, traduisant l'activation du système immunitaire (3-5). Malgré ce rôle protecteur largement documenté, la fièvre continue d'être perçue par de nombreux parents comme un signe de gravité, voire comme une menace immédiate pour la santé ou la vie de l'enfant (6).

Cette perception erronée, souvent désignée sous le terme de « fièvre-phobie », est à l'origine d'une anxiété parentale importante (7). La crainte des complications, telles que les convulsions fébriles, les lésions cérébrales ou le décès, conduit fréquemment à des comportements inadaptés, incluant une surveillance excessive, un recours précoce aux soins médicaux et l'utilisation parfois inappropriée de traitements antipyrétiques ou de mesures physiques. Ainsi, la fièvre demeure l'une des principales causes de consultations urgentes et d'hospitalisations chez l'enfant, malgré l'absence de gravité dans la majorité des situations (8).

Les perceptions et les attitudes parentales face à la fièvre jouent un rôle déterminant dans les décisions thérapeutiques, notamment le recours précoce aux antipyrétiques, l'utilisation de mesures physiques ou traditionnelles, ainsi que la consultation médicale (9).

Ces pratiques sont largement influencées par le niveau d'information des parents, leurs expériences antérieures et les sources auxquelles ils se réfèrent, qu'il s'agisse des professionnels de santé, de l'entourage ou des médias (10).

Dans ce contexte, l'évaluation des perceptions, des connaissances et des attitudes des parents face à la fièvre de l'enfant apparaît essentielle afin d'identifier les lacunes informationnelles et les comportements à risque. Une meilleure compréhension de ces aspects permettrait d'orienter les stratégies éducatives et d'améliorer l'accompagnement des parents par les professionnels de santé, contribuant ainsi à une prise en charge plus rationnelle et sécurisée de la fièvre chez l'enfant.

À ce jour, aucune étude n'a exploré de manière spécifique les perceptions et les attitudes des parents face à la fièvre de l'enfant dans la ville de SAFI. Dans ce contexte, la présente étude constitue la première enquête menée à cette ville, avec pour objectifs d'évaluer les connaissances, les perceptions et les pratiques des parents concernant la fièvre chez l'enfant. Les résultats obtenus permettront d'identifier les insuffisances informationnelles et de proposer des actions éducatives ciblées afin d'améliorer la prise en charge de la fièvre et de réduire l'anxiété parentale.



MATERIELS ET METHODES



I. Malades :

1. Buts de l'étude :

Le but de notre travail était l'évaluation des connaissances, attitudes et pratiques des parents face à la fièvre de leurs enfants.

2. Milieu et période de l'étude :

Notre étude s'étendait sur une période de 6 mois entre le 01/02/2025 et le 01/08/2025, l'enquête s'est déroulée dans le centre hospitalier provincial de Safi à l'aide d'un questionnaire préétabli (annexe 1).

3. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale, univarié, qualitative et quantitative menée par le biais d'entretiens avec des parents ou des tuteurs qui ont amené leurs enfants aux urgences ou au service de pédiatrie.

4. Population cible :

Pendant la période de notre étude, les parents consultant aux urgences ou au service de pédiatrie ont été invités après consentement oral à participer à l'enquête, et ce quel que soit leurs motifs de consultation.

Les 400 parents répondants étaient choisis au hasard.

5. Critères d'inclusion :

- Parents d'enfants de 1 mois à 14 ans qui ont consulté pour divers motifs.
- Les parents ayant au moins un enfant en charge.

6. Critères d'exclusion :

- Parents des nouveaux nés (0-28 jours).
- Parents refusant de participer à l'étude.

II. Méthodes :

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

- La première partie reposait sur une enquête étudiant le profil épidémiologique et
- Sociodémographique des parents.
- La deuxième partie avait pour but d'évaluer la perception de la fièvre, les craintes qu'elle suscite et l'attitude adoptée par les parents.
- La troisième partie reposait sur une enquête sur l'éducation parentale et la source d'informations des parents.

III. Analyse des données :

L'analyse des données a été faite à l'aide du logiciel tableur et de statistique EXCEL dans sa version 2019



RESULTATS



I. Taux de réponse :

Tous les parents invités à participer dans l'enquête avaient accepté à le faire sans hésitation. Les parents étaient informés du but de l'étude et aucun consentement écrit n'avait été demandé, leur consentement était obtenu oralement.

Les 400 questionnaires obtenus étaient tous exploitables, le taux de réponse était 100%.

II. Profil des parents :

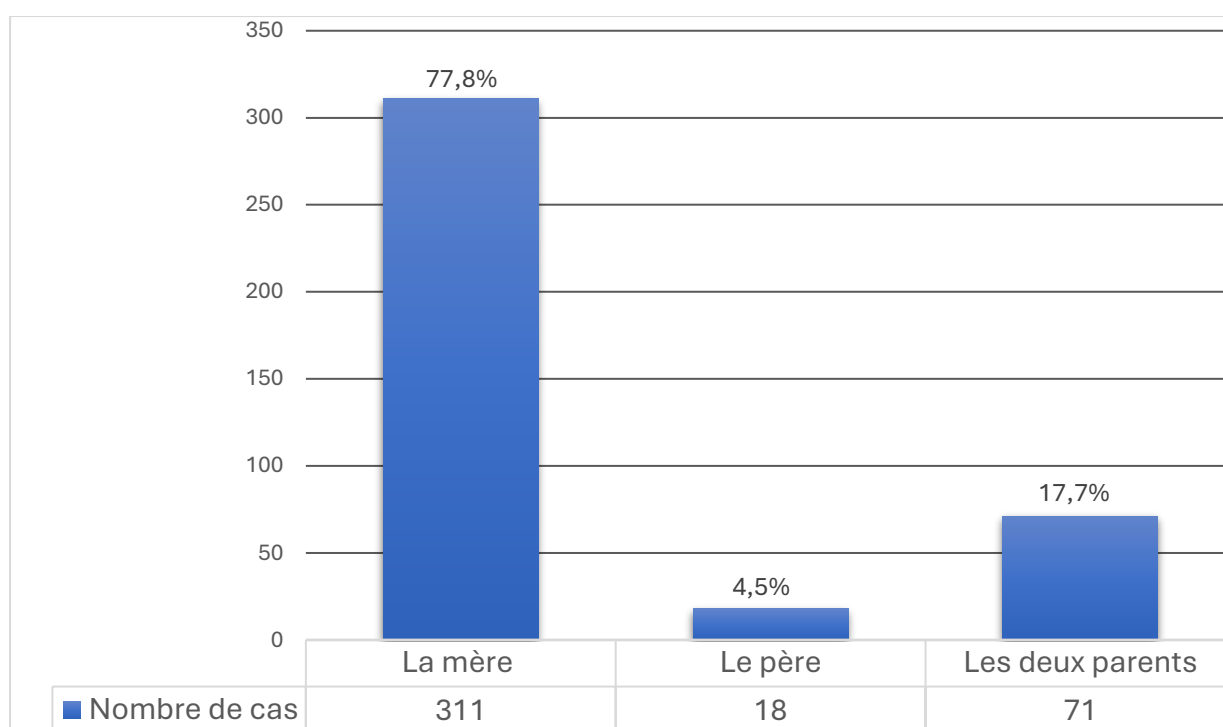


Figure 1 : Répartition des parents selon le répondant au questionnaire

La majorité des répondants au questionnaire était des mères (77,8 %).

III. Répartition des parents par tranches d'âge:

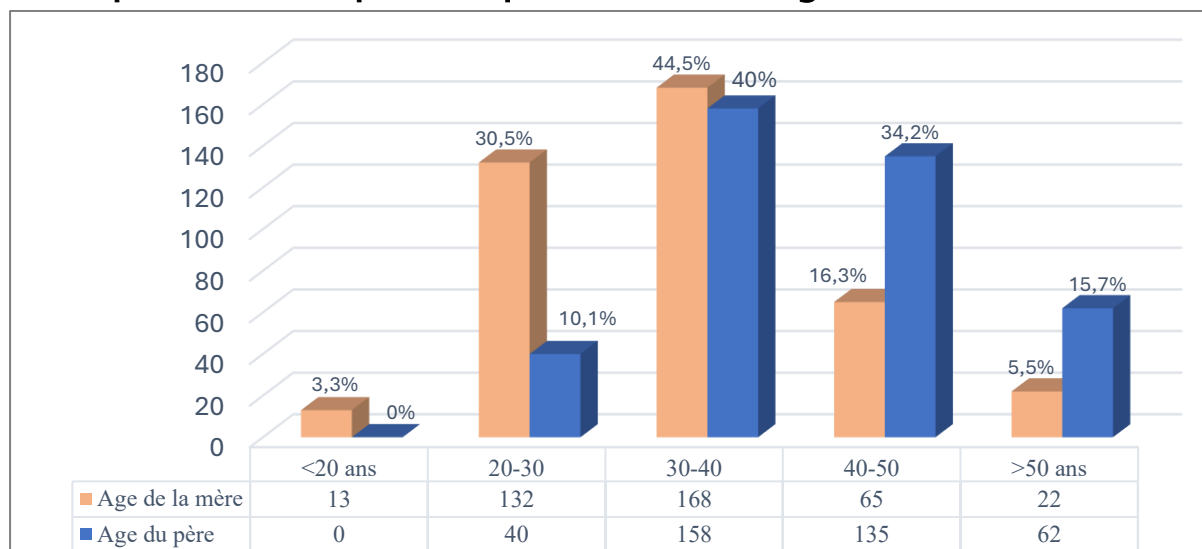


Figure 2 : Répartition des parents par tranches d'âge

- La tranches d'âge des parents comprise entre 30 –40 ans était la plus dominante
- L'âge moyen des mères était de 33 ans avec des âges extrêmes de 18 et 57 ans.
- L'âge moyen des pères était de 39 ans avec des âges extrêmes de 21 et 68 ans.
- Le nombre total des pères était de 395 car 5 mères étaient veuves.

IV. Caractéristiques socio-économiques des parents :

1. Milieu de vie des parents :

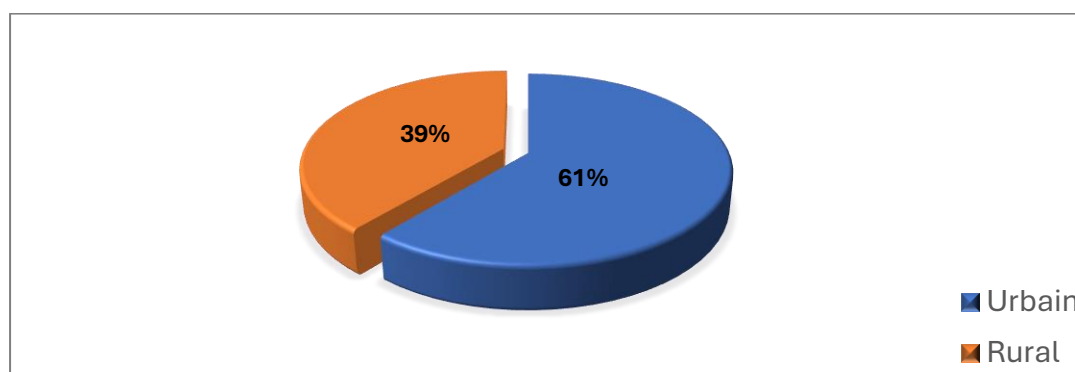


Figure 3: Milieu de vie des parents

La majorité des parents (61%) vivaient en milieu urbain.

2. Niveau d'instruction des parents :

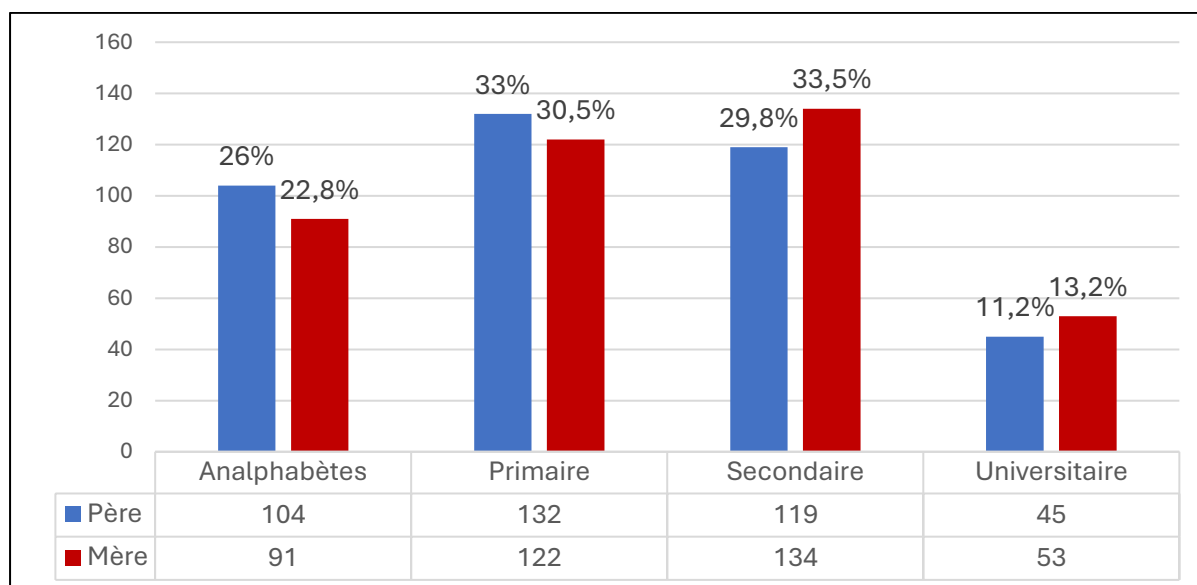


Figure 4 : Niveau d'instruction des parents

Environ deux tiers des parents avaient un niveau primaire (63,5%).

3. Profession des parents :

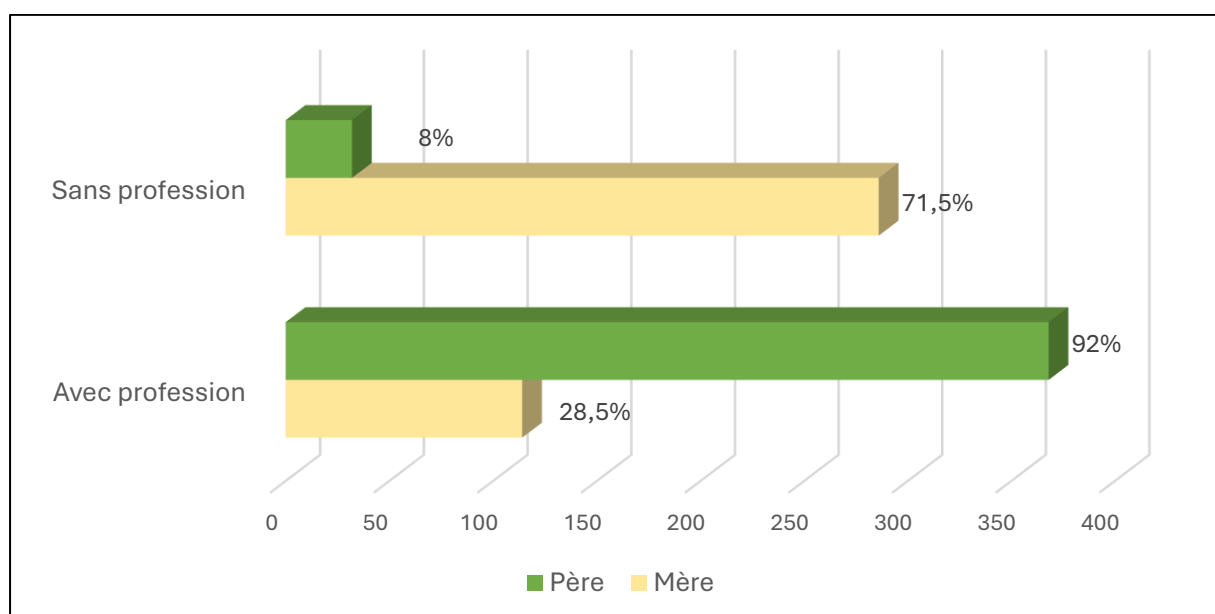


Figure 5: Profession des parents

La plupart des mères étaient des femmes de foyer (71,5%) tandis que la majorité des pères avaient un emploi (92%).

4. Niveau socio-économique des parents :

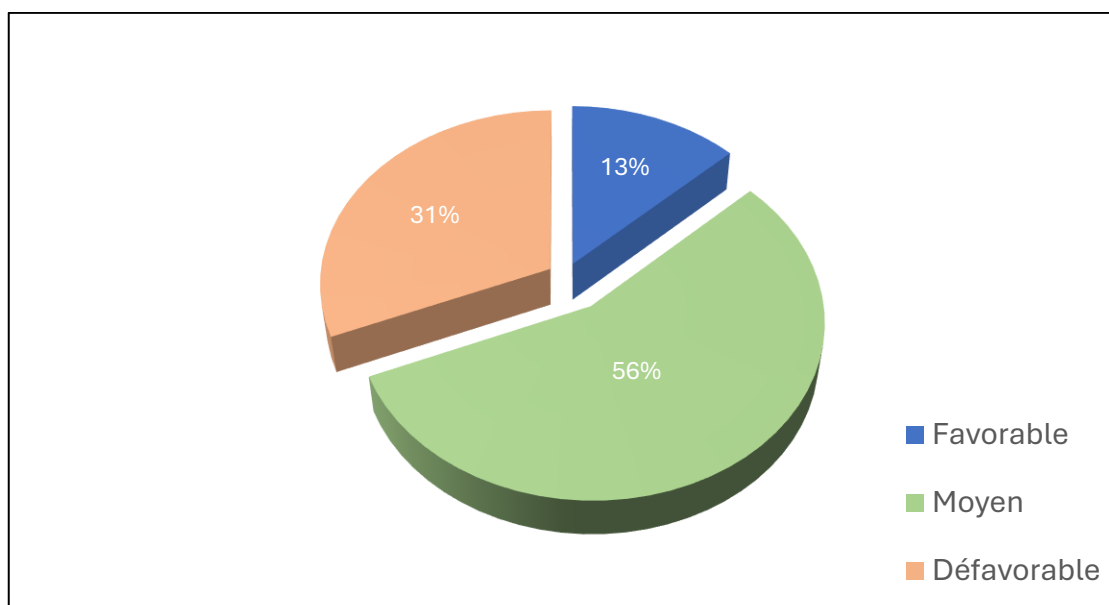


Figure 6 : Niveau socio-économique des parents

Environ le tiers des parents avaient un niveau socioéconomique défavorable (31%).

5. Possession ou non d'une couverture sanitaire :

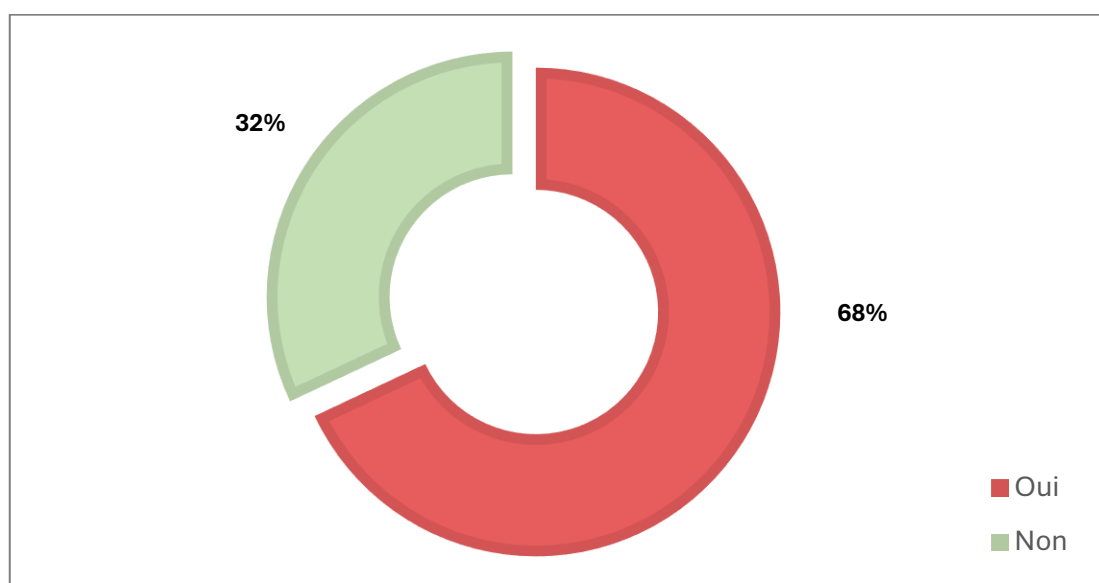


Figure 7: Possession d'une couverture sanitaire

La majorité des parents possédaient une couverture sanitaire de type CNSS.

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

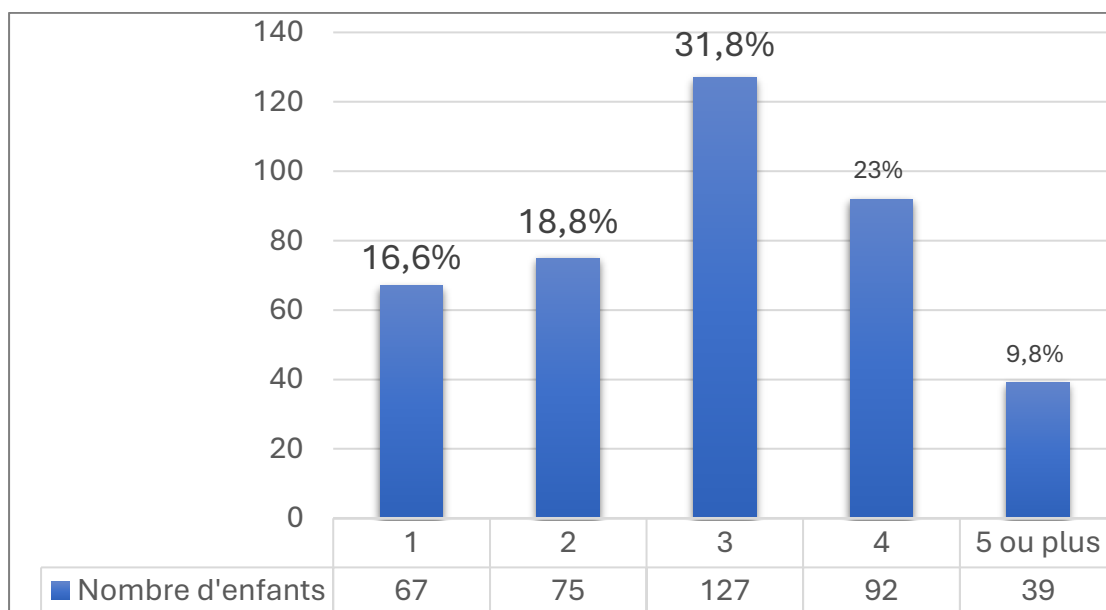


Figure 8: Répartition des parents selon le nombres d'enfants

Plus de deux tiers des parents (69,6%) avaient 3 enfants ou plus.

