

**MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION  
NATIONALE**

**RÉPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple – Un But – Une Foi**

\*\*\*\*\*

**UNIVERSITÉ DE BAMAKO**

**FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO –  
STOMATOLOGIE**

**ANNEE UNIVERSITAIRE : 2006-2007**

**N°...../**

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET  
PRATIQUES DES MERES  
FACE A LA FIEVRE CHEZ L'ENFANT  
AU SERVICE DE PEDIATRIE  
DU CHU GABRIEL TOURE- BAMAKO**

**THÈSE**

Présentée et soutenue publiquement le ...../...../2007

**Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et  
d'Odontostomatologie**

Par

**Mr : Moustapha CISSE**

**Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine  
(DIPLOME D'ETAT)**

**Jury**

<b>PRÉSIDENT DU JURY :</b>	<b>Professeur Abdoulaye Ag RHALY</b>
<b>DIRECTEUR DE THESE :</b>	<b>Professeur Mamadou Marouf KEITA</b>
<b>CODIRECTRICE DE THESE :</b>	<b>Docteur Mariam SYLLA</b>
<b>MEMBRE :</b>	<b>Docteur Idrissa KONE</b>

**FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-  
STOMATOLOGIE**

**ANNÉE UNIVERSITAIRE 2006 -2007**

**ADMINISTRATION**

DOYEN: Anatole **TOUNKARA** - PROFESSEUR

1<sup>er</sup> ASSESSEUR : **Drissa DIALLO** - MAITRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

2<sup>ème</sup> ASSESSEUR : Sékou **SIDIBE** - MAITRE DE CONFÉRENCES

SECRÉTAIRE PRINCIPAL : **Yénimegue Albert DEMBELE** PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE : **Mme COULIBALY Fatoumata TALL** CONTROLEUR DES FINANCES

**LES PROFESSEURS HONORAIRES**

Mr Alou BA

Mr Bocar SALL

Mr Souleymane SANGARÉ

Mr Yaya FOFANA

Mr Mamadou L. TRAORÉ

Mr Balla COULIBALY

Mr Mamadou DEMBÉLÉ

Mr Mamadou KOUMARÉ

Mr Ali Nouhoum DIALLO

Mr Aly GUINDO

Ophthalmologie

Orthopédie – Traumatologie - Secourisme

Pneumo-phthisiologie

Hématologie

Chirurgie Générale

Pédiatrie

Chirurgie Générale

Pharmacognosie

Médecine interne

Gastro-entérologie

**Mr Mamadou M. KEÏTA**

Mr Sinè BAYO

Mr Sidi Yaya SIMAGA

Mr Abdoulaye Ag RHALY

Mr Boukassim haidara

**Pédiatrie**

Anatomie – Pathologie - Histoembriologie

Santé Publique, chef de D.E.R

Médecine Interne

***LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE***

**D.E.R. CHIRURGIE ET SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES**

**1. PROFESSEURS**

Mr Abdel Karim KOUMARÉ

Mr Sambou SOUMARÉ

Mr Abdou Alassane TOURÉ

Mr Kalilou OUATTARA

Mr Amadou DOLO

Mr Alhousseini Ag MOHAMED

Mme SY Assitan SOW

Mr Salif DIAKITÉ

Mr Abdoulaye DIALLO

Chirurgie Générale

Chirurgie Générale

Orthopédie - Traumatologie, **Chef de D.E.R.**

Urologie

Gynéco Obstétrique

ORL

Gynéco Obstétrique

Gynéco Obstétrique

Anesthésie Réanimation

## 2. MAITRES DE CONFÉRENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Djibril SANGARÉ	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORÉ dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORÉ	Gynéco Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sekou SIDIBE	Orthopedie.Traumatologie
MR Abdoulaye DIALLO	Anesthesie-Reanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopedie Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou Lamine DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gyneco-Obstetrique
Mr Nouhoum	Chirurgie Thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthesie-Reanimation

## 3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco -Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie
Mme Djeneba DOUMBIA	Anesthesie-Reanimation
Mr Zanafo OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopedie-Traumatologie
Mr Sanossi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopedie-Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MACALOU	Orthopedie-Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynéco - Obstétrique
Mr Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KeïTA	O.R.L
Mr Bouraïma MAÏGA	Gynéco Obstétrique