V. Délai entre le début de la fièvre et la consultation :

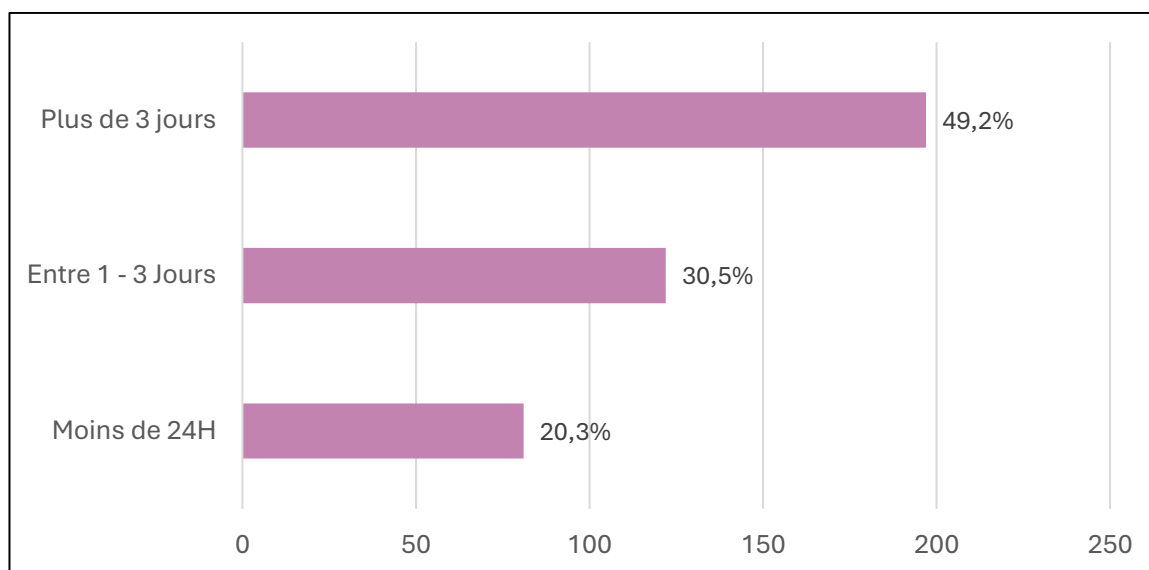


Figure 9 : Délai entre le début de la fièvre et consultation

Environ la moitié des parents (49,2%) ne consultaient qu'après plus de 3 jours du début de la fièvre.

VI. Connaissances des parents à propos de la fièvre :

1. Définition de la fièvre selon les parents :

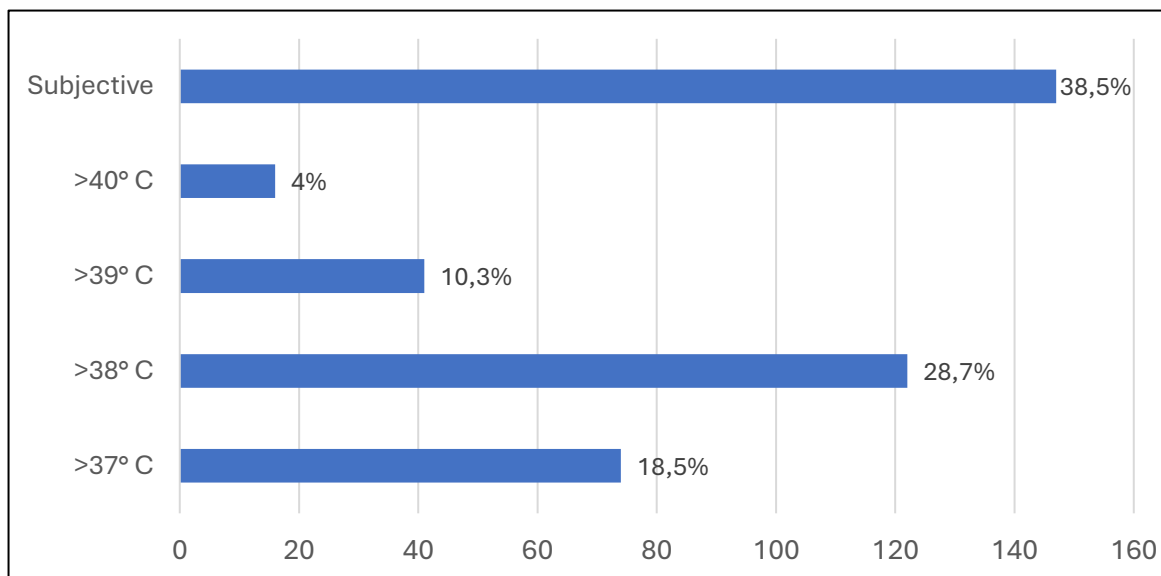


Figure 10 : Définition de la fièvre selon les parents

Environ 38,5% des parents avaient donné une définition subjective de la fièvre.

2. Possession ou non d'un thermomètre :

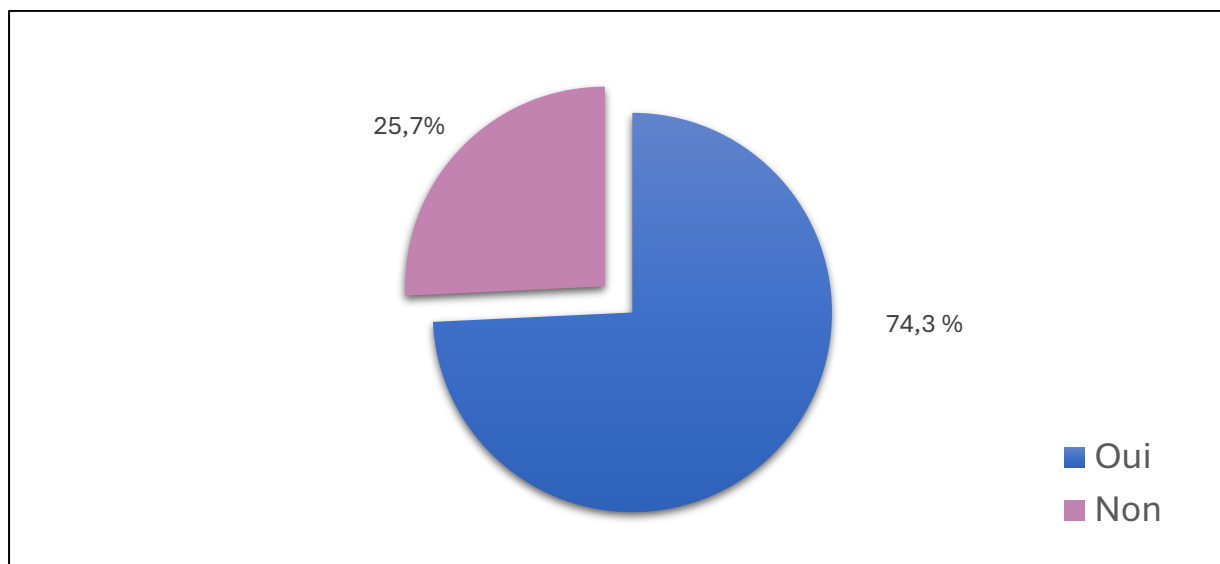


Figure 11 : Possession ou non d'un thermomètre

Un quart des parents (25,7 %) ne possédaient pas un thermomètre.

3. Type de thermomètre :

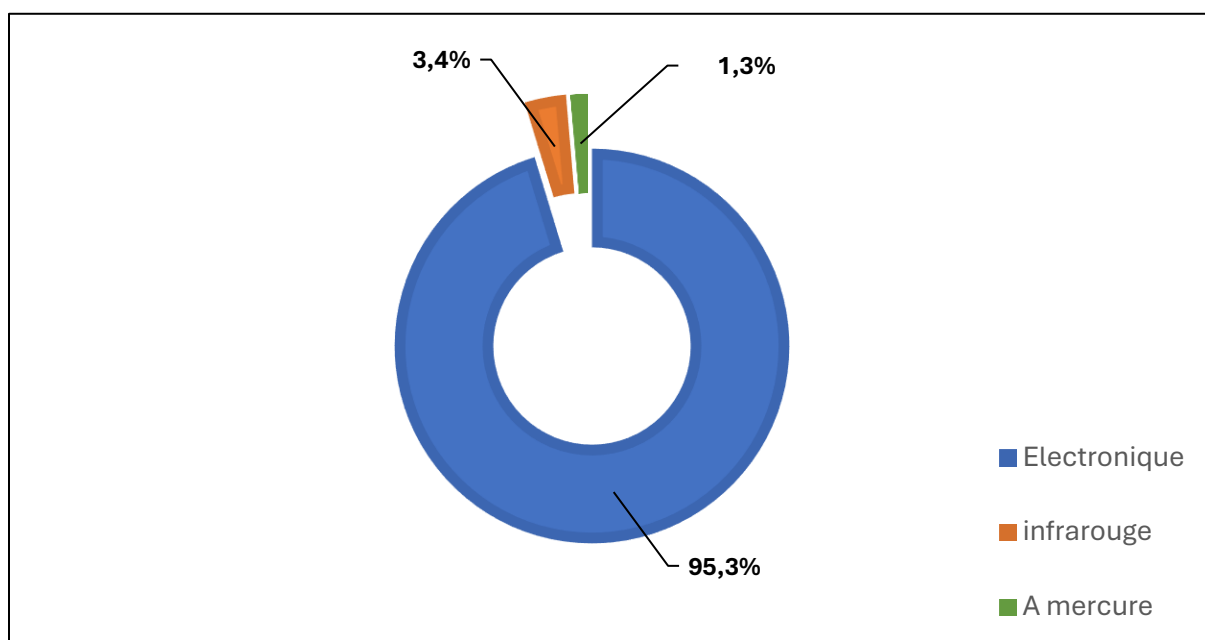


Figure 12: Type de thermomètre

La majorité des thermomètres utilisés par les parents (95,3%) étaient des thermomètres électroniques.

4. Aptitude des parents à utiliser et lire un thermomètre :

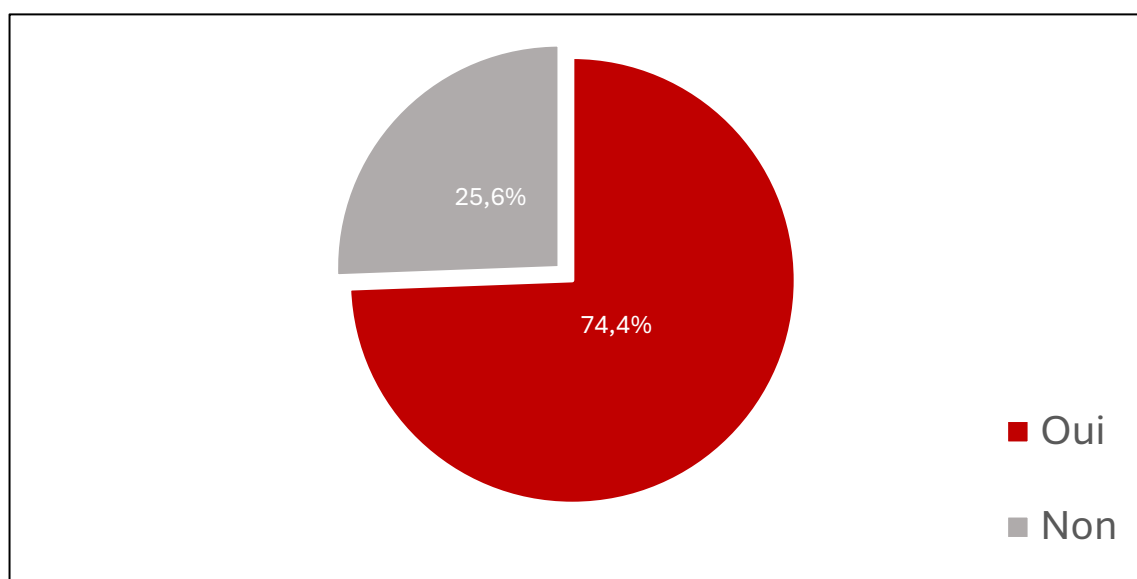


Figure 13: Aptitude des parents à lire et utiliser un thermomètre

La plupart des parents savaient lire et utiliser un thermomètre.

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

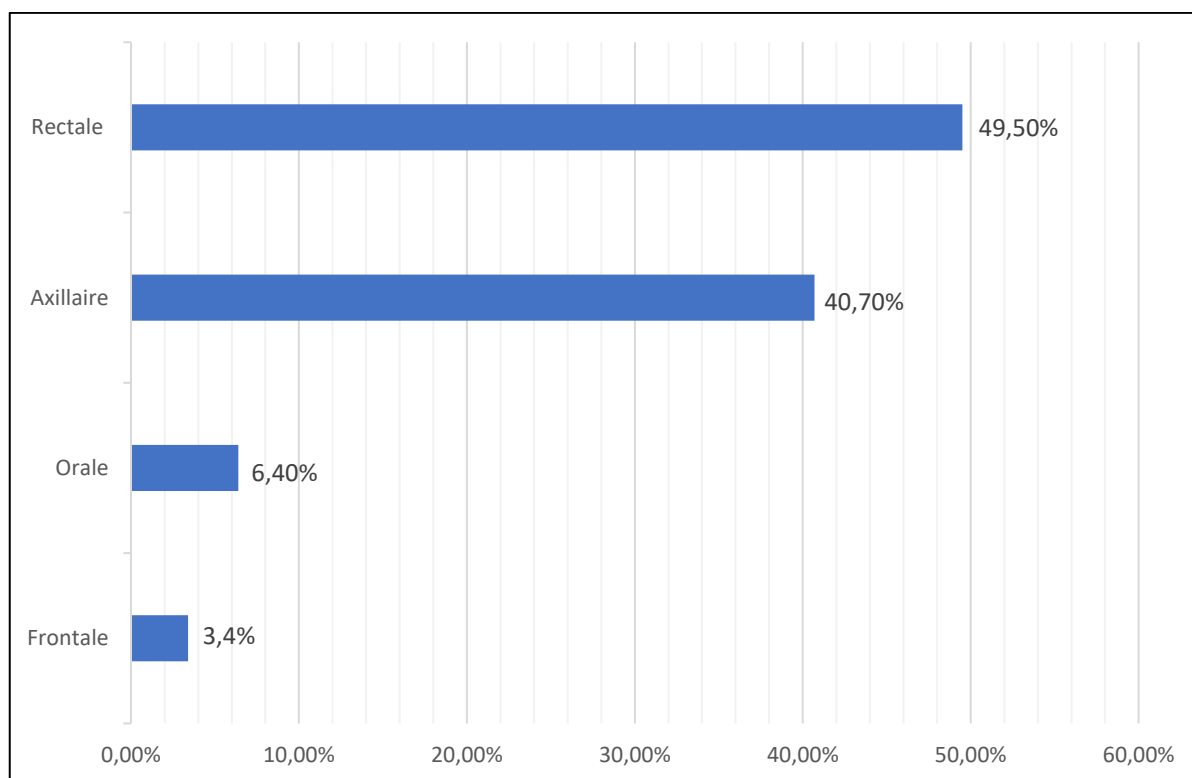


Figure 14 : Voie d'utilisation d'un thermomètre

Près de la moitié des parents qui savaient utiliser et lire un thermomètre, l'utilisaient par voie rectale.

6. La fièvre est-elle utile ou dangereuse ?

Tous les parents (100%) ont déclaré que la fièvre n'est pas utile.

Tous les parents (100%) ont répondu que la fièvre est dangereuse.

7. Les Complications possibles de la fièvre selon les parents :

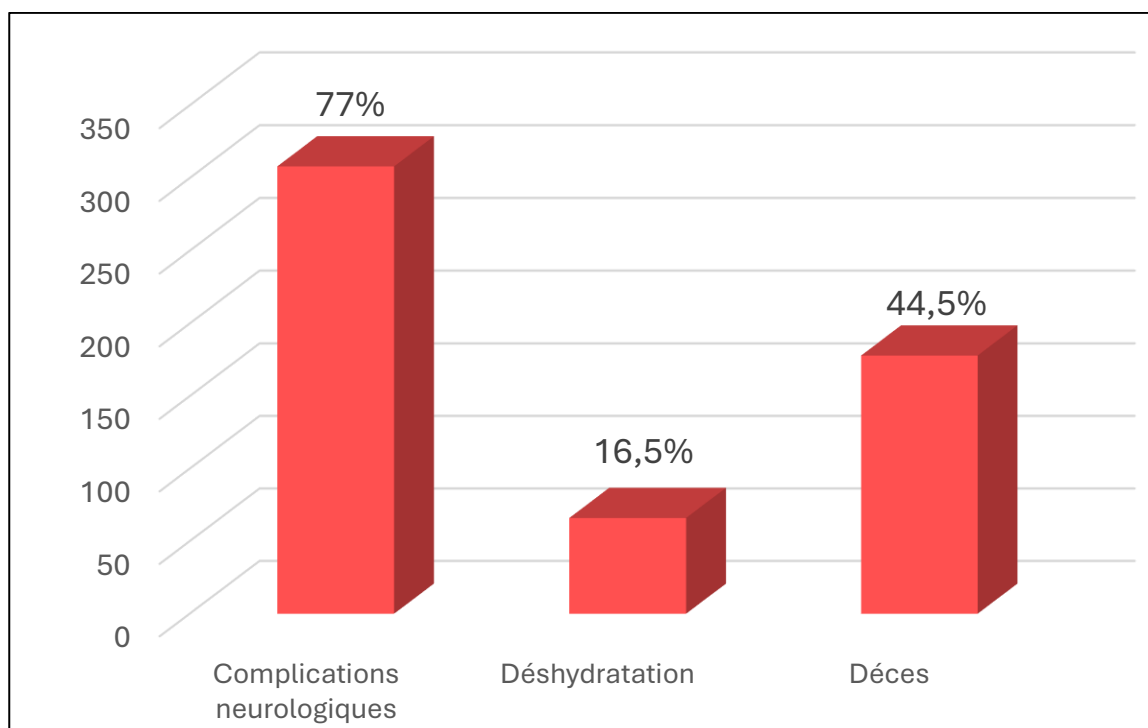


Figure 15 : les complications de la fièvre selon les parents

La complication la plus redoutable était l'atteinte neurologique qui se manifestait selon les parents par :

- Convulsions.
- Déficit moteur.
- coma.

VII. Prise en charge parentale de la fièvre :

1. Attitude immédiate des parents face à la fièvre :

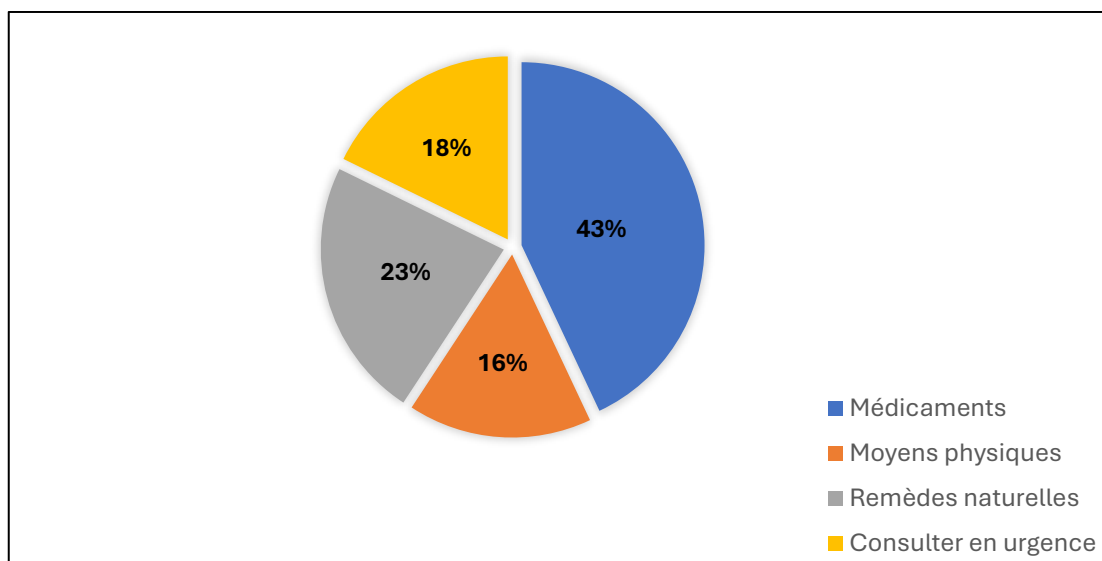


Figure 16 : Attitude immédiate des parents face à la fièvre

L'attitude immédiate la plus employée par les parents face à la fièvre était l'automédication.

2. Utilisation des moyens physiques :

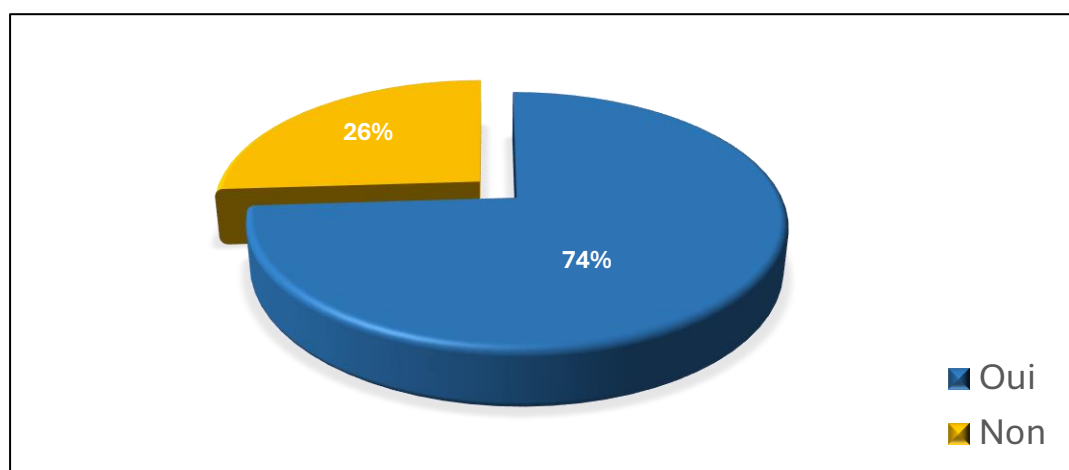


Figure 17 : Utilisation ou non des moyens physiques

Près de trois quart des parents (74%) ont déjà utilisé des moyens physiques.

3. Moyens physiques utilisés par les parents :

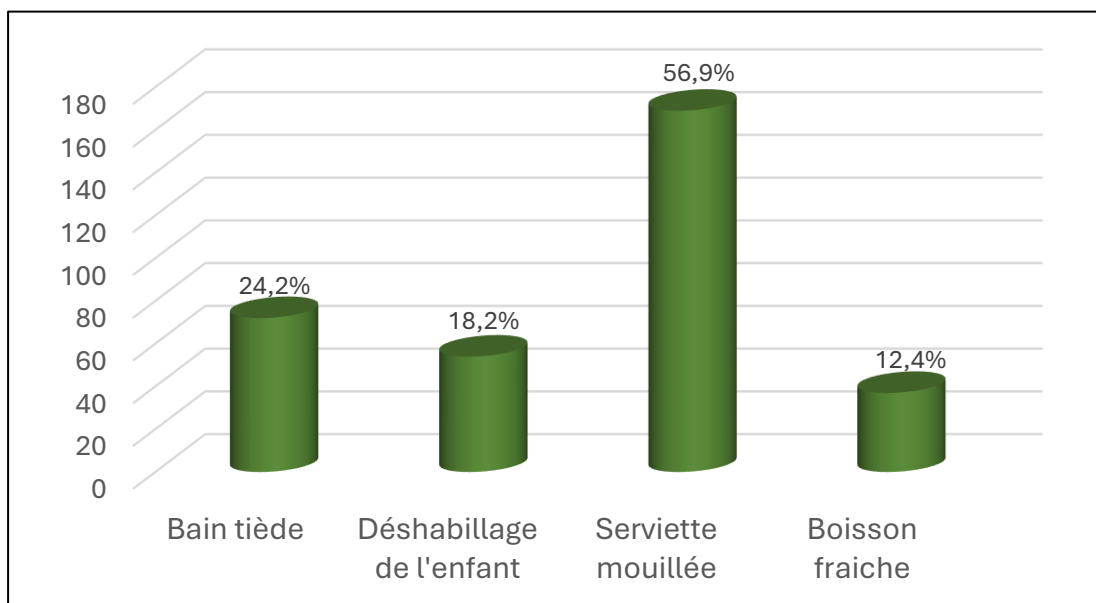


Figure 18: Moyens physiques utilisés par les parents

Le recours à une serviette mouillée était la méthode la plus adoptée des parents.

4. Utilisation d'un traitement médical :

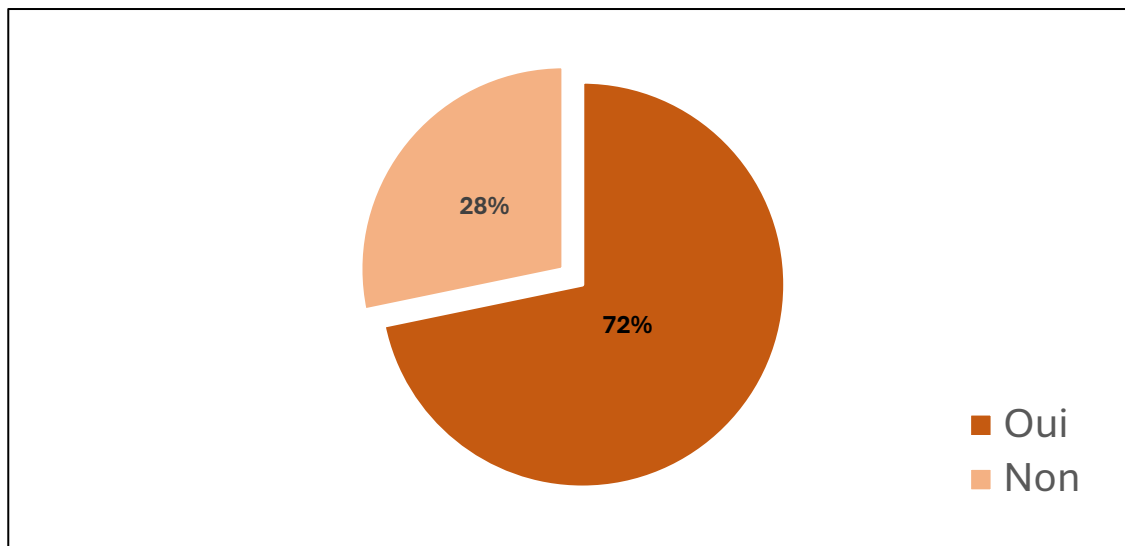


Figure 19 : L'utilisation ou non d'un traitement médical

La majorité des parents (72%) ont déjà utilisé un traitement médical avant la consultation.

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

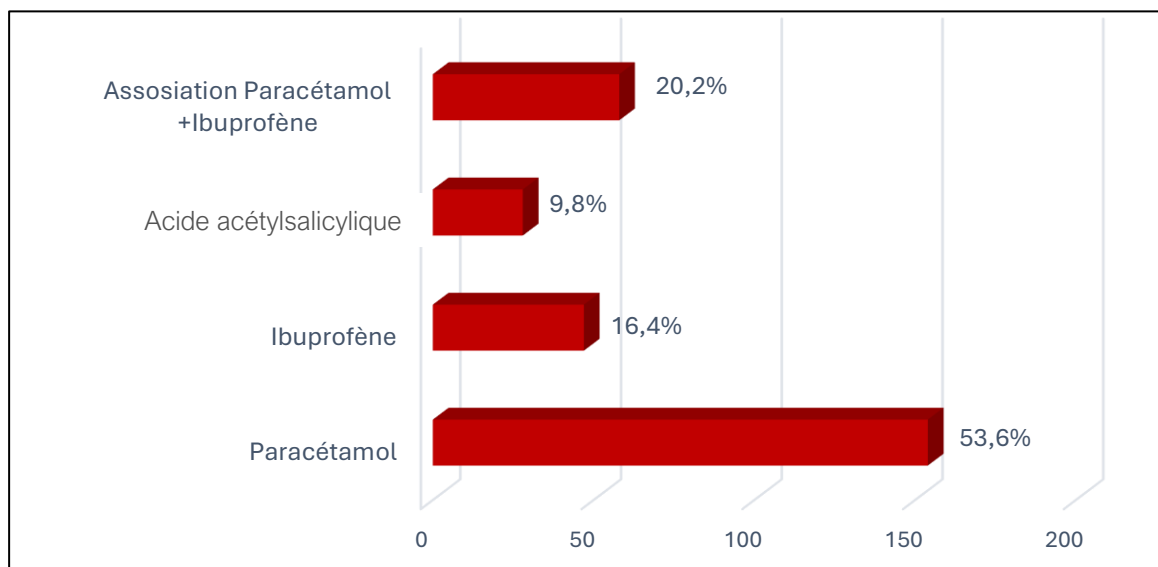


Figure 20 : Molécules utilisées par les parents pour traiter la fièvre

Le Paracétamol était de loin (53,6%) la molécule la plus utilisée par les parents comme antipyrétique.

6. Fréquence d'administration des antipyrétiques :

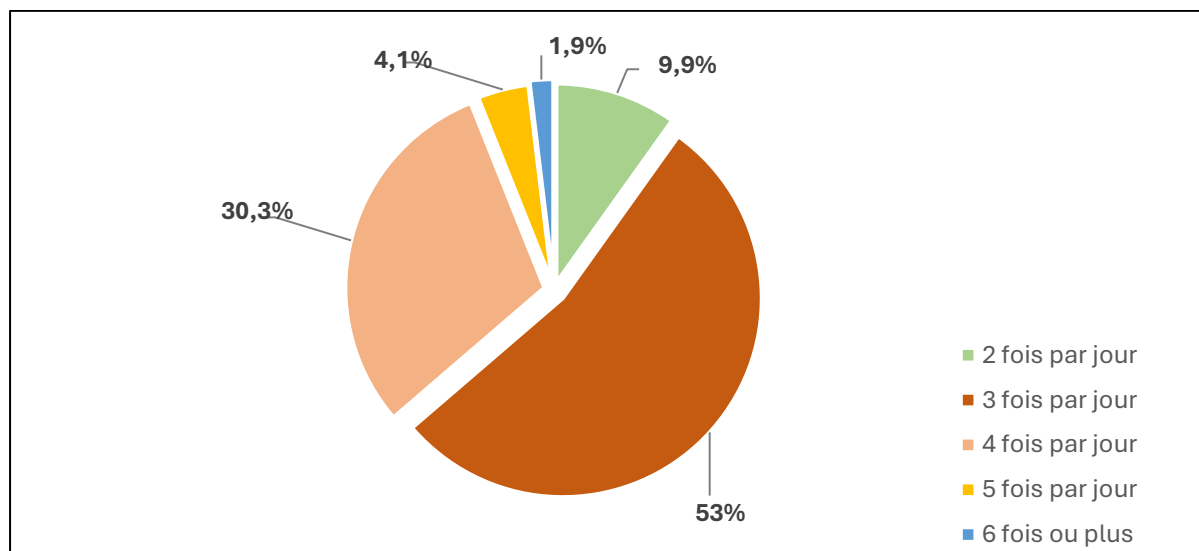


Figure 21: Fréquence d'administration des antipyrétiques

Plus de la moitié des parents administraient les antipyrétiques avec une fréquence de 3 fois par jour.

7. Voie d'administration des antipyrétiques selon les parents :

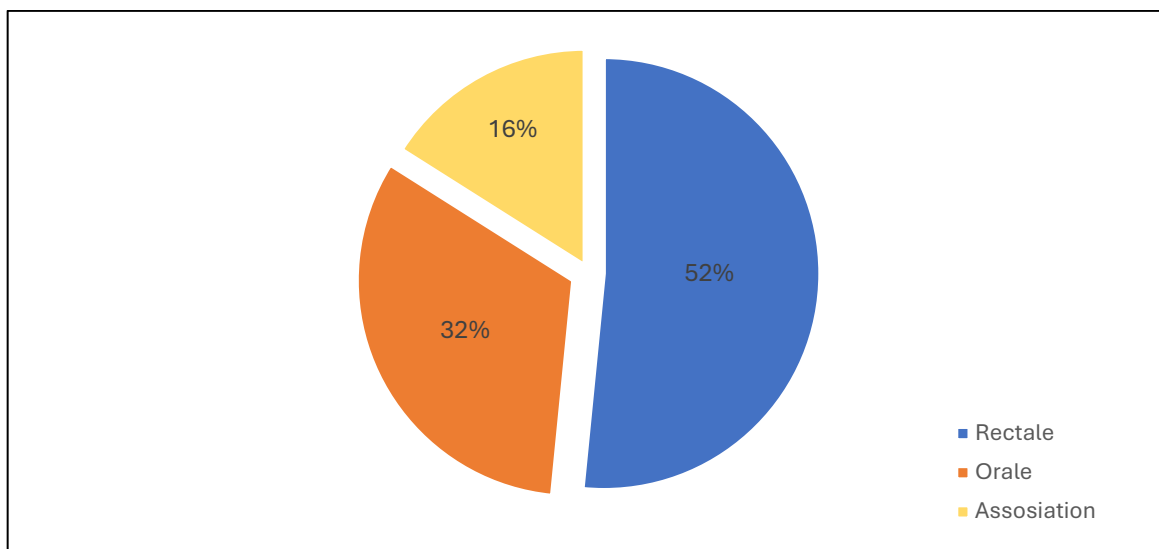


Figure 22 : Voie d'administration du traitement

La voie rectale était la plus utilisée par les parents pour administrer le traitement.

8. Utilisation d'un traitement traditionnel :

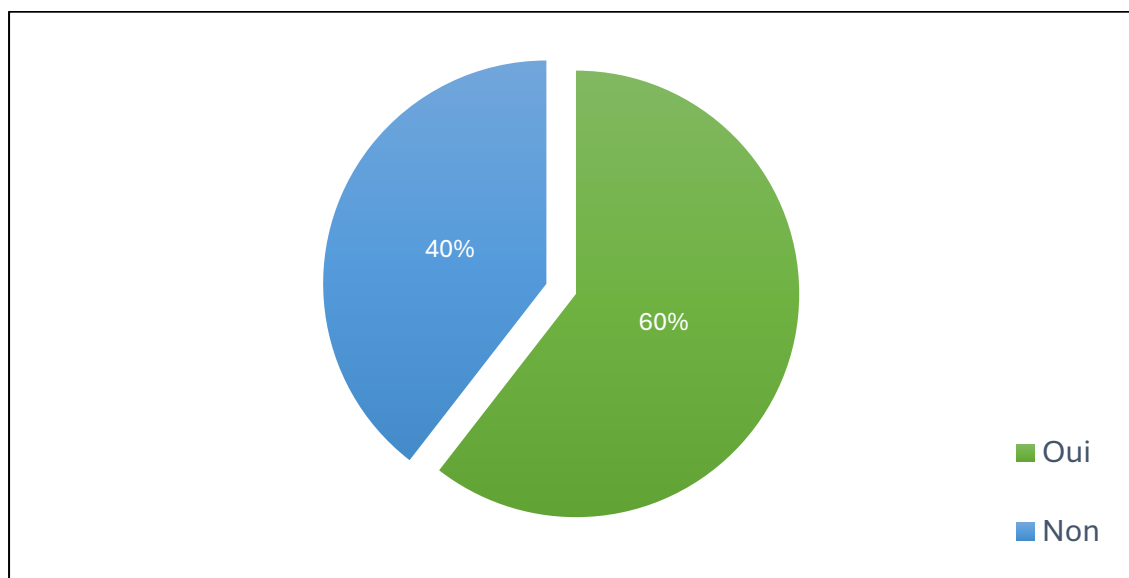


Figure 23 : Utilisation ou non d'un traitement traditionnel

Près de deux tiers des parents (60%) ont déjà utilisés un traitement traditionnel.

9. Moyens traditionnels utilisés :

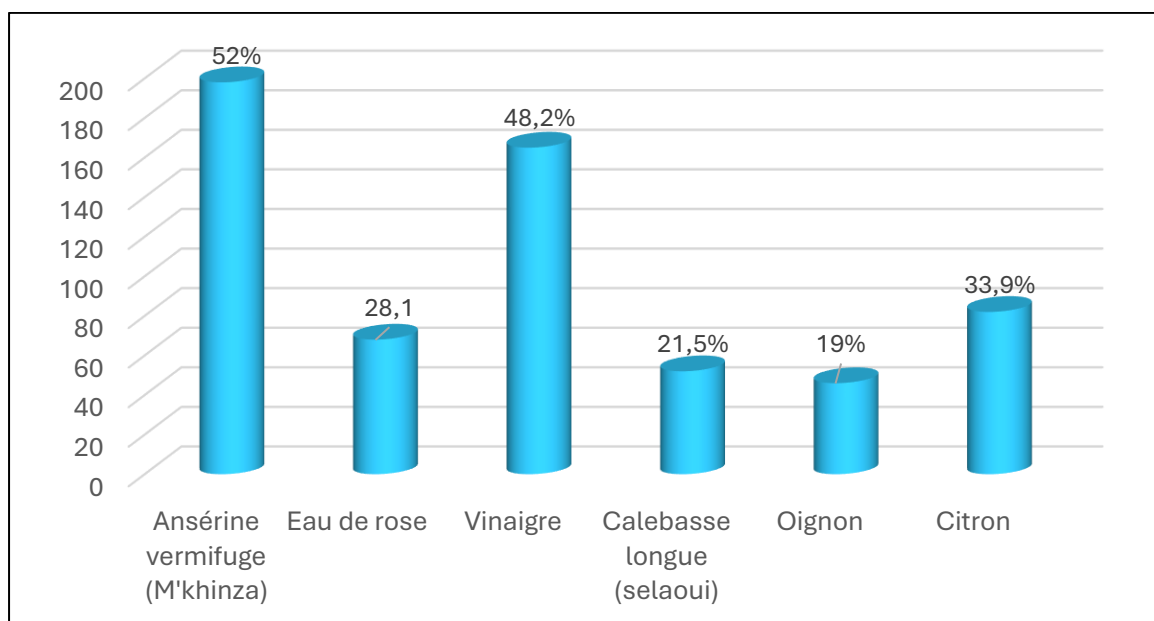


Figure 24 : Moyens traditionnels les plus utilisés par les parents

L'Ansérine vermifuge (M'khinza) était le remède naturel le plus utilisé par les parents contre la fièvre (52%).

10. Nécessité d'une consultation selon les parents :

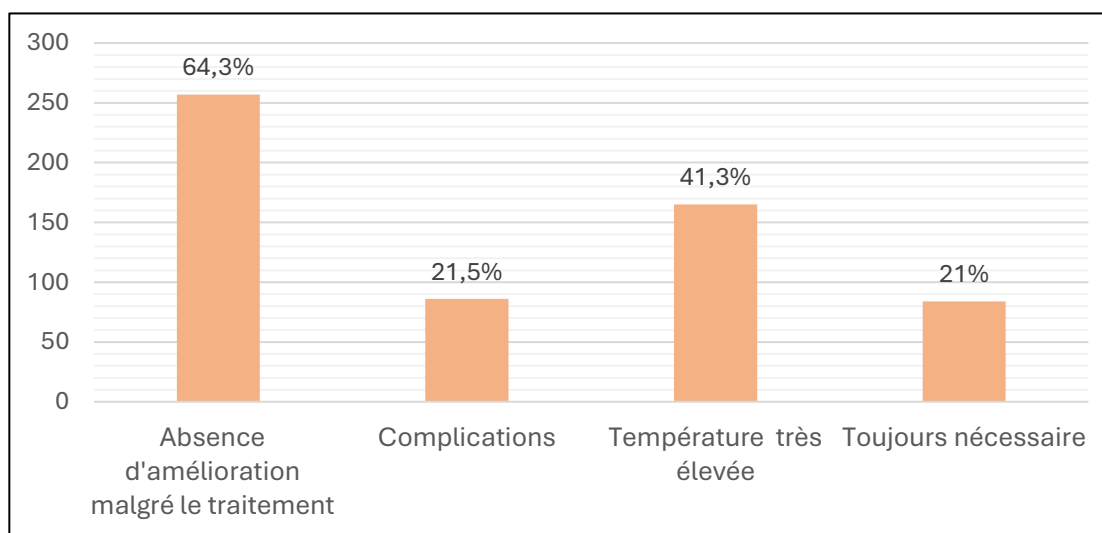


Figure 25 : Nécessité d'une consultation médicale

L'échec du traitement constitue la cause principale de la consultation médicale.

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

1. Réception ou non des informations concernant la fièvre :

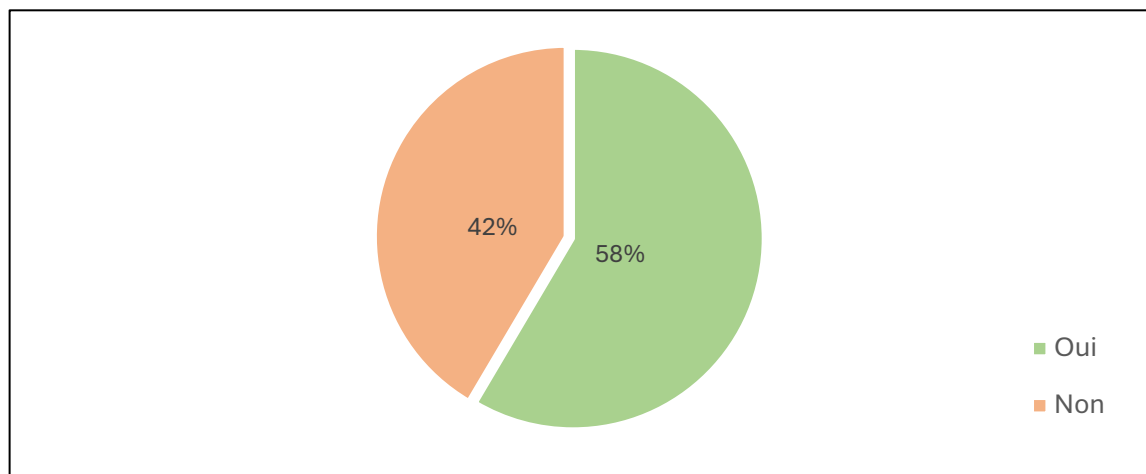


Figure 26 : Réception des informations concernant la fièvre

Plus de la moitié des parents (58%) ont reçu des informations concernant la fièvre.

2. Source des informations reçues :

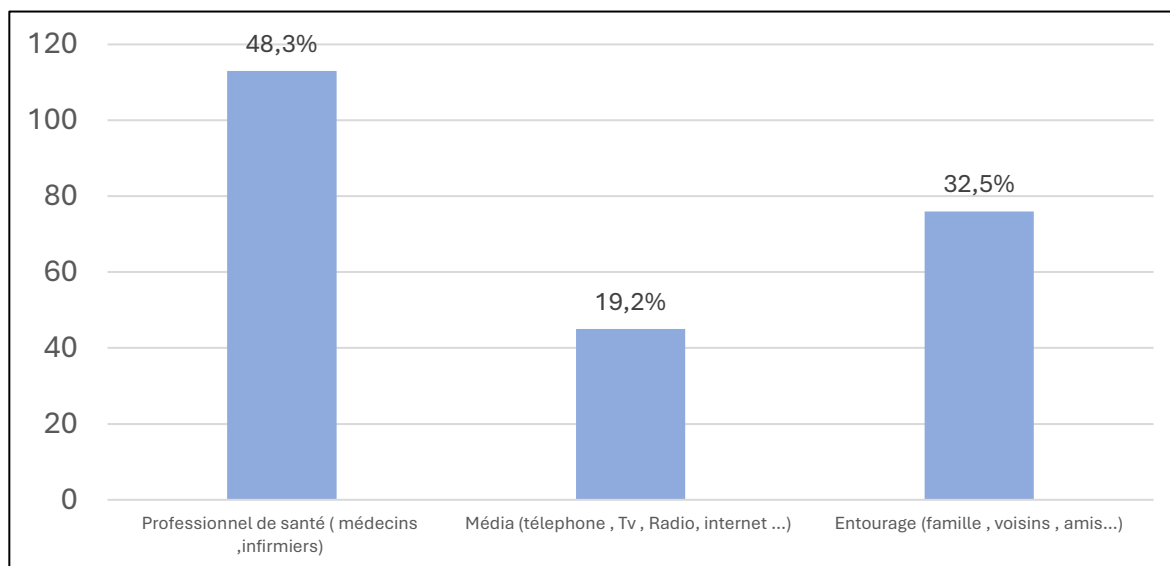


Figure 27 : source d'informations reçues par les parents

La principale source des informations était les professionnels de santé (48,3%).

3. Utilité des informations reçues :

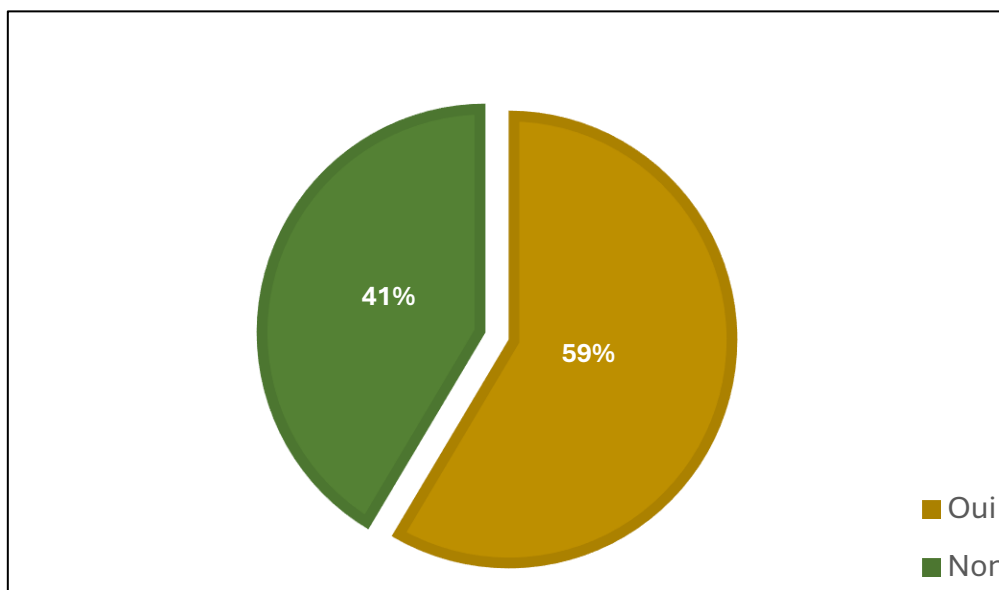


Figure 28 : Utilité des informations reçus

Plus de la moitié des parents (59%) trouvaient que les informations reçues étaient utiles.