## D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

### 1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie Mycologie
Mr Yénimegue Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie - <b>Chef de D.E.R.</b>
Mr Bakary M. CISSÉ	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAÏGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Mamadou KONE	Physiologie

### 2. MAÎTRES DE CONFÉRENCES

Mr Amadou TOURÉ	Histoembryologie
-----------------	------------------

Mr Flabou BOUGOUDOGO  
Mr Amagana DOLO  
Mr Mahamadou CISSE  
Mr Sekou F. M. TRAORE  
Mr Abdoulaye DABO  
Mr Ibrahim I. MAÏGA

Bactériologie – Virologie  
Parasitologie  
Biologie  
Entomologie médicale  
Malacologie, Biologie Animale  
Bactériologie – Virologie

### 3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA  
Mr Mounirou BABY  
Mr Mahamadou A. THERA  
Mr Moussa Issa DIARRA  
Mr Kaourou DOUCOURE  
Mr Bouréma KOURIBA  
Mr Souleymane DIALLO  
Mr Cheick Bougadari TRAORE

Chimie-Organique  
Hématologie  
Parasitologie  
Biophysique  
Biologie  
Immunologie  
Bactériologie-Virologie  
Anatomie Pathologie

### 4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO  
Mr Guimogo DOLO  
Mr Abdoulaye TOURÉ  
Mr Djbril SANGARÉ  
Mr Mouctar DIALLO  
Mr Boubacar TRAORÉ  
Mr Bocary Y Sacko  
Mr Mamadou BA  
Mr Moussa FANE

Entomologie - Moléculaire Médicale  
Entomologie - Moléculaire Médicale  
Entomologie - Moléculaire Médicale  
Entomologie - Moléculaire Médicale  
Biologie Parasitologie  
Parasitologie Mycologie  
Biochimie  
Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale  
Parasitologie Entomologie

## D.E.R. DE MÉDECINE ET SPÉCIALITÉS MÉDICALES

### 1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURÉ  
Mr Mahamane MAÏGA  
Mr Baba KOUMARÉ  
Mr Moussa TRAORÉ  
Mr Issa TRAORÉ  
Mr Mamadou M. KEITA  
Mr Hamar A. TRAORÉ  
Mr Dapa Aly DIALLO  
Mr Moussa Y. MAIGA  
Mr Somita KEITA

Cardiologie  
Néphrologie  
Psychiatrie- **Chef de D.E.R.**  
Neurologie  
Radiologie  
Pédiatrie  
Médecine Interne  
Hématologie  
Gastro-entérologie Hépatologie  
Dermato - Léprologie

### 2. MAÎTRES DE CONFÉRENCES

Mr Bah KEITA  
Mr Boubacar DIALLO  
Mr Abdel Kader TRAORÉ  
Mr Siaka SIDIBÉ  
Mr Mamadou DEMBÉLÉ  
Mr Mamady KANE  
Mr Saharé FONGORO  
Mr Bakoroba COULIBALY

Pneumo - Phtisiologie  
Cardiologie  
Médecine Interne  
Radiologie  
Médecine Interne  
Radiologie  
Néphrologie  
Psychiatrie

Mr Bou DIAKITE  
Mr Bougouzié SANOGO  
Mr Toumani SIDIBE  
Mme SIDIBE Assa TRAORE

Psychiatrie  
Gastro-entérologie  
Pédiatrie  
Endocrinologie

### 3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA  
Mr Adama D. KEITA  
Mme Habibatou DIAWARA  
Mr Daouda K Minta  
Mr Kassoum SANOGO  
Mr Seydou DIAKITÉ  
Mr Arouna TOGORA  
Mme Diarra Assétou SOUCKO  
Mr Boubacar TOGO  
Mr Mahamadou TOURÉ  
Mr Idrissa A. CISSÉ  
Mr Mamadou B. DIARRA  
Mr Anselme KONATÉ  
Mr Moussa T. DIARRA  
Mr Souleymane DIALLO  
Mr Souleymane COULIBALY  
Mr Sounkalo DAO  
Mr Cheick Oumar Guinto