DISCUSSION



I. Profils des parents :

L'analyse du profil socio-démographique des parents permet en général de mieux comprendre les déterminants qui orientent leurs attitudes et pratiques face à la fièvre.

1. Répondants au questionnaire :

Dans notre étude, la majorité des enfants étaient accompagnés par leur mère (77,8 %), proportion nettement supérieure à celle observée chez les pères (4,5 %).

Cette prédominance maternelle s'aligne étroitement avec les données rapportées dans la littérature, qu'elle soit nationale ou internationale.

En effet, plusieurs études menées dans différentes régions du Maroc (11,12) rapportent que la majorité des répondants aux questionnaires étaient des femmes. Ceci s'explique par le contexte culturel marocain, où les mères sont traditionnellement responsables des soins quotidiens et de la surveillance de l'état de santé de leurs enfants, renforcée par leur présence plus régulière au domicile. En effet, dans notre étude, 71,5 % des répondants étaient des femmes au foyer, un résultat comparable à celui rapporté par l'étude menée à Bagdad (13).

Au niveau international, plusieurs études réalisées en Europe, en Asie et au Moyen-Orient, rapportent aussi la participation maternelle qui dépasse fréquemment 70 % et peut atteindre plus de 90 %. À l'inverse, l'implication paternelle reste faible dans la majorité des contextes étudiés.

Ainsi, nos données confirment un constat largement partagé dans la littérature nationale et internationale : Les mères sont parmi les principaux acteurs de la prise en charge initiale de la fièvre de l'enfant et doivent principalement être incluses dans les programmes d'éducation à la santé (14).

Tableau 1 : Pourcentage des répondants selon les études

Etudes	Pays	Mère (%)	Père (%)	Les deux (%)	Autres
Eid et al (2025) (1)	Liban	82,2 %	16,2 %	1,6%	–
Çelik et Güzel (2024) (15)	Turquie	77.7%	–	–	–
Moreno et al (2024) (16)	Europe	71 %	24 %	–	5 %
Ishrat Nazme et al (2023) (17)	Bangladesh	96%	3 %	–	1%
Hussain et al (2020) (18)	Arabie saoudite	77,4 %	–	–	–
Lakraimi (2018) (11)	Marrakech	81,9%	13,8%	4,3%	-
Florin (2018) (19)	France	71%	15,2%	11,4%	2,5%
Pérez–Conesa et al (2017) (20)	Espagne	77,5 %	–	–	–
Rkain et al (2014) (12)	Rabat	81%	–	–	–
Notre étude (2025)	Safi	77,8%	4,5%	17,7%	–

2. Age des parents:

La tranche d'âge des parents la plus dominante dans notre étude était comprise entre 30 – 40 ans similaire à celle d'autres études (21–24).

L'âge moyen des mères était de 33 ans et celui des pères de 39 ans, des valeurs similaires à celles rapportées dans les études menées à Cotonou (25), en Turquie (15), et proches de celles observées en France (26,27) et en Danemark (28).

Dans autres études (17,29), nous avons constaté que la tranche d'âge la plus prépondérante était celle allant de 20 à 30 ans ou bien encore comprise 20 –50 (30).

L'inquiétude générée par ce symptôme ne se limite donc pas aux parents jeunes ou une tranche d'âge déterminée. Ainsi les parents de tout âge ont donc recours aux urgences face à la fièvre de leurs enfants.

II. Perception de la fièvre :

1. Homéothermie :

Chez l'Homme homéotherme, la température est régulée au niveau de la zone pré-optique de l'hypothalamus. Grâce à différents thermorécepteurs, ce centre thermorégulateur reçoit des informations sur la température extérieure, la température viscérale et la température centrale (31), Il adapte ensuite la production et les déperditions de chaleur, afin de maintenir une température optimale.

Cette température est de 37°C chez l'humain. Elle peut toutefois varier d'un individu à l'autre jusqu'à 0,5°C (18). Elle suit également un rythme circadien avec un nadir entre 2h et 4h du matin et une acrophase entre 17h et 19h (32).

2. Définition de la fièvre :

La fièvre correspond à un déplacement de la « valeur de référence » de la température de l'organisme, secondaire à des substances dites pyrogènes qui sont des fragments d'agents pathogènes. Ce déplacement se fait soit directement par l'intermédiaire de la protéine MIP-1 (Macrophage Inflammatory Protein 1) qui est capable de passer la barrière hémato-encéphalique, soit indirectement par opsonisation par le complément et phagocytose par des macrophages (33-35).

La fièvre est une élévation anormale de la température corporelle (36). Elle se définit selon l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS), par une élévation de la température centrale au-dessus de 38°C, en l'absence d'activité physique intense, chez un enfant normalement couvert et dans une température ambiante tempérée (37).

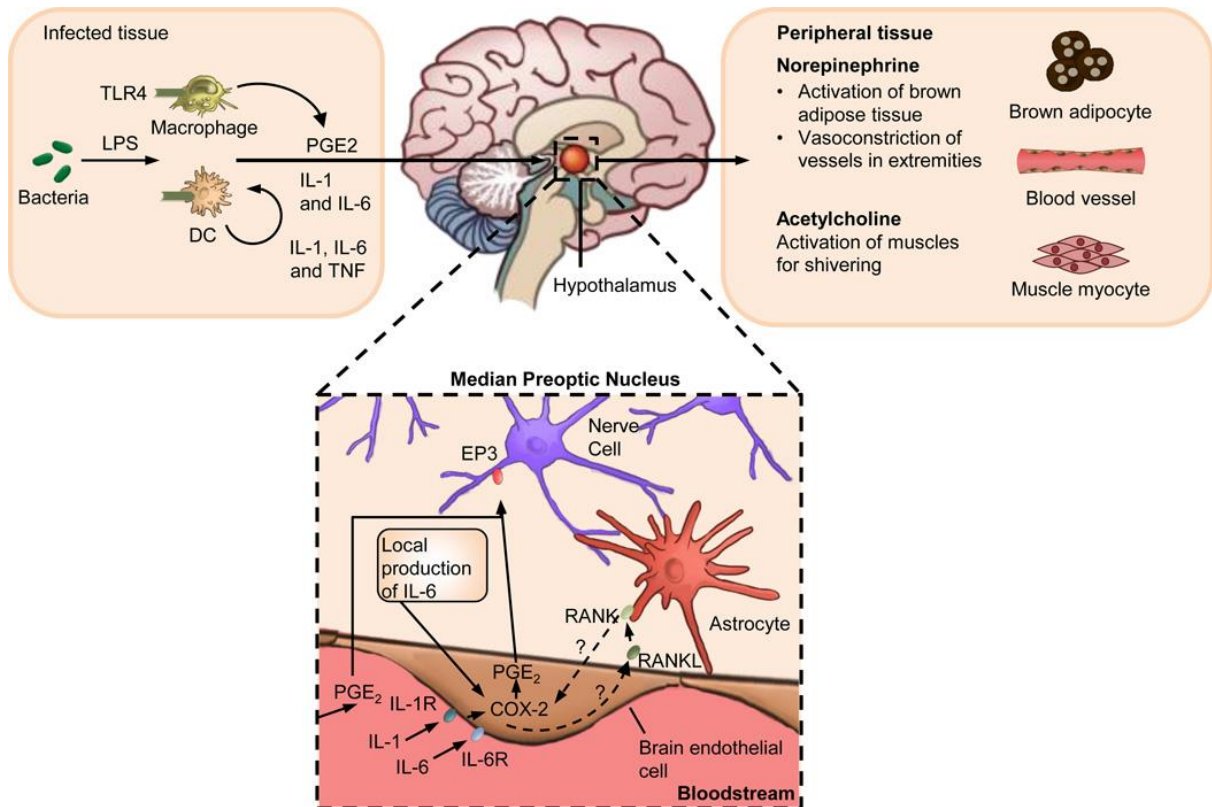


Figure 29 : Induction de la fièvre au cours de l'infection

Les résultats de notre étude montrent que la majorité des parents interrogés ne parvenaient pas à définir correctement la fièvre. Environ 38,5 % d'entre eux se contentaient d'une définition subjective, sans pouvoir citer la valeur seuil reconnue.

Plusieurs parents considéraient qu'une fièvre débutait à 37 °C, tandis que d'autres ne la situaient qu'au-delà de 39 °C ou même 40 °C. Seuls 28,7 % ont indiqué le seuil de 38 °C, qui correspond à la définition communément admise dans la littérature. Cette difficulté à définir la fièvre traduit une faible littératie en santé, fortement influencée par le niveau d'instruction. En effet, 83,2 % des parents ayant donné une définition imprécise étaient analphabètes ou n'avaient qu'un niveau primaire. Ce constat met en évidence le manque d'information et de sensibilisation des parents concernant la fièvre et sa prise en charge.

Même si ce taux reste relativement bas (28,7%), il témoigne néanmoins d'une amélioration progressive, puisqu'il dépasse les valeurs rapportées en 2007 (18,2 %) (38), en

en 2014 (3,5%) (12) et en 2018 (25 %) (11), soulignant ainsi une progression graduelle des connaissances parentales au fil du temps.

Ces résultats rejoignent ceux de la littérature concernant la difficulté pour les parents à définir la fièvre. Ainsi, en 2024, l'étude faite par Assimamaw et al en Éthiopie (29) a montré que 33,8% donnaient une vraie définition de la fièvre.

L'étude faite par Menekşe et al (39) en 2024 en Turquie a révélé que 45% donnaient une définition correcte de la fièvre.

Une étude publiée en Bangladesh (17) en 2023 montre qu'une minorité des parents (5%) connaissaient le seuil de la fièvre alors que 86 % d'eux confirmaient la fièvre de façon subjective.

En 2023, en Chine (40) seulement 21,1% des parents connaissent cette définition.

Dans une autre étude menée en Iraq (41) en 2022 : 90% des parents avaient des informations insuffisantes concernant la définition de la fièvre.

Dans un autre travail similaire fait à Marrakech en 2018 (11) seul 25% des parents connaissaient la température correcte équivalente à la fièvre.

En Malaisie, en 2018, Bong et al (42) a trouvé que seulement 26,1 % des participants possédaient de bonnes connaissances sur la fièvre et que ce faible pourcentage était significativement lié à l'origine ethnique des parents, à leur niveau d'instruction et au revenu du ménage.

Marion (43) a mis en évidence dans son étude que 42,9 % des parents identifiaient correctement le seuil de la fièvre à 38 °C, avec une meilleure connaissance observée chez les mères que chez les pères.

Alors que l'étude d'Elkon et al (44) en 2017 a montré que 16% des parents considéraient comme fièvre, une température inférieure à 38°C et que seulement 45% définissaient son seuil à 38°C.

En 2016, selon Lesoin et al (26), la fièvre a été définie par une température inférieure à 38°C par 26,3% des parents et seulement 47,4% avaient la bonne réponse.

En Arabie Saoudite, l'étude d'Abubaker et al (45) en 2014 a découvert que seulement 38,4% des parents qui connaissent cette définition.

Athamneh et al (29) avaient découvert en 2014 que 10% des parents croyaient que 38 ou 39°C était la température normale du corps, alors que 14% considéraient un enfant avec une température de 36 ou 37°C comme fiévreux.

D'autres études ont montré un haut niveau de connaissances. En 2022, l'étude de Salih et al en Arabie Saoudite (21) ont montré que 67,1 % des parents définissaient correctement la fièvre. Ce résultat pourrait s'expliquer par le niveau d'instruction élevé des participants, puisque 74,6 % d'entre eux avaient un niveau universitaire ou supérieur.

En 2014, De Bont et al. (46) (Pays-Bas) a affirmé que plus de 88% des parents considéraient la fièvre comme une température supérieure à 38°C. A cela, se joint l'étude de Zyoud et al. (47) en Palestine dont 78,3% des parents confirmaient cette définition.

On se basant sur les résultats de la littérature on peut déduire que la perception parentale de la fièvre et les attitudes adoptées en première intention sont étroitement liées à des multiples déterminants, notamment leur niveau sociodémographique, éducatif et socioéconomique, soulignant l'influence positive de l'éducation sur les connaissances parentales en matière de fièvre infantile.

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

Définition de la fièvre	Température > 38° C
Assimamaw et al (Ethiopie, 2024) (29)	33,8 %
Menekşe et al (Turquie, 2024) (39)	45 %
Ishrat Nazme et al (Bangladesh, 2023) (17)	5 %
Ng et al (Chine, 2023) (40)	21,1%
Fahdil et Ameen (Iraq, 2022) (41)	10 %
Salih et al (Arabie Saoudite, 2022) (21)	74,6%
Lakraimi (Maroc, 2018) (11)	25%
Lesoin (France, 2016) (26)	26,3%
Notre étude (Maroc, 2025)	28,7%

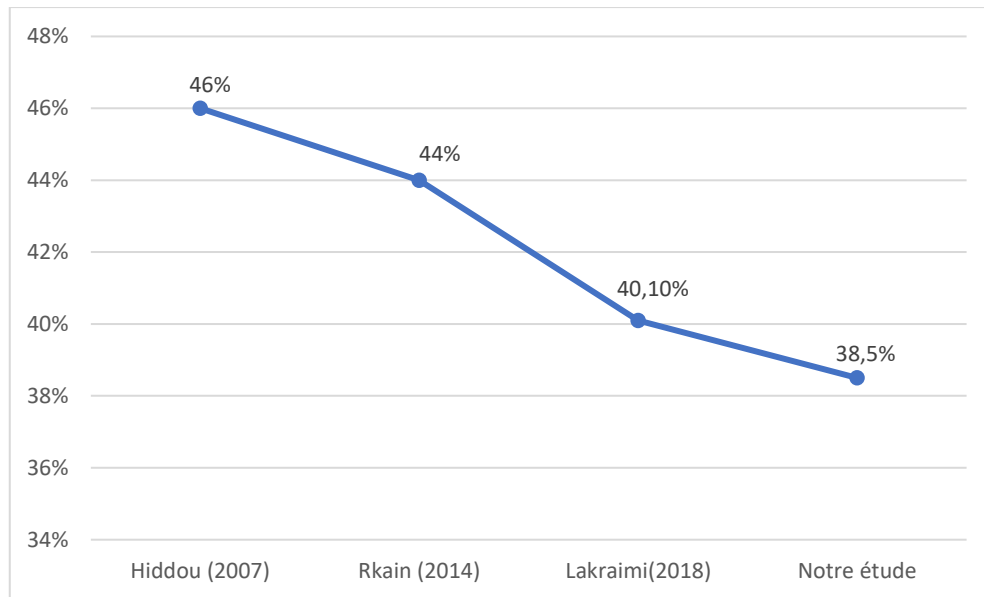


Figure 30 : Evolution du taux de parents définissant la fièvre de façon subjective selon les séries marocaines

3. Utilité et danger de la fièvre :

La fièvre joue un rôle essentiel dans la défense de l'organisme contre les infections. L'élévation de la température corporelle contribue à limiter la multiplication de nombreux agents pathogènes et peut même en détruire certains. Elle s'accompagne également d'une réduction de la disponibilité de plusieurs éléments indispensables à la croissance bactérienne, tels que le zinc, le cuivre et le fer, entravant ainsi leur prolifération (48).

La fièvre constitue une réponse physiologique normale de l'organisme face à un processus pathologique. Elle fait partie intégrante des défenses immunitaires et contribue à renforcer la capacité de l'organisme à combattre les infections et autres agressions externes. La fièvre peut avoir un rôle particulièrement bénéfique lors d'infections sévères ou invasives, et il a été observé que l'absence de fièvre dans certaines infections graves était associée à une augmentation de la mortalité (27). Comprendre cela peut aider les parents à considérer la fièvre non pas comme un ennemi, mais comme un allié de la santé de leur enfant (8).

De plus, plusieurs études suggèrent que l'usage systématique d'antipyrétiques pourrait retarder la résolution de certaines infections virales, en atténuant la réponse immunitaire.

Néanmoins, bien que la fièvre soit généralement protectrice, elle peut entraîner des complications si elle atteint des températures très élevées. Ces risques restent rares et peuvent souvent être évités par une surveillance appropriée et la mise en place de mesures préventives simples, telles qu'une hydratation adéquate et un suivi clinique attentif (49–53).

Bien que la fièvre soit fréquente dans diverses maladies et qu'elle soit généralement bénéfique, les parents se sentent souvent très inquiets lorsque leur enfant est fébrile. Ce comportement est appelé « phobie de la fièvre », qui a été introduit pour la première fois en 1980 par Schmitt, dans une étude pionnière réalisée aux États-Unis, qui a profondément marqué la littérature pédiatrique (54). Schmitt avait trouvé que la plupart des parents étaient indûment inquiets avec une fièvre basse, avec des températures de 38,9°C ou inférieures. Ainsi, environ 52% des parents avaient cru qu'une fièvre modérée avec des températures de 40°C ou inférieures peut entraîner des séquelles neurologiques sérieuses. D'autre part 85% des parents avaient donné des antipyrétiques avant que la température n'ait atteint 38,9°C. Par ailleurs, 23 % pensaient que, sans traitement, la température pouvait atteindre 42,0 °C ou plus.

L'étude faite AL-Eissa et al en Arabie Saoudite (55) a déduit que 64 % des parents estimaient qu'une température inférieure à 40,0 °C pouvait être dangereuse pour un enfant et 25 % étaient incapables de définir la forte fièvre, alors que 62 % ignoraient la température minimale à partir de laquelle administrer des antipyrétiques et qu'une grande majorité des parents (environ 95 %) ont manifesté une crainte excessive des conséquences de la fièvre sur l'organisme.

De nombreux parents considèrent la fièvre non pas comme un simple signe clinique, mais comme une pathologie à part entière (56). Cette représentation contribue à une anxiété marquée, en particulier lorsque la température augmente ou persiste, lorsque l'enfant paraît inconfortable ou abattu, et face à la crainte de complications graves. Cette perception conduit certains parents à redouter une élévation excessive de la température, qu'ils estiment susceptible de compromettre le pronostic vital de l'enfant (15).

Une fois la fièvre objectivée, il est primordial d'en apprécier sa tolérance et d'éliminer des signes de gravité afin de dicter une démarche à suivre et par la suite éviter les complications (27).

Ces complications majeures (57) sont :

1. **Les crises convulsives hyperthermiques** : elles sont très impressionnantes pour les parents car ils ont l'impression que leur enfant va décéder. La crainte de leur survenue explique en grande partie la préoccupation des parents concernant l'apparition d'une fièvre chez leur enfant, qu'il ait eu ou non une crise par le passé.
2. **La déshydratation** : La fièvre entraîne une augmentation des pertes hydriques par pertes respiratoires et par la transpiration. On estime ces pertes à 80 ml/m²/24h par degré au-dessus de 37°C. Chez le nourrisson qui ne peut exprimer sa soif et qui est plus sensible aux effets de la déshydratation, il ne faut pas hésiter à augmenter les apports hydriques en augmentant la quantité d'eau par biberon de 10 à 30 ml et surtout en proposant des solutés de réhydratation.
3. **L'hyperthermie maligne** : c'est une hyperthermie supérieure à 40°C associée à une atteinte pluri-viscérale comportant des complications cardiovasculaires avec possible collapsus, des complications hépatiques avec troubles de la coagulation (CIVD), des complications rénales et neurologiques (convulsions, coma) sans qu'aucune autre cause puisse expliquer ces lésions.

Dans notre étude, l'ensemble des parents considérait la fièvre comme dangereuse pour l'enfant. Les principales craintes évoquées concernaient les complications neurologiques (convulsions, coma, déficits moteurs, handicap ou atteinte visuelle), rapportées par 77 % des parents, suivies par la peur du décès, exprimée par 44,5 %. Ainsi, des parents avaient cité des justifications irréalistes comme « l'enfant ne peut ni boire ni manger ni marcher » en les considérant comme des risques de la fièvre. Tout cela reflète d'une part la crainte et

l'inquiétude exagérées des parents face à la fièvre, et d'autre part leurs méconnaissances de ses risques et de ses bénéfices.

Ces résultats concordent avec ceux de la littérature, notamment l'étude réalisée par Reem Eid et al. (1) en 2025 au Liban, met en évidence que 49,2 % des participants considéraient le risque de convulsion comme la complication la plus redoutée. Par ailleurs, 24,6 % craignaient qu'un épisode fébrile ne soit le signe d'une maladie sous-jacente plus grave, tandis que 26,2 % redoutaient la survenue de lésions cérébrales.

L'étude conduite par Tohodjèdé Y. et al. (25) en 2024 fait ressortir une perception largement anxiogène de la fièvre chez les parents. Selon les résultats rapportés, la fièvre était principalement associée à des conséquences graves telles que l'anémie (58,9 %), les convulsions (41,5 %) et le décès (28,7 %). En outre, les parents considéraient que la gravité de l'épisode fébrile chez l'enfant dépendait essentiellement de l'intensité et de la durée de la fièvre.

Les auteurs de l'étude réalisée en Turquie en 2024, ont mis en évidence que la crainte la plus fréquemment rapportée était celle des convulsions fébriles, mentionnée par 95,3 % des répondants. Par ailleurs, 36,8 % des parents redoutaient une lésion cérébrale, tandis que 17 % pensaient que la fièvre pouvait aggraver la maladie sous-jacente de l'enfant. D'autres inquiétudes étaient également exprimées, telles que la déshydratation (15,8 %), le risque de décès (14,8 %), ou encore la possibilité d'un délire (8,6 %). Enfin, 2,3 % des parents évoquaient la peur d'un coma lié à l'épisode fébrile (15).

En 2021, en Arabie Saoudite Al Arifi (58) et al a montré que la majorité des parents (79,7 %) ont déclaré que les effets secondaires les plus graves de la fièvre étaient les convulsions, les lésions cérébrales (39,3 %), le coma (29,9 %), la déshydratation (29,7 %) et le décès (25 %).

Hussain et al (18) a rapporté dans son travail réalisé en 2020 que la majorité des parents saoudiens (80 %) pensaient que les convulsions étaient la conséquence d'une forte fièvre non traitée. Cette étude a révélé la persistance de nombreuses idées fausses concernant la fièvre : plus de 90 % des parents exprimaient une crainte excessive des conséquences de la fièvre sur l'organisme et croyaient que les antibiotiques pouvaient faire baisser la température.

Une étude réalisée par Bong et Tan (42) en 2018 en Malaisie a constaté que la quasi-totalité des parents croyaient que la fièvre pouvait être dangereuse pour la santé des enfants (93,6 %), et 72 % des participants ont déclaré être toujours inquiets lorsque leur enfant avait de la fièvre. Les trois principales sources d'inquiétude parentale étaient l'inconfort de l'enfant pendant la fièvre (68,8 %), la persistance d'une élévation de la température corporelle (68,2 %) et la crainte des complications liées à la fièvre (63,7 %). Ainsi, 67,5 % d'entre eux redoutaient principalement les convulsions, tandis que 52,2 % craignaient l'apparition de lésions cérébrales. De plus, 44,6 % évoquaient la possibilité d'une incapacité mentale, et 38,9 % redoutaient même un risque de décès.

Dans son étude réalisée à Marrakech en 2018, Lakraimi a rapporté que tous les parents considéraient la fièvre comme une situation à risque pour l'enfant. Les atteintes neurologiques, notamment le handicap et les troubles visuels, constituaient la préoccupation principale (65,1 %), devant la peur du décès (39 %), tandis que la déshydratation était évoquée par 13,6 % des parents (11).

En 2014, Abubaker et al en Arabie Saoudite (59), ont trouvé dans son travail que 47,7% des parents croyaient que la fièvre provoquait le délire, 35,3% les convulsions, 25% la déshydratation, 11% le coma et 2,6% le décès.

L'étude effectuée par Rkain et al. (12) à Rabat en 2014, a démontré que la fièvre était une condition très sérieuse pour les parents, elle pourrait entraîner des effets secondaires tels que les lésions cérébrales (28,9%), les convulsions (18,8%), la paralysie (19,5%), les difficultés respiratoires (14,8%) et le coma (14,8%).

En 2014, Cinar et al (60) ont montré que les parents turcs, pensaient qu'une fièvre non traitée pouvait provoquer des convulsions fébriles (84 %), des lésions cérébrales (10,5 %) ou la mort (12 %).

L'étude réalisée par Zyoud et al. (47) en Palestine en 2013 a indiqué que l'atteinte du système nerveux central (dommages cérébraux et perte de connaissance) était déclarée par 52% des parents comme effet néfaste de la fièvre suivie de la déshydratation (15,7%).

En 1980, Schimdt (54) a déclaré d'après son étude, que les dangers principaux de la fièvre selon les parents étaient les convulsions fébriles (48%), l'atteinte du système nerveux central (27%) et le décès (11%).

À la lumière des données de la littérature et des résultats de notre étude, il apparaît que la majorité des parents percevaient la fièvre comme une menace et une source de danger, avec une méconnaissance quasi totale de ses effets bénéfiques, certains la confondant même avec la maladie elle-même (61). La plupart des parents traitaient la fièvre agressivement dès son apparition même si elle est minime. D'autres études avaient montré que la conscience parentale envers les risques réels de la fièvre était très faible (62-64).

Tableau III : Complications de la fièvre selon les parents des différentes études comparées à celles de notre étude

Complications de la fièvre selon les parents	Reem Eid et al (1) (Liban, 2025)	Çelik et Güzel (15) (Turquie , 2024)	Al Arifi et Alwhaibi (58) (Arabie Saoudite , 2021)	Lakraimi (11) (Marrakech , 2018)	Bong et Tan (42) (Malaisie, 2018)	Rkain (12) (Rabat , 2014)	Notre étude (Safi, 2025)
Atteinte du SNC	26,2%	36,7%	39,3%	65,1%	52,2%	28,9%	77%
Convulsion fébrile	49,2%	95,3%	79,7%	–	67,5%	18,8%	52%
Déshydratation	–	15,8%	29,7%	13,6%	–	–	16,5%
Atteinte rénale	–	–	–	10,8%	–	–	–
Difficultés respiratoires	–	–	–	–	–	14,8%	–
Coma	–	2,3%	29,9%	–	–	–	–
Décès	–	14,8%	25%	39,1%	38,9%	–	44,5%

4. Méthodes de mesure de la fièvre :

Le thermomètre électronique rectal demeure actuellement la méthode de référence pour la mesure de la température corporelle, son efficacité et sa fiabilité ayant été démontrées dans de nombreuses études (1,9,22,23,43,57,65,66).

Les recommandations concernant le meilleur site de prise de température chez l'enfant divergent. Les recommandations du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) préconisent la prise de température axillaire, à l'aide d'un thermomètre électronique pour les nourrissons de moins de 4 semaines et d'un thermomètre chimique ou électronique pour les enfants plus âgés (67).

L'Académie Américaine de Pédiatrie, quant à elle, suggère la thermométrie rectale pour les enfants de moins de 4 ans et la thermométrie buccale pour les enfants plus âgés (68). Cependant, son utilisation est déconseillée par d'autres recommandations cliniques en raison

de problèmes de sécurité et de praticité, ainsi que de l'inconfort physique et psychologique qu'elle peut engendrer (67,69).

De plus, elle est contre-indiquée chez les enfants neutropéniques ou immunodéprimés (70).

D'autres sites de mesure sont moins précis que la température rectale, mais peuvent être utilisés en pratique clinique. La température buccale est considérée comme l'une des plus précises, bien qu'elle soit en moyenne inférieure de 0,5 °C à la température rectale. Cependant, elle n'est pas adaptée aux enfants de moins de 5 ans et certains enfants peuvent la trouver désagréable. La mesure de la température axillaire peut être considérée comme une alternative valable, car elle est pratique et relativement précise, mais sa sensibilité est inférieure à celle de la température rectale (67,71,72).

Le thermomètre en verre au gallium, également appelé thermomètre écologique, contient du Galinstan, un liquide qui se dilate sous l'effet de la chaleur et ne présente aucun risque pour l'environnement, contrairement au mercure utilisé autrefois. Il a été proposé comme alternative à la thermométrie axillaire, car il pourrait offrir une précision supérieure à celle des thermomètres numériques. Cependant, il doit être maintenu en place pendant 5 minutes pour garantir une mesure correcte et le verre le rend inadapté aux jeunes enfants (73-75). Les thermomètres tympaniques infrarouges constituent une alternative possible et ils ne sont pas précis chez les enfants de moins de 3 mois. Les thermomètres frontaux chimiques sont peu fiables (76). Les thermomètres temporaux et les thermomètres infrarouges frontaux sans contact représentent des techniques émergentes, mais des études complémentaires sont nécessaires (77,78).



Figure 31 : Thermomètre au Gallium

Nos résultats sont en accord avec la littérature. En effet, dans notre étude, 74,3 % des parents disposaient d'un thermomètre à domicile, dont la quasi-totalité utilisait un thermomètre électronique (95 %). La voie rectale était la plus utilisée (49,5 %), car elle était jugée plus fiable pour mesurer la température centrale et moins influencée par l'environnement. La voie axillaire arrivait en deuxième position (40,7 %), principalement en raison de sa facilité d'utilisation et de son caractère non invasif.

En revanche, d'autres études rapportent que la voie axillaire était la méthode de mesure de la fièvre la plus privilégiée. Ainsi, en 2024, l'étude menée par Assimamaw et al. en Ethiopie a montré que la voie axillaire était la méthode de mesure de la fièvre la plus fréquemment utilisée par les parents, avec un taux de 55,1 % (29).

En 2024, l'étude menée par Chakravarthi et al. en Inde (79) a révélé que 16 % des mères utilisaient un thermomètre numérique, tandis que 4 % avaient recours à un thermomètre à mercure. En ce qui concerne le site de mesure de la température, la voie axillaire était la plus fréquemment employée (50 %), suivie de la voie orale (26 %) et de la voie rectale (5 %).

Salih et al (21) ont rapporté que les parents 56,3 % utilisaient un thermomètre électronique, et privilégiaient la voie axillaire pour la prise de température (26,1 %), suivie de la voie orale (25,6 %) et rectale (3,5 %).

Aux États-Unis, l'étude réalisée par Hiller et al. (80) en 2019 a mis en évidence que la quasi-totalité des parents (98,4 %) recouraient à un thermomètre pour évaluer la température de leur enfant. Parmi les sites de mesure rapportés, la voie axillaire était la plus utilisée (41,2 %), suivie de la voie orale (36,4 %), de la voie frontale (23,6 %), de la voie tympanique (19,1 %) et de la voie rectale (10,9 %).

Dans l'étude menée à Rabat, Faraj et al ont rapporté que, parmi les parents utilisant un thermomètre, 52 % privilégiaient la voie axillaire, tandis que 48 % recouraient à la voie rectale (81).

En 2018, l'étude de Lakraimi à Marrakech (11) a mis en évidence que la voie axillaire était la plus fréquemment utilisée par les parents (52,9 %), suivie de la voie rectale (37,6 %), puis de la voie orale (7 %) et enfin de la voie auriculaire (2,5 %).

L'étude de Polat (82) en Turquie avait montré que le site de mesure préféré des parents était la voie axillaire (57,3%) suivi par la voie auriculaire (19,1%). La voie de référence (rectale) n'était utilisée que par 0,4% des parents et 15,5% identifiaient la fièvre de façon subjective.

L'étude de Rkain (12) à Rabat avait montré que seuls 54.4% des parents avaient utilisé le thermomètre ; alors que 44.4% détectaient la fièvre par le toucher au front. La voie rectale avait constitué 73.7% des mesures suivie par la voie axillaire 25%.

L'étude de Poirier aux Etats unis (83), a signalé que près de 60% des parents prenaient la température par voie buccale et 7,4% l'identifiait par palpation.

En pratique quotidienne, certaines méthodes de dépistage, moins précises, sont intéressantes parce qu'elles évitent le stress, voire les traumatismes, que peut entraîner la prise de température rectale, on peut ainsi utiliser :

- Les bandeaux à cristaux liquides à mettre sur le front,
- Le thermomètre électronique par voie buccale ou axillaire qui nécessite des temps de prise plus longs et a l'inconvénient d'une sous-estimation fréquente
- Le thermomètre à infrarouge, généralement utilisé par voie auriculaire, qui présente l'avantage d'un temps de prise très rapide (une seconde) (78,84).

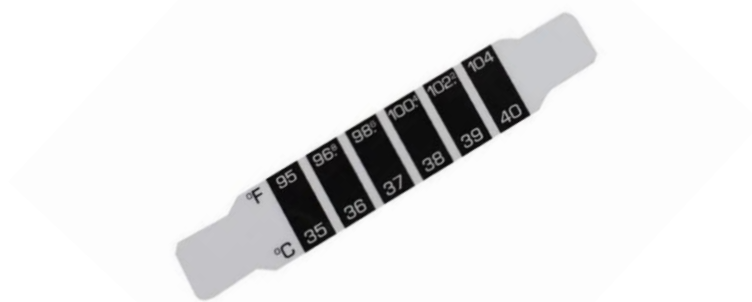


Figure 32 : Thermomètre frontal à cristaux liquides



Figure 33 : Thermomètre à infrarouge

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

	Voie rectale	Voie axillaire	Voie orale	Voie auriculaire	Subjective
Eid et al (1) (Liban, 2025)	57.6%	6,3%	4,7%	27,2%	-
Assimamaw et al (29) (Ethiopie, 2024)	-	55,1%	-	-	-
Tohme et al (9) (Liban, 2024)	38%	-	-	20,2%	65,9%
Chakravarthi et al (79) (Inde, 2024)	5%	50%	26%	-	60%
Salih et al (21) (Arabie Saoudite, 2022)	3,5%	26,1%	25,6	-	-
Sakr et al (22) (Liban, 2022)	55,9%	8,2%	-	26,1%	6,1%
Hiller et al (80) (Etats-Unis, 2019)	10,9%	41,2%	36,4%	19,1	-
Lakraimi (11) (Marrakech, 2018)	37,6%	52,9%	7%	2,7%	40,1%
Lesoin (26) (France, 2016)	65%	-	-	11%	7%
Faraj et al (81) (Rabat, 2015)	48%	52%	-	-	60%
Polat et al (82) (Turquie, 2014)	0,4%	57,3%	-	19,1%	19,1%
De Bont et al (46) (Europe, 2014)	26,8%	37,8%	7%	2,7%	40,1%
Hiddou (38) (Marrakech, 2007)	43,8%	5,7%	-	-	50,5%
Notre étude (Safi,2025)	49,5%	40,7%	6,4%	0%	38,5%

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

1. Conduite immédiate :

Le recours fréquent des parents aux services hospitaliers et aux services d'urgences en cas de fièvre chez l'enfant a été largement rapporté dans la littérature (33). Ce comportement est principalement attribué à une inquiétude excessive et à une forte préoccupation concernant l'état de santé de l'enfant, souvent en lien avec la peur de complications graves (3).

Plusieurs auteurs soulignent que cette attitude peut être expliquée, en partie, par la difficulté des parents à prendre en charge la fièvre à domicile, notamment chez ceux ayant un niveau d'instruction faible, bien que ce facteur ne puisse à lui seul expliquer ce phénomène (85). D'autres déterminants interviennent également, tels que l'accessibilité aux structures de soins et l'efficacité limitée des programmes d'information et d'éducation parentale en santé infantile. Dans notre étude, la majorité des parents résidaient en milieu urbain (61 %) ou périurbain, où l'accès aux soins de santé est relativement aisé, suggérant que l'accessibilité aux services médicaux ne constituait pas un facteur déterminant dans le choix de recourir aux urgences.

Les recommandations actuelles indiquent qu'en présence d'une fièvre simple, sans signes de gravité, une consultation médicale n'est généralement pas nécessaire durant les 24 premières heures. Toutefois, la fièvre demeure l'un des principaux motifs de recours des parents aux services d'urgences pédiatriques (86,87).

Dans notre étude, 43 % des parents déclaraient prendre en charge la fièvre de leur enfant à domicile sans recours initial à une structure de soins. Cette attitude peut s'expliquer soit par des contraintes socio-économiques, puisque 87 % des parents avaient un niveau socio-économique moyen ou défavorable, les incitant à limiter les dépenses médicales, soit par l'existence d'une expérience antérieure, puisque 83,4 % des parents avaient deux enfants ou plus, soit par leurs connaissances personnelles sur la gestion de la fièvre. Toutefois, cette dernière explication reste partiellement nuancée, dans la mesure où seuls 28,7 % des parents

définissaient correctement la fièvre. Par ailleurs, 64,3 % des parents consultaient après échec du traitement entrepris à domicile. Tandis que 18 % avaient recours aux urgences, principalement en raison d'un déficit d'information concernant la définition de la fièvre, ses méthodes de mesure, ses signes de gravité et sa prise en charge.

L'étude menée par Menekşe et al en 2025 en Turquie (39) a montré que 61,2 % des parents retiraient les vêtements de leur enfant comme première mesure face à la fièvre, afin de favoriser la dissipation de la chaleur corporelle et contribuer au confort de l'enfant.

Selon l'étude de Kudubeş et al (88) (2023) réalisée en Turquie, 43 % des parents préféraient recourir aux services d'urgence avant toute administration médicamenteuse à leur enfant.

Une étude menée par Salih et al. en 2022 en Arabie saoudite (21) a analysé l'attitude immédiate des parents face à la fièvre de l'enfant. Les auteurs ont rapporté que 37,5 % des parents préféraient attendre à domicile, traduisant une tentative initiale de gestion familiale de la fièvre. Toutefois, une proportion non négligeable avait recours aux structures de soins, avec 34,2 % consultant directement les services des urgences, 20,9 % se rendant dans une clinique, et 7,4 % sollicitant un pharmacien. Ces résultats illustrent l'hétérogénéité des comportements parentaux et mettent en évidence une tendance au recours précoce aux soins, notamment aux urgences, probablement liée à l'anxiété parentale, à la perception de la fièvre comme un danger potentiel et au manque de connaissances concernant sa prise en charge appropriée.

Sakr et al (22) a montré dans son travail que l'initiation de l'antipyrétique a été principalement identifiée à une température de 38°C suivie de 38,5°C (respectivement 40,9 % et 33,9 %). Plus de 75 % ont déclaré qu'ils administraient généralement des antipyrétiques à leurs enfants sans consulter un médecin.

Dans son travail, Marion (43) a mis en évidence que, face à un épisode fébrile chez l'enfant, les parents adoptaient majoritairement une prise en charge médicamenteuse immédiate.

En 2018, Florin a observé que, même en présence d'une fièvre bien tolérée, 55,7 % des personnes interrogées administraient systématiquement un antipyrétique (89).

Selon l'enquête de Lakraimi, la majorité des parents (45,6%) traitaient eux même la fièvre de leurs enfants sans avoir recours à une unité de soins, et 31,3% des parents consultaient après traitement à domicile et échec du traitement entrepris alors que 23% consultaient en urgence par manque d'information concernant la définition de la fièvre, ses méthodes de mesure, ses signes de gravité et sa prise en charge.

Dans l'étude menée par Elkon-Tamir et al. (44) en 2017, 31% des parents avançaient qu'ils donneraient des antipyrétiques à un enfant d'apparence confortable avec une température de 38°C, et 10% administraient des antipyrétiques à un enfant d'apparence confortable dont la température se situerait entre 37,4 et 37,8 °C et 25% des parents estimaient qu'un enfant fébrile devrait toujours être examiné par un médecin.

En Irlande, Kelly et al. (90) en 2017 a trouvé qu'une forte proportion de parents (69,8%) a visité le médecin généraliste à cause de la fièvre chez leurs enfants. Parmi les raisons les plus courantes des consultations étaient une fièvre qui a duré plus de 3 jours et une fièvre accompagnée d'une éruption cutanée. Plus de la moitié des parents (51,6%) avaient visité un médecin généraliste en dehors des heures de travail. Les principales attentes des parents lorsqu'ils consultaient, étaient un examen clinique (72,2%), obtenir des conseils sur les signes de gravité (9,4%), être rassurés (5,4%), la prescription d'antibiotiques (2,9%) et d'antipyrétiques (2,3%).

De Bont et al. (46) dans son étude, montrent que la plupart des parents ont visité leur propre médecin ou une clinique en dehors des heures de travail lors d'un épisode de fièvre, et 91,4% ont indiqué qu'ils traitaient généralement leur enfant avec des antipyrétiques. Plus de la moitié des parents (53,6%) ont priorisé un examen physique comme le plus important aspect de la consultation, alors qu'obtenir une prescription (antibiotiques ou antipyrétiques) a été considéré moins importante.

L'analyse dans l'étude d'Enarson et al. (91) réalisée au Canada a montré que les parents, les plus jeunes et ceux ayant les plus jeunes enfants, étaient plus susceptibles d'appeler un médecin ou une infirmière que les parents avec plus d'enfants.

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

Attitude des parents face à la fièvre	Automédication	Consultation après traitement à domicile	Consultation en urgence
Menekşe et al (39) (Turquie, 2024)	61,2%	–	–
Kudubeş et al (88) (Turquie, 2023)	–	–	43%
Salih et al (21) (Arabie Saoudite, 2022)	37,5%	–	–
Sakr et al (22) (Liban, 2022)	75%	–	–
Florin (89) (France, 2018)	55,7%	–	–
Lakraimi (11) (Marrakech, 2018)	45,6%	31,3%	23%
Kelly et al (90) (Irlande, 2017)	–	69,8%	–
Elkon–Tamir et al (44) (Israël, 2017)	31%	–	25%
De Bont et al (46) (Europe, 2014)	91,4	–	–
Zyoud et al (47) (Palestine, 2013)	8,5%	36,3%	2,2%
Hiddou (38) (Marrakech, 2007)	84,8%	2,7%	12,5%
Notre étude (Safi, 2025)	43%	64,3%	18,8%

2. Antipyrétiques utilisés par les parents :

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

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

La Société Française de Pédiatrie et l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) en France préconisent l'utilisation du paracétamol en monothérapie (92,93).

D'autres études partagent cette recommandation (94).

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

- Des insuffisances rénales aiguës surtout dans un contexte de déshydratation (92,95-97).
- Des infections graves des tissus mous (abcès, fasciites nécrosantes) lors d'infection par le virus de la varicelle (98). Ces complications sont exceptionnelles et peuvent également apparaître sans utilisation d'AINS lors d'une infection par le virus de la varicelle. Cependant, la gravité des complications impose la prudence (87,98).
- Des complications digestives : hémorragies digestives ou ulcérations gastroduodénales (99).
- Des complications immuno-allergiques (syndrome de Stevens-Johnson, syndrome de Lyell), hématologiques (anémie hémolytique, neutropénie) (93).

L'aspirine partage les risques digestifs, allergiques et rénaux (95). Mais ce traitement est également impliqué dans :

- Le syndrome de Reye : atteinte cérébrale et hépatique après l'utilisation d'aspirine dans un contexte d'infection virale. Ce syndrome est rare mais souvent mortel (93).
- Un allongement du temps de saignement du fait d'une inhibition réversible de la cyclo-oxygénase plaquettaire.
- Une toxicité aigüe pour une dose unitaire supérieure à 120 mg/kg, entraînant des signes respiratoires (hyperpnée), des troubles métaboliques (acidose) et des troubles neurologiques.

Le paracétamol présente comme effets indésirables :

- L'atteinte hépatique : en cas de prise massive (plus de 150 mg/kg chez l'enfant) ou en cas de surdosage de façon répétée (100,101) .
- Une réaction allergique.
- Une thrombopénie et neutropénie, exceptionnellement
- Une réaction allergique.
- Une thrombopénie et neutropénie, exceptionnellement (37,102)

Les professionnels de la santé recommandent souvent un traitement pour les enfants atteints de fièvre qui combine ou alterne paracétamol et ibuprofène (94,103). Cependant, les lignes directrices recommandent que le paracétamol et l'ibuprofène ne doivent pas être administrés simultanément (104).

Les résultats de notre étude indiquent que 72 % des parents interrogés avaient déjà instauré un traitement médicamenteux avant la consultation. Parmi eux, 63 % privilégiaient le paracétamol, tandis que 20,2 % rapportaient une alternance entre le paracétamol et l'ibuprofène. En revanche, le recours à l'acide acétylsalicylique comme antipyrétique restait

limité, ne concernant que 9,8 % des parents. Alors que la voie rectale constituait le mode d'administration du traitement chez 52 % des parents.

Nos résultats présentent une cohérence avec les études publiées. En effet, l'étude menée en 2024 par Alqudah en Australie (105) a montré que le paracétamol constituait l'antipyrétique le plus fréquemment utilisé, choisi par 64,3 % des participants, tandis que l'ibuprofène était utilisé par 27,4 % d'entre eux. Par ailleurs, 20,3 % des parents déclaraient alterner entre ces deux médicaments. Concernant les modalités d'administration, la forme sirop apparaissait comme la voie privilégiée.

Dans son étude de 2024, Elbur (59) a montré que le paracétamol était majoritairement préféré par les mères (85,3 %), tandis que les pères privilégiaient d'avantage l'ibuprofène et l'aspirine. L'étude a également mis en évidence que 29,8 % des mères pensaient qu'il était efficace d'associer plusieurs antipyrétiques lorsque la fièvre de l'enfant persistait.

En 2023, Pereira et al. (106) ont montré que 40,6 % des parents utilisaient le paracétamol pour gérer la fièvre de leur enfant, tandis que 54,4 % alternaient entre le paracétamol et l'ibuprofène.

Marion (43) a trouvé que le paracétamol constituait l'antipyrétique de premier recours chez 94,3 % des parents. À l'inverse, l'utilisation de l'ibuprofène en première intention restait très marginale (0,9 %), tout comme celle de l'aspirine, rapportée par seulement 0,2 % des répondants.

Dans l'étude menée par Sakr et al. en 2022 (22), le paracétamol apparaissait comme l'antipyrétique le plus largement utilisé par les parents (89,9 %). Concernant les formes galéniques, 50,5 % des parents associaient le sirop aux suppositoires, tandis que 46,7 % utilisaient exclusivement la forme sirop. Par ailleurs, 42,4 % des parents déclaraient recourir à l'alternance des antipyrétiques.

Dans l'étude de Salih et al. (21), le paracétamol représentait le traitement antipyrétique de référence, utilisé par 90,0 % des parents, tandis que l'ibuprofène (4,3 %) et l'aspirine (2,3 %) restaient peu employés. L'usage inapproprié d'autres traitements était également rapporté, notamment les antibiotiques (3,1 %) et, dans de rares cas, les corticostéroïdes (0,2 %) . Par ailleurs, la voie orale demeurait la plus couramment utilisée (80,7 %), devant la voie rectale (19,2 %).

Lakraimi (11) a rapporté dans son travail que le paracétamol était de loin (69,2%) la molécule la plus utilisée par les parents comme antipyrétique, suivie par l'ibuprofène (23,2%). La fréquence respectée par la majorité des parents (38%) était une dose d'antipyrétique toute les 6h. La voie rectale était largement la plus utilisée (70%).

Kelly et al. (90) en 2016 confirment que les principaux produits pharmaceutiques utilisés étaient le paracétamol et l'ibuprofène. Selon les parents, ces médicaments diminuent les températures élevées. La principale raison de choisir un antipyrétique particulier était liée à l'attitude de l'enfant et sa préférence. Certains parents croyaient que l'ibuprofène était plus efficace que le paracétamol pour réduire une température élevée. En effet, 64,6% parents alternaient les antipyrétiques, ils croyaient que cette pratique diminue les températures élevées plus efficacement que l'utilisation d'un seul antipyrétique.

En 2015, une étude réalisée à Rabat (81) a montré que l'utilisation du paracétamol était prédominante (70 %), suivie par l'ibuprofène (27 %) des cas, tandis que le recours à l'aspirine demeurait peu fréquent avec seulement 3 %. Par ailleurs, une alternance thérapeutique était rapportée chez 19 % des enfants, les parents associant principalement le paracétamol à l'ibuprofène.

Rkain et al. (12) en 2014 ont noté que le paracétamol était largement utilisé (85,9%) par voie rectale (64,2%). Ce choix des parents peut être expliqué par le fait que la voie rectale était plus facile pour l'administration des médicaments aux enfants souvent agités ou bien affaiblis par la fièvre, ce qui rend l'administration par voie orale souvent difficile (107).

L'administration des antipyrétiques par les parents se faisait dans la majorité des cas avec des doses incorrectes, soit un sur ou un sous dosage (108). En effet, L'étude faite par Gribetz et Cronley (109) avait révélé que 67% des parents avaient administré du paracétamol à leurs enfants avec un sous dosage.

Mcerlean et al (110) avaient trouvé que seulement 47% des parents connaissaient les doses correctes des antipyrétiques.

L'étude de Li et al réalisée aux États-Unis (111) avait montré que les parents avaient administré des doses incorrectes du paracétamol et de l'ibuprofène dans 51% des cas.

Goldman et Scolnik ont conduit, au Canada, une étude (112) qui met en évidence que 12% des parents avaient administré du paracétamol avec un surdosage, 41% avec sous dosage.

Richardson et al. (113) dans leur étude comparative, affirment que le paracétamol et l'ibuprofène sont tous les deux les médicaments les plus utilisés pour le traitement de la fièvre. Ils ont montré que l'ibuprofène produit une réduction de la température du corps légèrement plus importante que le paracétamol. L'effet de l'ibuprofène semble également durer plus longtemps. De plus, l'effet sur la température du corps était le seul résultat rapporté dans la plupart des études (101,112).

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

	Paracétamol	Ibuprofène	Aspirine	Association paracétamol+ibuprofène
Alqudah et al(105) (Australie, 2024)	64,3%	27,4%	–	20,3%
Elbur et al (59) (Arabie Saoudite, 2024)	85,3%	–	–	29,8%
Pereira et al (106) (Portugal, 2023)	40,6%	–	–	54,4%
Sakr et al (22) (Liban, 2022)	89,9%	–	–	42,4%
Salih et al (21) (Arabie Saoudite, 2022)	90%	4,3%	2,3%	–
Marion et al (43) (France, 2018)	94,3%	0,9%	0,2%	–
Lakraimi (11) (Marrakech, 2018)	69%	23,2%	7,6%	–
Lesoin et al (26) (France, 2016)	86%	1%	–	13%
Faraj et al (81) (Rabat, 2015)	70%	27%	3%	19%
Selliet-Joliot(114) (France, 2015)	91,5%	64%	16%	–
Vierine Nzame et al (115) (Gabon, 2014)	65,1%	11,1%	–	–
Rkain (12) (Rabat, 2014)	85,9%	5,2%	8,5%	–
Notre étude	63%	16,4%	9,8%	20%

3. Moyens physiques utilisés par les parents :

Les moyens physiques utilisés contre la fièvre reproduisent les échanges physiques naturels de notre organisme avec le milieu extérieur (116):

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

L'efficacité de ces méthodes est controversée. En effet, le but étant d'améliorer le confort de l'enfant, certains moyens au contraire augmenteraient l'inconfort (frissons, chair de poule...) (117).

C'est le cas du bain frais, qui diminue trop rapidement la température centrale et produit un inconfort, de même pour le déshabillage lorsque la température est en phase ascendante (118).

Au total, trois mesures simples, en association au traitement médicamenteux, sont à privilégier (37) :

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



Figure 34 : Quelques moyens physiques pour baisser la température de l'enfant

Dans notre série, près des trois quarts des parents interrogés (74 %) déclaraient recourir à des mesures physiques pour atténuer la fièvre de leur enfant. La stratégie la plus fréquemment adoptée consistait à appliquer une serviette mouillée sur le front (56,9 %) des parents. D'autres pratiques étaient moins répandues, notamment le bain tiède, utilisé par 24,2 % des répondants. Alors que le déshabillage de l'enfant (18,2 %) et l'augmentation de l'apport hydrique (12,4 %) étaient encore moins fréquemment cités.

Une concordance notable est observée entre nos résultats et ceux rapportés dans la littérature, notamment dans son étude menée en 2024 en Inde, Chakravarthi et al (79) a mis en évidence une grande diversité des pratiques maternelles face à la fièvre de l'enfant. Ainsi, 20 % des mères déclaraient déshabiller leur enfant, tandis que 40 % avaient recours à un refroidissement périphérique. L'application d'un linge humide était réalisée de différentes manières : 5 % l'appliquaient sur la tête afin de rafraîchir le visage et le corps, 30 % sur les aisselles, 10 % sur le tronc et 20 % sur l'ensemble du corps. Toutefois, 5 % des mères reconnaissaient ne pas savoir comment procéder, et 20 % adoptaient des pratiques inappropriées, notamment en utilisant de l'eau froide sur les mains et le visage de l'enfant. Alors que, 40 % des mères ont utilisé de l'eau chaude et 20 % de l'eau froide.

L'étude menée en 2023 au Bangladesh par Ishrat Nazme (9) les pratiques parentales face à la fièvre incluaient principalement des mesures physiques et de soutien. Ainsi, 46 % des parents avaient recours à l'application de compresses froides afin de réduire la température corporelle, tandis que 15 % déclaraient augmenter l'apport hydrique de l'enfant pendant l'épisode fébrile.

Dans l'étude conduite par Hiller et al. (80) au Etats-Unis en 2019, les parents avaient recours à diverses mesures physiques pour faire face à la fièvre de leur enfant. Ainsi, 17,4 % déclaraient utiliser un bain froid, tandis que 6,7 % optaient pour un bain tiède. D'autres pratiques étaient moins fréquemment rapportées, telle que l'application d'huile pour massage (0,5 %), traduisant une grande variabilité des stratégies parentales non médicamenteuses.

Selon Salih et al. (21), les parents avaient fréquemment recours à des mesures physiques pour réduire la fièvre, notamment l'application de compresses froides, rapportée par 49,9 % des parents. D'autres utilisaient des compresses chaudes dans 33,5 % des cas, tandis que le bain était employé comme moyen antipyrétique chez 28,4 % des parents.

Par contre, en 2018, Florin (12) a mis en évidence que la mesure la plus fréquemment adoptée par les parents français consistait à déshabiller l'enfant (76 %), suivie par l'hydratation

(73 %). Le recours au bain tiède était rapporté par 42 % des parents. En revanche, peu de parents déclaraient couvrir l'enfant (3 %), tandis que 4 % n'avaient recours à aucune mesure physique.

Dans l'étude réalisée par Bertil et al. (119) en 2018, a trouvé que 78 % des parents encourageaient l'augmentation des apports hydriques, 62 % privilégiaient des vêtements légers, tandis que 27 % ajustaient la température ambiante. Le recours au bain était rapporté par 20 % des parents, alors que 17 % utilisaient des moyens de rafraîchissement par application locale.

Une étude française réalisée en 2017 par Almeras (120) a mis en évidence que 80 % des parents recouraient à des mesures non médicamenteuses pour faire baisser la température corporelle de leur enfant. Parmi ces pratiques, près de 40 % découvraient l'enfant afin de favoriser la dissipation de la chaleur, 33 % avaient recours au bain, le plus souvent froid, et 25 % utilisaient des compresses froides ou un linge humide pour rafraîchir l'enfant. Par ailleurs, environ 20 % des parents déclaraient penser à assurer une bonne hydratation de l'enfant fébrile.

Une autre étude menée en France par Joder et al. (121) a montré que la grande majorité des parents (94 %) déshabillaient l'enfant en cas de fièvre, tandis que 47 % déclaraient augmenter l'apport hydrique afin de contribuer à son confort et à la régulation thermique.



Figure 35 : Application de compresse mouillées chez un enfant fébrile

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

	Serviette mouillée sur le front	Déshabillage de l'enfant	Bain	Hydratation	Aération de la pièce
Ishrat Nazme et al (17) (Bangladesh, 2023)	46%	–	–	15%	–
Chakravarthi et al (79) (Inde, 2024)	40%	20%	–	–	–
Salih et al (21) (Arabie Saoudite, 2022)	–	–	28%	–	–
Florin (89) (France, 2018)	–	76%	42%	73%	–
Bertil et al (119) (France, 2013)	17%	62%	20%	78%	27%
Almeras (27) (France, 2017)	25%	40%	33%	20%	–
Joder (121) (France, 2013)	–	94%	–	47%	–
Selliet-Joliot (114) (France, 2015)	–	–	71,9%	28,4%	6,8%
Lakraimi (11) (Marrakech, 2018)	33,4%	9,1%	15,4%	28,4%	–
Vierine Nzame et al (115) (Gabon, 2014)	83,7%	–	–	7%	–
Rkain et al (12) (Rabat, 2014)	16,4%	21,1%	46%	15,8%	–
Hiddou (38) (Marrakech, 2007)	47,3%	7%	12%	14,7%	–
Notre étude (Safi, 2025)	56,9%	18,2%	24,2%	12,4%	–

4. Moyens traditionnels utilisés par les parents :

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la médecine traditionnelle regroupe un ensemble de systèmes de soins, codifiés ou non, fondés sur des pratiques, savoirs, compétences et croyances issus de contextes culturels et historiques variés, antérieurs ou distincts de la biomédecine moderne. Elle repose principalement sur l'utilisation de remèdes naturels et sur des approches globales et individualisées, visant à maintenir ou à restaurer l'équilibre entre le corps, l'esprit et l'environnement. Ces pratiques, issues de l'expérience empirique, continuent d'évoluer et de s'adapter aux connaissances scientifiques actuelles pour répondre aux besoins de santé contemporains (122).

La médecine traditionnelle, une pratique ancienne transmise de génération en génération, offre un éventail de remèdes et de pratiques thérapeutiques qui jouent un rôle central dans le traitement des maladies des enfants (123).

Dans notre étude, 60 % des parents interrogés déclaraient recourir à des traitements traditionnels pour la prise en charge de la fièvre chez leur enfant. Parmi ces pratiques, l'utilisation de l'anserine vermifuge connue dans notre contexte sous le nom de **M'khinza** était la plus fréquemment rapportée (52 %), suivie du vinaigre (48 %) et du citron (33,9 %). D'autres remèdes traditionnels étaient également cités, notamment l'eau de rose (28,1 %), la calebasse longue (Slaoui) (21 %) et l'oignon (19 %). Ces résultats témoignent de la persistance des pratiques traditionnelles dans la gestion de la fièvre infantile, probablement influencées par les croyances culturelles et l'expérience familiale.

Nos résultats concordent avec ceux de la littérature. Ainsi Lakraimi dans son travail à Marrakech en 2018 (11) a découvert que plus de la moitié des parents (52,4%) utilisait un traitement traditionnel contre la fièvre. La plante médicinale Anserine vermifuge (M'khinza) était utilisée chez un nombre important des parents (45,9%). D'autres moyens étaient utilisés comme le citron (31,2%), le vinaigre traditionnel (17%) et l'eau de rose (12,1%).



Figure 36 : Calebass longue (slaoui)

* Selon l'étude de Gulcan et Sahiner (24), réalisée en 2023 en Turquie, 11,9 % des mères pratiquaient un massage de l'enfant à l'aide d'un mélange de vinaigre et d'eau pour faire face à la fièvre.

L'étude de Rkain et al. (12) à Rabat, mentionnait que 31,3% des parents utilisaient M'khinza, 45% l'eau de rose, 16% le vinaigre et 7,6% le citron.

Une autre étude réalisée à Rabat en 2015 (81) met en évidence que le citron constituait le remède le plus fréquemment utilisé (37 %), suivi par l'ansérine (M'khinza), utilisée par 34 % des parents, puis par le vinaigre (29 %). D'autres substances traditionnelles étaient employées de manière plus marginale, notamment l'eau de rose (17 %), l'huile de cade (15 %), l'huile d'olive (14 %), la menthe (13 %) et l'oignon (10 %). Ces résultats illustrent le poids des habitudes culturelles dans les pratiques parentales face à la fièvre infantile, parfois en parallèle ou en remplacement des traitements médicaux conventionnels.

Au Mali, les mères utilisent un massage au beurre de karité (12,2%) comme moyen traditionnel contre la fièvre (124).

D'après l'étude menée par Hiddou à Marrakech en 2007(38), les pratiques traditionnelles les plus répandues étaient l'utilisation du citron (45 %) et de la M'khinza (43 %). Le vinaigre était utilisé par une minorité des participants (9 %), tandis que l'eau de rose restait marginale (2 %).

L'utilisation de moyens traditionnels n'a pas prouvé son efficacité contre la fièvre de l'enfant. Le Centre Antipoison et de Pharmacovigilance du Maroc (CAPM) met d'ailleurs en garde les citoyens contre l'utilisation de M'khinza ou ansérine vermifuge. Le centre avait émis une alerte après avoir reçu plusieurs déclarations d'effets indésirables et graves suite à l'usage de cette plante herbacée. Les effets indésirables rapportés ont été digestifs (vomissement, douleurs épigastriques), cardio-vasculaires (tachycardie), neurologiques (céphalées, convulsions voire coma), rénaux (insuffisance rénale aiguë), hémorragiques et cutanés (prurit, purpura) (125).

Quant au principal danger de cette plante, le CAPM relève que le principe actif de M'khinza est une huile essentielle qui contient l'ascaridol, l'aritasone, la L-pinocarvone et des carbures terpéniques. Sa toxicité serait en relation avec la dose utilisée car la dose toxique est très proche de la dose supposée efficace (125).



Figure 37 : Ansérine vermifuge (M'khinza) (126)

Cette plante est très consommée par les Marocains. Elle est utilisée au Maroc en tant que vermifuge, galactogène contre les affections gastro-intestinales, la typhoïde, la dysenterie, les abcès buccaux, les ulcérations. A ce sujet, le CAPM ne manque pas de préciser que c'est souvent la partie aérienne de M'khinza qui est utilisée contre la fièvre en cataplasmes sur le front et les tempes du patient. Celle-ci peut également être ingérée sous forme d'une infusion ou d'une décoction. Dans d'autres pays, on l'utilise pour soulager les coliques et les maux d'estomac. Grâce à son action antispasmodique, l'ansérine est employée dans le traitement des toux spasmodiques et de l'asthme. Elle peut également servir en usage externe. Le jus extrait de la plante entière est appliqué en compresse sur les hémorroïdes (125).

Quant aux bienfaits de cette plante, le CAPM tient à signaler que ces propriétés restent non fondées sur le plan scientifique. Le centre recommande de ne pas utiliser cette plante chez l'enfant (125).

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

Tableau VIII : Moyens traditionnels utilisés par les parents selon les différentes études

	Gulcan et sahiner (Turquie,2023)	Lakraimi (11) (Marrakeh,2018)	Faraj et al (Rabat, 2015)	Rkain (Rabat,2014)	Hiddou (Marrakech, 2007)	Notre étude (2025, Safi)
Ansérine vermifuge 'Mkhainza'	–	45,9%	34%	31,3%	43%	52%
Vinaigre	11,9%	17%	29%	16%	9%	48%
Eau de rose	–	12,1%	17%	45%	2%	28,1%
Citron	–	31,1%	37%	7,6%	45%	33,1%
Oignons	–	–	10%	–	–	19%
Calebasse longue (slaoui)	–	–	–	–	–	21%

IV. Sources d'informations et éducation des parents :

Les parents ont accès à diverses sources d'information, notamment les professionnels de santé, les médias (télévision, radio) et Internet. Toutefois, les infirmiers et les médecins, qu'ils soient pédiatres ou généralistes, demeurent la référence principale en matière d'information et de prise en charge thérapeutique, bénéficiant d'un haut niveau de confiance de la part des parents.

Leur rôle est donc central dans l'accompagnement et l'éducation parentale. Il apparaît ainsi essentiel que les professionnels de santé délivrent des informations régulières et cohérentes tout au long du suivi de la grossesse, de la période néonatale et lors des consultations de l'enfant. Une harmonisation des discours et des pratiques médicales est indispensable afin d'éviter toute confusion. Par ailleurs, les messages éducatifs émanant des

acteurs de soins primaires devraient être relayés par l'ensemble des professionnels impliqués, notamment les pharmaciens, infirmiers et puéricultrices. Cette approche coordonnée a déjà démontré son efficacité dans l'amélioration des pratiques parentales (121,127,128).

Dans notre étude, 58 % des parents déclaraient avoir reçu des informations relatives à la fièvre de l'enfant. Les professionnels de santé constituaient la principale source d'information, citée par 48,3 % des parents, incluant les médecins, les infirmiers et les pharmaciens. Les médias (téléphone, télévision, radio et internet) représentaient une source d'information pour 19,2 % des participants, tandis que 32,5 % rapportaient s'informer auprès de leur entourage, notamment la famille, les voisins et les amis. Par ailleurs, 59 % des parents estimaient que les informations reçues étaient utiles, soulignant l'importance de l'éducation parentale dans la prise en charge de la fièvre infantile.

Selon l'étude de Menekşe et al. réalisée en Turquie (39), les parents s'appuyaient sur diverses sources pour s'informer sur la fièvre de l'enfant. Les médecins constituaient la référence principale, cités par 52,1 % des parents, suivis des infirmiers avec 30,2 %. Les ressources numériques, notamment Internet, étaient mentionnées par 16,1 % des répondants. En revanche, le recours au voisinage (7,4 %), aux supports écrits tels que livres, magazines ou journaux (6,2 %), ainsi qu'aux médias audiovisuels (1,2 %) restait nettement moins fréquent.

Dans l'étude rapportée par Hiller et al. aux Etats-Unis (80), la majorité des parents (69,1 %) déclaraient s'adresser en priorité aux pédiatres pour obtenir des informations concernant la fièvre chez l'enfant. Les médecins généralistes constituaient une source secondaire pour 15,3 % des parents, tandis que 11 % mentionnaient le recours à Internet comme moyen d'information complémentaire.

Dans leur étude, Arica et al. (129) ont montré que les parents Turcs s'informent sur la fièvre de différentes manières : 41,1 % se référaient directement aux médecins et aux infirmiers, 36,6 % avaient recours aux conseils de leur famille, de leurs voisins et de leur

entourage, tandis que 22,3 % consultaient les médias traditionnels tels que journaux, radio et télévision.

Dans l'étude menée par Pereira et al. (106) au Portugal, les parents ont principalement obtenu des informations sur la fièvre de leur enfant auprès des professionnels de santé, le médecin étant la source privilégiée pour 65,8 % des participants et les infirmières pour 50,6 %.

Dans l'étude menée par Boivin en France (108), les parents ont eu recours à diverses sources d'information concernant la fièvre de leur enfant. Le médecin traitant était consulté par 82,5 % des parents, suivi du pédiatre pour 68,7 %. La famille et les amis constituaient également une source importante pour 44,9 % des participants, tandis que les magazines étaient utilisés par 35,5 %. D'autres sources comprenaient les pharmaciens (24,8 %), la télévision (18,1 %), les services de protection maternelle et infantile (12,3 %), le médecin scolaire (5,9 %), Internet (4,4 %) ainsi que l'école et les enseignants (3,3 %).

Par contre, en 2021, Hamideh Kerdar et al (23) a mis en évidence que les parents allemands considéraient principalement la famille comme source d'information concernant la fièvre chez l'enfant (75,3 %), suivie des pédiatres ou médecins (72,3 %). L'Internet représentait une source d'information pour 23,3 % des parents.

Plusieurs études avaient révélé que l'éducation et l'information parentales ont un effet bénéfique sur la perception et les attitudes des parents face à la fièvre (130-133).

En 2018, Florin a conduit une étude visant à évaluer l'impact d'un support vidéo informatif sur les connaissances parentales relatives à la fièvre de l'enfant. Les résultats ont montré une augmentation notable de la proportion de parents définissant correctement la fièvre, de 59 % avant l'intervention à 96 % après celle-ci (89).

Dans une étude faite par Sarell et Kahan en Israël (134), la fièvre avait été correctement définie par 75% des parents après une séance d'éducation renforcée en comparaison avec 46% avant. En plus, 95% des parents avaient correctement traité la fièvre après la séance en comparaison avec seulement 50% avant.

Dans une autre étude réalisée par O'Neill et al (135), un programme d'éducation sur la fièvre avait permis une réduction de 30% de l'anxiété parentale engendrée par la fièvre. Il avait permis aussi une amélioration de la capacité et de l'aptitude des parents à gérer la fièvre à domicile de façon adéquate, et une réduction du nombre de consultations inutiles à cause de la fièvre. Ainsi, tous les intervenants et en particulier le ministère et les professionnels de la santé doivent faire encore plus d'efforts afin d'informer et d'éduquer les parents pour neutraliser la phobie de la fièvre, et pour amener les parents à un niveau de connaissance leur permettant de gérer de façon adéquate leurs enfants fébriles à domicile, et minimiser ainsi les pratiques erronées qui peuvent avoir des complications non négligeables sur la santé de l'enfant.

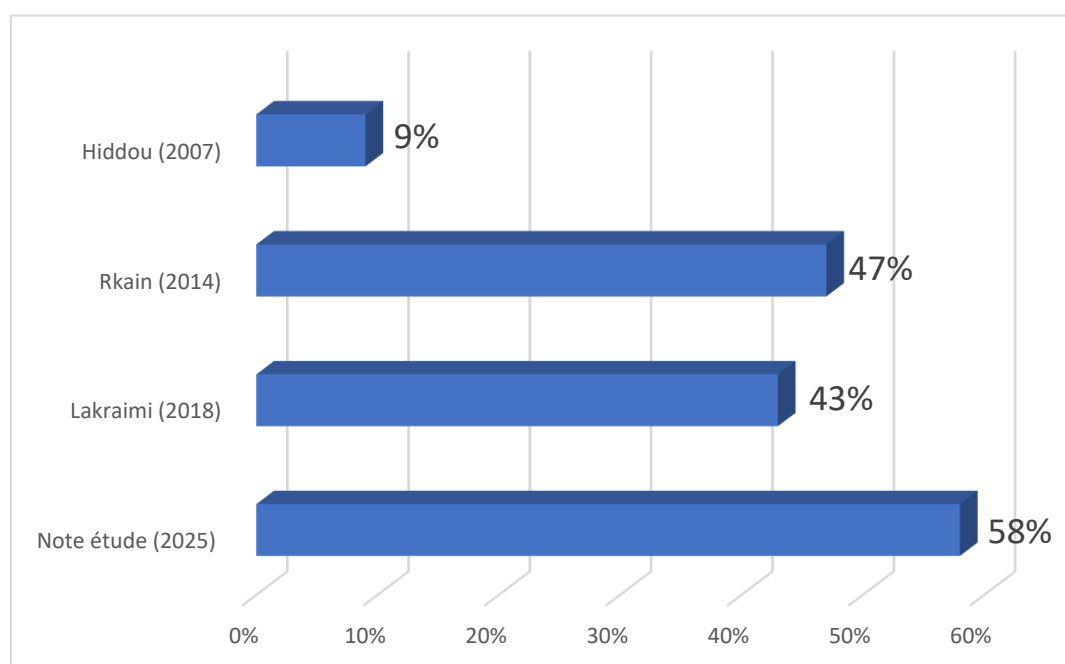


Figure 38 : Evolution du taux de parents ayant reçus des informations sur la fièvre

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

	Professionnels de santé	Famille et entourage	Médias (Télé, Internet...)
Menekşe et al (39) (Turquie,2024)	82,3%	7,4%	17,3%
Hamideh Kerdar(23) (Allemagne, 2021)	72,3%	75,3%	23,3%
Hiller et al (80) (Etats-Unis,2019)	84,3%	–	11%
Dogahe et (14) (Iran,2018)	51%	1%	1%
Faraj et al(81) (Rabat,2015)	10%	–	–
Selliet-Jeliot (114) (France, 2015)	85,5%	46,4%	25%
Arica et al (129) (Turquie,2012)	41,1%	36,6%	22,3%
Notre etude (Safi,2025)	48%	32%	19,2%



PERSPECTIVES



L'ensemble de ces résultats montre qu'une anxiété majeure des parents persiste face à la fièvre de leurs enfants, malgré les messages générés par les professionnels de santé concernant ce sujet. De plus, l'étude de 2014 de Sellier-Joliot (114) en France, a mis en évidence que les recommandations de l'ANSM de 2005 n'ont pas modifié la prise en charge parentale de l'enfant. Il est probable qu'une campagne de santé publique à grande échelle serait efficace.

Nous proposons en annexes (2 et 3), un dépliant sur la fièvre de l'enfant et une fiche expliquant la méthode de mesure de la température sont présentés. Ces supports visent à réduire l'anxiété des parents en leur fournissant, de manière concise, des informations essentielles pour rester calmes et savoir comment réagir face à ce symptôme.

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

Il semble également important de s'intéresser aux médias télévisés et radio en proposant plusieurs petits spots publicitaires comprenant ces informations, comme il a été conçu pour d'autres sujets de santé publique dans notre contexte : cancer du sein et vaccination par exemple. Ces dernières campagnes ont utilisé des spots d'allure ludique avec des slogans accrocheurs. Ces moyens ont la possibilité d'atteindre tous les niveaux intellectuels voir même les parents analphabètes. En Australie, d'autres spots notamment sur la lombalgie ont été réalisés à l'aide de personnalités célèbres et un ton parfois humoristique. La population semble bien réagir à ces spots, ce type de communication pourrait permettre de rassérer les parents en cas de fièvre (136). Cela nous conforte qu'une campagne de santé publique explicitant les alternatives pourrait diminuer le nombre de recours aux urgences.



CONCLUSION



La fièvre constitue un symptôme très fréquent en pratique pédiatrique, et sa prise en charge initiale repose le plus souvent sur les parents. Cette enquête, menée pour la première fois à Safi, a permis de mettre en évidence que les connaissances, les attitudes et les pratiques parentales concernant la fièvre restent largement insuffisantes, en particulier chez les populations présentant des niveaux socio-économiques et intellectuels plus faibles. Ce déficit d'information et de compréhension représente un obstacle majeur à une prise en charge appropriée des enfants fébriles et peut conduire à des réactions inadaptées, telles que l'administration excessive ou insuffisante d'antipyrétiques, ou des consultations non nécessaires aux services d'urgence.

Ces résultats soulignent l'importance capitale de renforcer l'éducation parentale autour de la fièvre, en fournissant des informations claires, accessibles et adaptées au contexte familial. Par ailleurs, l'amélioration de l'accès aux soins primaires, la sensibilisation continue des familles et le renforcement de la couverture sanitaire sont essentiels pour garantir une gestion efficace et sécurisée des épisodes fébriles. Ainsi, la généralisation et la vulgarisation des connaissances par une campagne de santé publique d'information et d'éducation sur la fièvre semblent toujours nécessaires.

En combinant ces stratégies, il est possible d'optimiser la surveillance, le traitement et le soutien des enfants fébriles, tout en réduisant l'anxiété parentale et en favorisant des pratiques de santé plus appropriées et rationnelles.



RÉSUMÉ

La fièvre est un motif fréquent de consultation pédiatrique. Les parents ont souvent des perceptions erronées concernant la fièvre chez l'enfant, et les informations sur la prise en charge des enfants fébriles à domicile sont rares au Maroc. Dans la présente étude évaluant les perceptions, les connaissances et les pratiques des familles au sujet de la fièvre chez l'enfant, 400 parents d'enfant âgés de 0 à 14 ans ont été interrogés au sein du service d'urgence ou du service pédiatrique du Centre Hospitalier Provincial Mohamed V de SAFI. La majorité des répondants étaient des mères (77,8%). Seuls 28 % des parents connaissaient le seuil de température exacte définissant un état fébrile et 38,5 % déterminaient la fièvre de leur enfant de façon subjective sans l'aide d'un thermomètre. La voie rectale était la plus utilisée (49,5%).

Tous les parents considéraient que la fièvre était une affection très grave qui pouvait conduire à des effets secondaires tels que l'atteinte neurologique (77%), le décès (44,5%), la déshydratation (16,5%). Le paracétamol a été utilisé par 53,6 % des parents et administré généralement par voie rectale. Plus de 74 % des parents ont utilisé des moyens physiques contre la fièvre de leurs enfants. Les traitements traditionnels ont été cités par 60 % des parents. Cette enquête nous a permis de révéler beaucoup d'insuffisances dans les connaissances, la perception et la prise en charge parentales de la fièvre infantile. Les lacunes étaient plus marquées parmi la population de niveaux socio-économique et intellectuel défavorables. Les résultats témoignent, comme les études antérieures, de la persistance d'une anxiété parentale majeure face à la fièvre. Une campagne de santé publique à grande échelle serait intéressante pour rassurer et informer massivement sur les réflexes à avoir en cas de fièvre chez l'enfant. Nous avons proposé un exemple de dépliant pouvant être diffusé.

SUMMARY

Fever is a common reason for pediatric consultation. Parents often have misperceptions about childhood fever, and little information is available about the home management of feverish children in Morocco. In our study of families' perceptions, knowledge and practices about children's fever, 400 parents of children aged 0–14 years were interviewed in the emergency department or pediatric ward of the Mohamed V Provincial Hospital in SAFI. The majority of respondents were mothers (77.8%). Only 28% of parents know the exact temperature definition of fever and 38,5% determine the fever of their child subjectively without using thermometer, preferably by the rectal route (49.5%). All parents who experienced fever considered that it was a very serious condition, wish could lead to side effects such as neurological impairment (77%), death (44,5%), dehydration (16.5%). Paracetamol was used by 53.6% of parents and was generally administered through the rectal route. More than 74% of parents used physical means against their children's fever. Traditional treatments were cited by 60% of parents. This survey allows us to reveal a lot of inadequacies in parental knowledge, perception and attitudes against child fever. Gaps were more marked among the population of low socio-economic and intellectual levels. Results, like previous studies, indicate the persistence of major parental anxiety with fever. A public health campaign on a large scale would be interesting to reassure and inform massively about reflexes among child fever. We have provided an example of a leaflet that can be released.

ملخص

الحمى هي سبب شائع لاستشارة طب الأطفال. غالباً ما يكون لدى الآباء فهم خاطئ حول الحمى لدى الأطفال، كما أن المعلومات المتاحة عن التدبير العلاجي المنزلي للطفل المصاب بالحمى، نادرة في المغرب. وقد استهدفت هذه الدراسة تقييم مفاهيم ومعارف وممارسات الأسر حول الحمى لدى الأطفال، أجريت مقابلات مع 1500 من آباء الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0 و 14 سنة في قسم المستعجلات و مصلحة طب الأطفال التابع للمركز الاستشفائي بأسفي . معظم المستجيبين كانوا أمهات (77.7%) فاتضح أن فقط 28.7 % من الآباء يعرفون التعريف الصحيح لدرجة الحرارة أثناء الحمى ونسبة 38.5% حددت حمى الطفل ذاتياً دون استخدام مقياس الحرارة، وأن الموضع المفضل لقياس درجة الحرارة هو الشرج (49.5 %). وأن جميع الآباء يعتبرون الحمى حالة خطيرة قد تقود إلى تأثيرات جانبية مثل تلف الدماغ (77 %)، الوفاة (44.5 %) ، الجفاف (16.5 %) الباراسيتامول يستعمل من طرف 53.6 % من الآباء والأمهات، وعادة ما تؤخذ عن طريق الشرج. أكثر من 74% من الآباء يستخدمون وسائل جسدية ضد حمى أطفالهم. ذكر 60 % من الآباء استعمالهم علاجات تقليدية. مكنت لنا هذه الدراسة الكشف عن العديد من أوجه القصور في المعرفة والإدراك وتعامل الوالدين مع حمى الطفل. كانت الفجوات أكثر وضوحاً عند السكان ذوي مستويات اجتماعية واقتصادية وفكرية ضعيفة. تعكس النتائج، كما في الدراسات السابقة، استمرار القلق لدى الوالدين فيما يخص الحمى. حملة صحية واسعة النطاق ستكون ذات فائدة من أجل طمأنة وتوعية الآباء حول ردود الفعل في حالة الإصابة بالحمى لدى الطفل. لقد قدمنا مثالا لمنشور يمكن توزيعه .



ANNEXE



– Délai entre le début de la fièvre et la consultation

- Moins de 24 heures
- 1 à 3 jours
- Plus de 3 jours

– Avez-vous un thermomètre à la maison ?

Oui non

Si oui quel type de thermomètre ?

- Thermomètre à mercure
- Thermomètre électronique
- Thermomètre à infrarouge

– Si oui, Comment mesurez-vous la température ?

voie rectale axillaire auriculaire orale
Autre (à préciser) :

– Savez-vous utiliser et lire un thermomètre ?

Oui non

– Comment authentifiez-vous la fièvre ?

Manière Subjective (tactile) manière objective

– A partir de quelle chiffre de température on définit de fièvre ?

>37 >38 >39 >40 Subjective

– La fièvre peut être utile ?

Oui non

Si oui pourquoi ?.....

– la fièvre peut être dangereuse ?

Oui Non Ne sait pas

– Connaissez-vous les complications possibles de la fièvre ?

Oui Non

Si oui , quelles sont les complications possibles selon vous ?

Atteinte neurologique Déshydratation Atteinte rénale Décès

Autres :

– Quelle est votre prise en charge initiale pour abaisser la fièvre de votre enfant ?

Moyens physiques Médicaments remèdes naturelles
consulter en urgence

– Avez-vous appliqué des mesures physiques pour faire abaisser la fièvre ?

Oui Non

Si oui , les quelles ?

- Bain tiède
 - vêtements légers
- Compresses froides
- Autre (à préciser) :

Annexe 2 :

Fiche explicative destinée aux parents :

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

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

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

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

Ce qui doit vous inquiéter en cas de fièvre

- des troubles du comportement ou de la vigilance (enfant endormi, ne jouant plus, moins réactif),
- des difficultés respiratoires,
- l'apparition d'une pâleur ou d'un purpura (tache rouge ne disparaissant pas lorsque l'on appuie dessus) ; ceci constitue une urgence qui nécessite une consultation immédiate.
- la déshydratation.
- La fièvre avant l'âge de 3 mois doit mener systématiquement à une consultation médicale.

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

1) Application de mesures simples :

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

2) Administration d'un traitement :

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

Annexe 3 :

Conseils aux parents	نصائح للأباء
Votre enfant a de la fièvre Lorsque votre enfant a de la fièvre il faut : S'assurer qu'il a de la fièvre en la mesurant avec un thermomètre électronique Votre enfant a de la fièvre si le thermomètre affiche plus que 38°C la journée et plus que 38°C le soir Il faut alors faire les gestes suivants : 1/ le déshabiller 2/ le faire boire plus de liquides (eau de préférence) pour éviter qu'il se déshydrate 3/ aérer la pièce où il se trouve Si ces mesures ne sont pas suffisantes consulter un médecin au niveau du centre de santé le plus proche. Si c'est la nuit et vous n'avez pas la possibilité de consulter achetez à la pharmacie le paracétamol et respectez sa prescription : Consulter le lendemain La fièvre est un symptôme banal qui accompagne beaucoup de maladies qui sont le plus souvent bénignes Les situations urgentes qui doivent vous amener à consulter immédiatement aux urgences quand votre enfant a de la fièvre sont : • Un changement de comportement de votre enfant : s'endort plus que d'habitude, très fatigué ou agité ou pleurs beaucoup • Fait une crise avec des gestes désordonnés • Perte de contact avec vous : ne vous regarde pas, ne vous sourit plus • Ne mange plus comme d'habitude, • Vomit beaucoup, a une diarrhée	طفلك لديه حمى عندما يكون طفلك لديه حمى ينبغي : التأكد من الحمى عن طريق المقياس الإلكتروني. طفلك يعاني من حمى إذا كانت الحرارة أكثر من 37,5 ° C خلال النهار وأكثر من 38,5 في المساء . يجب القيام الإجراءات التالية: 1 / تبرئة طفلك 2 شرب السوائل (الماء تفضيلا) لحمايته من الجفاف 3 / تهوية الغرفة وإذا كانت هذه التدابير ليست كافية يجب استشارة الطبيب في المركز الصحي الأقرب إليك. إذا كان الأمر ليلا، واستعصى اللجوء إلى طبيب، إذهب إلى أقرب صيدلية لشراء "باراسيتمول" وتناوله حسب المقادير الموصوفة. الحمى عرض يصاحب كثير من الأمراض في غالبيتها بدون خطورة. الحالات الطارئة التي تلزمك الالتحاق إلى المستعجلات هي: ملاحظة تغيرات في سلوك طفلك أكثر من المعتاد، نعاس غير عادي ارتخاء، بكاء وأنين غير عادي. حالة صرع فقدان التواصل معك. نقص الشهية، القيء و الإسهال
وصفة طبية : Ordonnance : 	

Annexe 4 :

Comment prendre la température d'un enfant ?



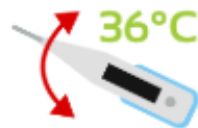
1

Assurez-vous d'utiliser un **thermomètre rectal** (le réservoir est plus gros que celui d'un thermomètre buccal)



2

Nettoyez le thermomètre à **l'eau fraîche et savonneuse**, puis rincez-le



3

Secouez-le pour que le mercure **descende sous les 36,0°C** et couvrez le bout argenté de gelée de pétrole*



4

Placez votre bébé sur le dos, les genoux pliés



5

Insérez doucement le thermomètre dans le rectum, **environ 2,5cm**



6

Après environ **2 minutes**, retirez le thermomètre et lisez la température



BIBLIOGRAPHIE



1. **Eid R, Sawaya RT, Farhat A, Salameh P, El Yaman S, Matar M.**
Parental Perceptions of Pediatric Fever From Two Medical Centers in Lebanon. Int J Pediatr. 24 juill 2025;2025:1336810.
2. **Observatoire de la Médecine Générale.**
Disponible sur: <https://www.sfmng.fr/actualites/detail/observatoire-de-la-medecine-generale>
3. **Janice E. Sullivan, MD, Henry C. Farrar,**
MD Rapport clinique – Comprendre La Fièvre Chez Les Enfants : Mythe Et Réalité PÉDIATRIE
(doi: 10.1542 / peds.2010–3852)
4. **Fever and Your Baby 2025.**
HealthyChildren.org
Disponible sur: <https://www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/fever/Pages/Fever-and-Your-Baby.aspx>
5. **Vicens-Blanes**
Analyse des perceptions, des connaissances
6. **Ohns MJ.**
Pediatric Fever in the Emergency Department: Triage to Caregiver Education. J Emerg Nurs. 1 janv 2025;51(1):10-9.
7. **Atıcı S, Soysal A.**
Parental Knowledge and Management Approaches Toward Pediatric Fever: A Cross-Sectional Survey Study. Med Rec. 9 sept 2025;7(3):792-4.
8. **Warsh J.**
The Epoch Times. 2024 Phobie de la fièvre : quand s'inquiéter ou laisser la fièvre faire son travail. l-2663164.
9. **Tohme F, Nasser S, Assi M, Wattar J, Dabbous M, Kenaan S, et al.**
Parental Perspectives on Childhood Fever and Antipyretics: A Cross-sectional Study on Knowledge, Attitudes, and Beliefs in Bekaa Valley. Open Public Health J. 29 nov 2024;17(1):e18749445343039.
10. **Morrison AK, Glick A, Yin HS.**
Health Literacy: Implications for Child Health. Pediatr Rev. 1 juin 2019;40(6):263-77.

11. **Lakraimi k.**
Evolution des connaissances et des attitudes des parents face à la fièvre de l'enfant
Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, 2018 – 241
12. **Rkain M, Rkain I, Safi M, Kabiri M, Ahid S, Benjelloun BDS.**
Knowledge and management of fever among Moroccan parents. East Mediterr Health J. 1
juin 2014;20(6):397-402.
13. **Mohammed JAK, Thaher M, Hameed BA.**
Parental Perception of Fever in Children. AL-Kindy Coll Med J. 30 juin 2007;4(1):27-32.
14. **Dogahe SMM, Pasha A, Chehrzad M, AtrkarRoshan Z.**
The effect of education based on the Health Belief Model in mothers about behaviors that
prevent febrile seizure in children. Int J Biomed Public Health. 1 janv 2018;1(1):23-9.
15. **Çelik T, Güzel Y.**
Parents' Knowledge and Management of Fever: "Parents Versus Fever!" Turk Arch Pediatr. 1
mars 2024;59(2):179-84.
16. **Moreno Sánchez A, Molina Herranz D, Aroza Ruano JM, Carmen Marcén G, Salinas Salvador B,
Ordoñez Alonso MÁ.**
[Facing fever in the pediatric patient: Checklist as a tool for parents]. Semergen.
avr 2024;50(3):102134.
17. **Ishrat Nazme N, Shahnabi Jafran S, Sultana J.**
Knowledge and practice of caregivers for the management of their febrile children:
Bangladesh perspective. J Pediatr Neonatal Care. 26 mai 2023;13(2):93-8.
18. **Hussain SM, Al-Wutayd O, Aldosary AH, Al-Nafeesah A, AlE'ed A, Alyahya MS, et al.**
Knowledge, Attitude, and Practice in Management of Childhood Fever Among Saudi Parents.
Glob Pediatr Health. 1 juill 2020;7:2333794X20931613.
19. **Anne-Véronique Florin.**
Evaluation de l'impact d'une information diffusée par vidéo sur les connaissances des
parents quant à la fièvre de l'enfant , 2018
20. **Pérez-Conesa MC, Sánchez Pina I, Ridao Manonellas S, Tormo Esparza A, García Hernando V,
López Fernández M.**
[Analysis of parental knowledge and care in childhood fever]. Aten Primaria.
oct 2017;49(8):484-91.

21. **Salih KM, AL-Ghamdi M, Elhassan KE, Alfaifi J, Abbas M, Adam I.**
Knowledge, attitude, and practice in management of childhood fever among Saudi parents, in a rural area in Saudi Arabia. 2022;26(3).
22. **Sakr F, Toufaily Z, Akiki Z, Akel M, Malaeb D, Dabbous M, et al.**
Fever among preschool-aged children: a cross-sectional study assessing Lebanese parents' knowledge, attitudes and practices regarding paediatric fever assessment and management. BMJ Open. 5 oct 2022;12(10):e063013.
23. **Hamideh Kerdar S, Himbert C, Martin DD, Jenetzky E.**
Cross-sectional study of parental knowledge, behaviour and anxiety in management of paediatric fever among German parents. BMJ Open. 18 oct 2021;11(10):e054742.
24. **Gulcan MK, Sahiner NC.**
Determining the fever-related knowledge and practices of mothers with children aged 1–5 years presenting to a child emergency service with fever complaints in Turkiye. J Pediatr Nurs. 2023;69:e13-20.
25. **Tohodjèdé Y, Yakoubou A, Magatsing NBD, Bagnan-Tossa L, Alihonou F, Lalya HF.**
Connaissance de la fièvre par les parents d'enfants reçus en consultation pédiatrique dans deux hôpitaux universitaires à Cotonou en 2023. Bénin Méd
26. **Lesoin L.**
THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT) DES DE MEDECINE GENERALE PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 18 MARS 2016.
27. **Almeras C.**
Inquiétudes et connaissances des parents face à la fièvre de l'enfant de plus de trois mois.
28. **Sahm LJ, Kelly M, McCarthy S, O'Sullivan R, Shiely F, Rømsing J.**
Knowledge, attitudes and beliefs of parents regarding fever in children: a Danish interview study. Acta Paediatr Oslo Nor 1992. janv 2016;105(1):69-73.
29. **Assimamaw NT, Gonete AT, Terefe B.**
Survey of knowledge, practice, and associated factors toward home management of childhood fever among parents visiting Gondar health facilities in 2022. Front Pediatr. 1 mars 2024;12:1100828.
30. **HAMILIUS M.**
Connaissances, croyances et habitudes des parents concernant la fièvre de l'enfant de 0 à 5 ans , Université de Bordeaux U.F.R. des Sciences Médicales , 2021 –104

31. **Nakamura K.**
Central circuitries for body temperature regulation and fever. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol.* nov 2011;301(5):R1207–1228.
32. **Cimpello LB, Goldman DL, Khine H.**
Fever pathophysiology. *Clin Pediatr Emerg Med.* 1 mars 2000;1(2):84-93.
33. **Barbi E, Marzuillo P, Neri E, Naviglio S, Krauss BS.**
Fever in Children: Pearls and Pitfalls. *Child Basel Switz.* 1 sept 2017;4(9):81.
34. **Silbernagl S, Lang F.**
Atlas de poche de Physiopathologie – Editeur Lavoisier msp, Atlas de Poche, 3^{ème} Edition 2015, ISBN 10 : 2257205952, 448 p.
35. **Burmester GR.**
Atlas de poche d'immunologie: bases, analyses biologiques, pathologies. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 2005. xiv, 321 p.
36. **Kliegman R, Stanton B, St. Geme J, Schor N.**
Editor: Nelson textbook of pediatrics. 20th
Philadelphia, PA: Elsevier; 2015. ISBN: 978-1-4557-7566-8, 3888 p. Edition.
37. **Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.**
Mise au Point sur la Prise en Charge de la Fièvre chez l'Enfant ; 2004. Disponible sur : <http://ansm.sante.fr/S-informer/Communiqués-Communiqués-Points-presse/Le-traitement-de-la-fièvre-chez-l-enfant>
38. **Hiddou A.**
Enquête sur la Fièvre auprès des Parents.Thèse de Doctorat, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Cadi Ayyad, Marrakech, 2007.
39. **Menekşe D, Tiryaki Ö, Çınar N.**
Determination of the relationship between parents' health literacy and fever management of their children: A cross-sectional study. *J Adv Nurs.* févr 2025;81(2):867-77.
40. **Ng HL, Li H, Jin X, Wong CL.**
Parental knowledge, attitudes, and practices towards childhood fever among South-East and East Asian parents: A literature review. *PloS One.* 2023;18(9):e0290172.
41. **Fahdil RA, Ameen WA.**
Knowledge of mothers towards management of children with fever. *Int J Health Sci.* 31 mai 2022;6(S2):12498-506.

42. **Bong WT, Tan CE.**
Knowledge and Concerns of Parents Regarding Childhood Fever at a Public Health Clinic in Kuching, East Malaysia. Open Access Maced J Med Sci. 23 oct 2018;6(10):1928-33.
43. **Marion W.**
Évaluation des connaissances et pratiques des parents sur la fièvre de l'enfant.
44. **Elkon-Tamir E, Rimon A, Scolnik D, Glatstein M.**
Fever Phobia as a Reason for Pediatric Emergency Department Visits: Does the Primary Care Physician Make a Difference? Rambam Maimonides Med J. 30 janv 2017;8(1):e0007.
45. **Childhood fever and its management: differences in knowledge and practices between mothers and fathers in Taif; Saudi Arabia.**
Disponible sur:
https://www.researchgate.net/publication/262837029_Childhood_fever_and_its_management_differences_in_knowledge_and_practices_between_mothers_and_fathers_in_Taif_Saudi_Arabia, 7 août 2025
46. **de Bont EG, Francis NA, Dinant GJ, Cals JW.**
Parents' knowledge, attitudes, and practice in childhood fever: an internet-based survey. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. janv 2014;64(618):e10-16.
47. **Zyoud SH, Al-Jabi SW, Sweileh WM, Nabulsi MM, Tubaila MF, Awang R, et al.**
Beliefs and practices regarding childhood fever among parents: a cross-sectional study from Palestine. BMC Pediatr. 28 avr 2013;13:66.
48. **Kliegman R, Stanton B, St. Geme J, Schor N.**
Editor: Nelson textbook of pediatrics. 20th
Philadelphia, PA: Elsevier; 2015. ISBN: 978-1-4557-7566-8, 3888 p. Edition.
49. **Blatteis CM.**
Fever: pathological or physiological, injurious or beneficial? J Therm Biol. 1 janv 2003;28(1):1-13.
50. **Ng D, Lam J, Chow K.**
Childhood fever revisited. HKMJ Vol 8 No 1 February 2002
51. **Knoebel et al .**
Fever: To treat or not to treat, Clinical Pediatrics; Glen Head Vol. 41, N° 1, (Jan/Feb 2002)
Disponible sur: <https://www.proquest.com/docview/200087321?fromopenview=true&pq-origsite=gscholar&sourcetype=Scholarly%20Journals>

52. **May A, Bauchner H.**
Fever phobia: the pediatrician's contribution. *Pediatrics*. déc 1992;90(6):851-4.
53. **Leitao P.**
Fever in Childhood: Friend or Foe? *Pract Nurs*. 13 janv 1998;9(1):25-7.
54. **Schmitt BD.**
Fever Phobia: Misconceptions of Parents About Fevers. *Am J Dis Child*. 1 févr 1980;134(2):176-81.
55. **Al-Eissa YA, Al-Sanie AM, Al-Alola SA, Al-Shaalan MA, Ghazal SS, Al-Harbi AH, et al.**
Parental perceptions of fever in children. *Ann Saudi Med*. 2000;20(3-4):202-5.
56. **van de Maat JS, van Klink D, den Hartogh-Griffioen A, Schmidt-Crossen E, Rippen H, Hoek A, et al.**
Development and evaluation of a hospital discharge information package to empower parents in caring for a child with a fever. *BMJ Open*. 30 août 2018;8(8):e021697.
57. **MICHEL C .**
Faut-il prescrire les anti-inflammatoires non stéroïdiens à visée antipyrétique chez l'enfant?. UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT – PARIS 7, 2011
Disponible sur: http://www.bichatlarib.com/publications.documents/3640_280911_These_Fievre_enfant_et_AINS.pdf
58. **Al Arifi MN, Alwhaibi A.**
Assessment of Saudi Parents' Beliefs and Behaviors towards Management of Child Fever in Saudi Arabia–A Cross–Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 14 mai 2021;18(10):5217.
59. **Abubaker Ibrahim Elbur .**
Childhood fever and its management, *World Journal of Pharmaceutical Research*, 2024
Disponible sur: <https://www.wisdomlib.org/science/journal/world-journal-of-pharmaceutical-research/d/doc1365219.html>
60. **Cinar ND, Altun I, Altinkaynak S, Walsh A.**
Turkish parents' management of childhood fever: a cross–sectional survey using the PFMS–TR. *Australas Emerg Nurs J AENJ*. févr 2014;17(1):3-10.

61. **Hoppenot I.**
Fièvre de l'enfant : une stratégie de prise en charge guidée par l'âge et les éventuels signes de gravité. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/25797-fievre-de-l-enfant-une-strategie-de-prise-en-charge-guidee-par-l-age-et-les-eventuels-signes-de-gravite.html>
62. **Laurent G et al**
Connaissances et attitudes des parents face à la fièvre de l'enfant de moins de 6 ans
Faculté de médecine de Toulouse,
Disponible sur: <https://dumg-toulouse.fr/uploads/d124480416ba14694f099d465d24fc7c46c31b47.pdf>
63. **Purssell E, Collin J.**
Fever phobia: The impact of time and mortality--a systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud. avr 2016;56:81-9.
64. **Wallenstein MB, Schroeder AR, Hole MK, Ryan C, Fijalkowski N, Alvarez E, et al.**
Fever literacy and fever phobia. Clin Pediatr (Phila). mars 2013;52(3):254-9.
65. **Morel C.**
Fièvre chez l'enfant : connaissances et prise en charge par les parents. In 2010
Disponible sur: <https://www.semanticscholar.org/paper/Fi%C3%A8vre-chez-l'enfant-%3A-connaissances-et-prise-en-Morel/cbb68f1760fd6a214fe24b29deebdf9a0748f594>
66. **Pourrier J.**
Automédication des enfants par les parents lors d'un épisode fébrile : connaissances, prise en charge et éducation des parents. In 2018
Disponible sur: <https://www.semanticscholar.org/paper/Autom%C3%A9dication-des-enfants-par-les-parents-lors-%3APourrier/efd06fb17e5be9b065ad95205178f8b528d46283>
67. **Davis T;**
Recommandations du NICE : syndromes fébriles chez l'enfant - évaluation et prise en charge initiale chez les enfants de moins de 5 ans - Archives of Disease in Childhood-Education and 2013
68. **Les recommandations de l'Académie américaine de pédiatrie.**
Disponible sur: <http://www.famili.fr/fievre-les-nouvelles-recommandations-de-l-academie-americaine-de-pediatrie,363,252827.asp>
69. **El-Radhi AS.**
Determining fever in children: the search for an ideal thermometer. Br J Nurs Mark Allen Publ. 23 févr 2014;23(2):91-4.

70. **Freifeld AG, Bow EJ, Sepkowitz KA, Boeckh MJ, Ito JI, Mullen CA, et al.**
Clinical practice guideline for the use of antimicrobial agents in neutropenic patients with cancer: 2010 update by the infectious diseases society of america. Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. 15 févr 2011;52(4):e56–93.
71. **Falzon A, Grech V, Caruana B, Magro A, Attard–Montalto S.**
How reliable is axillary temperature measurement? Acta Paediatr Oslo Nor 1992. 2003;92(3):309-13.
72. **Niven DJ, Gaudet JE, Laupland KB, Mrklas KJ, Roberts DJ, Stelfox HT.**
Accuracy of peripheral thermometers for estimating temperature: a systematic review and meta-analysis. Ann Intern Med. 17 nov 2015;163(10):768-77.
73. **Le thermomètre Galinstan est plus précis que le thermomètre numérique pour la mesure de la température corporelle chez l'enfant**
Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23364385/>
74. **TORM .**
THERMOMÈTRE GALLIUM
Disponible sur: <https://www.cooper.fr/torm-thermom%C3%A8tre-gallium>
75. **Thermomètre Clinique au Gallium – Alternative Écologique au Mercure**
Disponible sur: <https://www.medisafe.fr/thermometre-au-gallium.html>
76. **Précision des thermomètres tympaniques et frontaux en cabinet de pédiatrie privé**
Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24127699/>
77. **Reynolds M, Bonham L, Gueck M, Hammond K, Lowery J, Redel C, et al.**
Are temporal artery temperatures accurate enough to replace rectal temperature measurement in pediatric ED patients? J Emerg Nurs. janv 2014;40(1):46-50.
78. **Teran CG, Torrez–Llanos J, Teran–Miranda TE, Balderrama C, Shah NS, Villarroel P.**
Clinical accuracy of a non–contact infrared skin thermometer in paediatric practice. Child Care Health Dev. juill 2012;38(4):471-6.
79. **Vaidyam Chakravarthi A.**
Knowledge, attitude and response of mothers about fever in their children. J Contemp Clin Pract. 30 juin 2024;10:65-70.

80. **Hiller MG, Caffery MS, Bégué RE.**
A Survey About Fever Knowledge, Attitudes, and Practices Among Parents. Clin Pediatr (Phila). juin 2019;58(6):677-80.
81. **Faraj PA, Berbich PA, Lazrak PB, Chkili PT, Alaoui PMT, Belmahi PA.**
UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE – RABAT.
82. **Polat M, Kara S, Tezer H, Tapisız A, Derinöz O, Dolgun A.**
A current analysis of caregivers' approaches to fever and antipyretic usage. J Infect Dev Ctries. 13 mars 2014;8(3):365-71.
83. **Poirier MP, Collins EP, McGuire E.**
Fever phobia: a survey of caregivers of children seen in a pediatric emergency department. Clin Pediatr (Phila). juin 2010;49(6):530-4.
84. **Teller J, Ragazzi M, Simonetti GD, Lava S a. G.**
Accuracy of tympanic and forehead thermometers in private paediatric practice. Acta Paediatr Oslo Nor 1992. févr 2014;103(2):e80–83.
85. **Alqudah M, Cowin L, George A, Johnson M.**
Child fever management: A comparative study of Australian parents with limited and functional health literacy. Nurs Health Sci. juin 2019;21(2):157-63.
86. **Laaraje A, Mekaoui N, Karboubi L, Dakhama Badr Sououd B.**
Consultations aux urgences médicales pédiatriques : qui, pourquoi et comment ? À propos de 1000 consultants. Service des urgences médicales pédiatriques, hôpital d'enfants Rabat. Rev D'Épidémiologie Santé Publique. 1 mai 2018;66:S157.
87. **ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.**
Le traitement de la fièvre chez l'enfant.
Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Communiqués-Communiqués-Points-presse/Le-traitement-de-la-fievre-chez-l-enfant>
88. **Aslı Akdeniz, Bektaş İ, Ayar D, Çelik İ, Bektaş M, Kudubeş AA, et al.**
Role of Parental Attitudes Towards Rational Drug Use in Predicting Fever Management Practices. Cyprus J Med Sci
Disponible sur: <https://cyprusjmedsci.com/articles/role-of-parental-attitudes-towards-rational-drug-use-in-predicting-fever-management-practices/cjms.2020.2849>
89. **Florin AV.**
Evaluation de l'impact d'une information diffusée par vidéo sur les connaissances des parents quant à la fièvre de l'enfant [2018–2021, France]: Université de Lille; 2018

90. **Kelly M, Sahm LJ, Shiely F, O'Sullivan R, de Bont EG, Mc Gillicuddy A, et al.**
Parental knowledge, attitudes and beliefs on fever: a cross-sectional study in Ireland. *BMJ Open*. 9 juill 2017;7(7):e015684.
91. **Enarson MC, Ali S, Vandermeer B, Wright RB, Klassen TP, Spiers JA.**
Beliefs and expectations of Canadian parents who bring febrile children for medical care. *Pediatrics*. oct 2012;130(4):e905-912.
92. **ANSM Recommandations pour les médicaments.**
Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/documents/reference/recommandations-pour-les-medicaments>
93. **Haute Autorité de Santé.**
Prise en charge de la fièvre chez l'enfant. *J Ped Pue*. 2017, 30(1): 43-44
94. **Wong T, Stang AS, Ganshorn H, Hartling L, Maconochie IK, Thomsen AM, et al.**
Combined and alternating paracetamol and ibuprofen therapy for febrile children. *Evid-Based Child Health Cochrane Rev J*. sept 2014;9(3):675-729.
95. **Ulinski T, Guigonis V, Dunan O, Bensman A.**
Acute renal failure after treatment with non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Eur J Pediatr*. mars 2004;163(3):148-50.
96. **Misurac JM, Knoderer CA, Leiser JD, Nailescu C, Wilson AC, Andreoli SP.**
Nonsteroidal anti-inflammatory drugs are an important cause of acute kidney injury in children. *J Pediatr*. juin 2013;162(6):1153-9, 1159.e1.
97. **Yue Z, Jiang P, Sun H, Wu J.**
Association between an excess risk of acute kidney injury and concomitant use of ibuprofen and acetaminophen in children, retrospective analysis of a spontaneous reporting system. *Eur J Clin Pharmacol*. avr 2014;70(4):479-82.
98. **Zerr DM, Alexander ER, Duchin JS, Koutsky LA, Rubens CE.**
A case-control study of necrotizing fasciitis during primary varicella. *Pediatrics*. avr 1999;103(4 Pt 1):783-90.
99. **Lesko SM.**
The safety of ibuprofen suspension in children. *Int J Clin Pract Suppl*. avr 2003;(135):50-3.
100. **Rajanayagam J, Bishop JR, Lewindon PJ, Evans HM.**
Paracetamol-associated acute liver failure in Australian and New Zealand children: high rate of medication errors. *Arch Dis Child*. janv 2015;100(1):77-80.

101. **National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK).**
Feverish Illness in Children: Assessment and Initial Management in Children Younger Than 5 Years. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (UK); 2013. (National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines).
102. **Petit manuel de Pharmacovigilance et Pharmacologie clinique.**
Revue prescrire, 2011
103. **Mistry N, Hudak A.**
Combined and alternating acetaminophen and ibuprofen therapy for febrile children. Paediatr Child Health. déc 2014;19(10):531-2.
104. **Fields E, Chard J, Murphy MS, Richardson M, Guideline Development Group and Technical Team.**
Assessment and initial management of feverish illness in children younger than 5 years: summary of updated NICE guidance. BMJ. 22 mai 2013;346:f2866.
105. **Alqudah M, Stubbs MA, Al-Masaeed M, Fernandez R.**
An evaluation of parents' and caregivers' preferences managing fever in children based on experiences in using ibuprofen and paracetamol: A systematic review. J Pediatr Nurs. 2025;80:e272-81.
106. **Pereira CG, Machado SN, Pereira RL, Rebelo A, Salgado M.**
Fever phobia – where are we now. Pediatr Oncall J. 29 nov 2023;21(2):49-55.
107. **de Martino M, Chiarugi A.**
Recent Advances in Pediatric Use of Oral Paracetamol in Fever and Pain Management. Pain Ther. déc 2015;4(2):149-68.
108. **Prise en charge de la fièvre de l'enfant : les connaissances et pratiques des parents sont-elles satisfaisantes ?**
Arch Pédiatrie. 1 avr 2007;14(4):322-9.
109. **Gribetz B, Cronley SA.**
Underdosing of Acetaminophen by Parents. Pediatrics. 1 nov 1987;80(5):630-3.
110. **McERLEAN M, BARTFIELD J, KENNEDY D, GILMAN E, STRAM R, RACCIO-ROBAK N.**
Home antipyretic use in children brought to the emergency department. Pediatr Emerg Care 2001, 17 : 249-251.

111. **LI S, LACHER B, CRAIN E.**
Acetaminophen and ibuprofen dosing by parents.
Pediatr Emerg Care 2000, 16 : 394–397
112. **GOLDMAN R, SCOLNIK D.**
Underdosing of acetaminophen by parents and emergency utilization.
Pediatr Emerg Care 2004, 20 : 89–93.
113. **Richardson M, Purssell E.**
Who's afraid of fever? Arch Dis Child. sept 2015;100(9):818-20.
114. **Sellier-Joliot C, Di Patrizio P, Minary L, Boivin JM.**
Les recommandations Afssaps de 2005 n'ont pas modifié la prise en charge parentale de la fièvre de l'enfant. Arch Pédiatrie. 1 avr 2015;22(4):352-9.
115. **Vierin Nzame Y, Ella Ndong Y, Mengue Maella M, Ravoro Y, Lassegue R, Ategbo S, et al.**
SFP P-122 – Comportement des mères dans la fièvre de l'enfant. Arch Pédiatrie. 1 mai 2014;21(5, Supplement 1):832.
116. **Bellaiche M, Viala J, Sanlaville D.**
Pédiatrie – Editor: VernazobresGrego, 8thEdition 2009, ISBN 10 : 2841369633, 690 p.
117. **Meremikwu M, Oyo-Ita A.**
Physical methods for treating fever in children.Cochrane Database Syst Rev.
2003;(2):CD004264.
118. **Corrard F.**
Confort thermique et fièvre où la recherche du mieux être. Arch Pédiatrie. 1 janv 1999;6(1):93-6.
119. **Bertille N, Purssell E, Hjelm N, Bilenko N, Chiappini E, de Bont EGPM, et al.**
Symptomatic Management of Febrile Illnesses in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis of Parents' Knowledge and Behaviors and Their Evolution Over Time.
Front Pediatr [Internet]. 5 oct 2018
120. **Almeras C.**
Inquiétudes et connaissances des parents face à la fièvre de l'enfant de plus de trois mois.
In 2017
Disponible sur: <https://www.semanticscholar.org/paper/Inqui%C3%A9tudes-et-connaissances-des-parents-face-%C3%A0-la-Almeras/9fae45ced204f9ad3d336f8c7fac7a616919d211>

- 121. Joder M.**
Fièvre chez l'enfant: comportement des parents et évaluation d'un message de santé : étude prospective comparative auprès de 472 parents exposés ou non à une fiche-conseil validée [Thèse d'exercice]. [Lyon ; 1971 – France]: Université Claude Bernard; 2013.
- 122. OMS.**
Définition de la médecine traditionnelle.
Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/traditional-medicine>
- 123. Camara V.**
Recours des mères aux soins de la médecine traditionnelle dans le traitement des maladies infantiles : cas des enfants de 0 à 5 ans du quartier Kènendé de la Commune urbaine de Kindia.
- 124. Connaissances; attitudes et pratiques des parents face à la fièvre chez l'enfant au service de pédiatrie du CHU Gabriel Touré**
Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/11381>
- 125. Le Centre Anti Poison et de Pharmacovigilance du Maroc (CAPM)**
– Maroc – Health Research
Disponible sur: https://healthresearchwebafrika.org.za/en/morocco/institution_4816
- 126. Chenopodium ambrosioides**
Disponible sur: <https://www.tramil.net/es/plant/chenopodium-ambrosioides>
- 127. Garet PE.**
Fièvre de l'enfant : connaissances et croyances parentales et leur influence sur le respect des recommandations.
- 128. Stagnara J, Vermont J, Dürr F, Ferradji K, Mege L, Duquesne A, et al.**
[Parents' attitudes towards childhood fever. A cross-sectional survey in the Lyon metropolitan area (202 cases)]. Presse Medicale Paris Fr 1983. 24 sept 2005;34(16 Pt 1):1129-36.
- 129. Arica SG, Arica V, Onur H, Gülbayzar S, Dağ H, Obut Ö.**
Knowledge, attitude and response of mothers about fever in their children. Emerg Med J. 1 déc 2012;29(12):e4-e4.

- 130. Broome ME, Dokken DL, Broome CD, Woodring B, Stegelman MF.**
A study of parent/grandparent education for managing a febrile illness using the CALM approach. J Pediatr Health Care Off Publ Natl Assoc Pediatr Nurse Assoc Pract. 2003;17(4):176-83.
- 131. Casey R, McMahon F, McCormick MC, Pasquariello PS, Zavod W, King FH.**
Fever therapy: an educational intervention for parents. Pediatrics. mai 1984;73(5):600-5.
- 132. Flury T, Aebi C, Donati F.**
Febrile seizures and parental anxiety: does information help? Swiss Med Wkly. 22 sept 2001;131(37-38):556-60.
- 133. Robinson JS, Schwartz ML, Magwene KS, Krengel SA, Tamburello D.**
The impact of fever health education on clinic utilization. Am J Dis Child 1960. juin 1989;143(6):698-704.
- 134. Sarrell M, Kahan E.**
Impact of a single-session education program on parental knowledge of and approach to childhood fever. Patient Educ Couns. sept 2003;51(1):59-63.
- 135. O'Neill-Murphy K, Liebman M, Barnsteiner JH.**
Fever education: does it reduce parent fever anxiety? Pediatr Emerg Care. févr 2001;17(1):47-51.
- 136. Diot PP.**
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS.

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي

وأن أصون حياة الانسان في كافة أطوارها في كل الظروف والأحوال

باذلة وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض والألم والقلق

وأن أحفظ للناس كرامتهم واستر عورتهم وأكتم سرهم

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله

باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد والصالح والطالح والصديق والعدو

وأن أثابر على طلب العلم وأسخره لنفع الانسان لا لأذاه

وأن أوقر من علمني وأعلم من يصغرنى

وأكون أختا لكل زميل في المهنة الطبية متعاونين على البر والتقوى

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلايتي

نقية مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين

والله على ما أقول شهيد

الأطروحة 28

سنة 2026

دراسة حول تصورات و مواقف الآباء تجاه حمى أطفالهم في آسفي أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2026/01/12
من طرف

الآنسة حكيمة ادريوش

المزودة في 19 يوليوز 1999 ب آسفي
لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

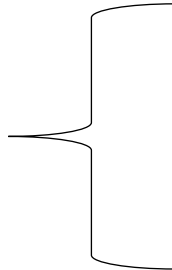
الحمى – الطفل – الآباء – المعارف – المواقف – آسفي

اللجنة

الرئيس

المشرف

الحكام



ن. صراع

أستاذة في علم الأحياء الدقيقة .

م. بوالروس

أستاذ في طب الأطفال

و. لحميني

أستاذة في طب الأطفال

ن. راضى

أستاذ في طب الأطفال

س. ينيس

أستاذة في الصيدلة الجالينية

السيدة

السيد

السيدة

السيد

السيدة