Pédiatrie  
Radiologie  
Dermatologie  
Maladies Infectieuses  
Cardiologie  
Cardiologie  
Psychiatrie  
Médecine interne  
Pédiatrie  
Radiologie  
Dermatologie  
Cardiologie  
Hépatogastro-entérologie  
Hépatogastro-entérologie  
Pneumologie  
Psychologie  
Maladies infectieuses  
Neurologie

## D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

### 1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSÉ  
Mr Gaoussou KANOUTÉ

Toxicologie  
Chimie Analytique **Chef de D.E.R**

### 2. MAÎTRES DE CONFÉRENCES

Mr Ousmane DOUMBIA  
Mr Drissa DIALLO  
Mr Boukassoum Haidara  
Mr Elimane MARIKO  
Mr Alou KEITA  
Mr Benoît Yaranga KOUMARE

Pharmacie Chimique  
Matières médicales  
Législation  
Pharmacologie  
Galénique  
Chimie analytique

### 3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mme Rokia SANOGO  
Mr Ababacar I. MAÏGA  
Mr Yaya KANÉ

Pharmacognosie  
Toxicologie  
Galénique

### 4. ASSISTANTS

Mr Saibou MAIGA  
Mr Ousmane KOITA

Législation  
Parasitologie Moléculaire

## D.E.R. SANTÉ PUBLIQUE

## 1. PROFESSEURS

Mr Sanoussi KONATÉ Santé Publique

## 2. MAÎTRE DE CONFÉRENCES

Mr Moussa A. MAÏGA Santé Publique

## 3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURÉ Santé Publique  
Mr Adama DIAWARA Santé Publique  
Mr Hamadoun SANGHO Santé Publique  
Mr Massambou SACKO Santé Publique  
Mr Alassane A. DICKO Santé Publique  
Mr Mamadou Soungalo TRAORE Santé Publique

## 4. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP Anthropologie Médicale  
Mr Seydou DOUMBIA Épidémiologie  
Mr Oumar THIERO Bio statistique  
Mr Seydou DIARRA Anthropologie Médicale

## CHARGÉS DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA Botanique  
Mr Bouba DIARRA Bactériologie  
Mr Salikou SANOGO Physique  
Mr Boubacar KANTÉ Galénique  
Mr Souleymane GUINDO Gestion  
Mme DEMBÉLÉ Sira DIARRA Mathématiques  
Mr Modibo DIARRA Nutrition  
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA Hygiène du Milieu  
Mr Mahamadou TRAORÉ Génétique  
Mr Yaya COULIBALY Législation  
Mr Lassine SIDIBÉ Chimie - Organique

## **ENSEIGNANTS EN MISSION**

Pr. Doudou BA Bromatologie  
Pr. Babacar FAYE Pharmacodynamie  
Pr. Mounirou CISSÉ Hydrologie  
Pr. Amadou Papa DIOP Biochimie  
Pr. Lamine GAYE Physiologie

# **DEDICACES ET REMERCIEMENTS**

## DEDICACES

*Je dédie ce modeste travail :*

**A toi chère mère : Défunte Mme CISSE Tata KOUMA**, toi qui me consolait, toi qui aimerais voir ce beau jour, saches chère mère que je ne t'ai pas oublié. Ce travail est l'aboutissement de tous les efforts que tu as fournis pour moi.

Que ton âme repose en Paix.

**A toi très chère mère : Mme CISSE Nafissatou MAGANE**, toi qui m'as donné la vie, chère mère c'est grâce à tes multiples bénédictions que ce travail a vu le jour, voici le fruit de toute ta souffrance.

Très chère mère que Dieu te donne une longue vie et une bonne santé.

**A toi cher père : Mr Gaoussou CISSE**, je n'oublierai jamais tes multiples conseils qui ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Cher père, tu as toujours fait montre de simplicité, de rigueur, de dignité et de sérieux. Que Dieu t'accorde longue vie auprès de nous.



**A mon cher oncle et Beau père : Mr Almoustapha CISSE ;** vous êtes uniques en votre genre. Vous avez consacré votre vie à consoler les orphelins, malgré toutes les conditions difficiles.

Très cher Tonton, depuis notre arrivée en première année de l'université, nous avons été frappé par votre simplicité et votre manière d'éduquer l'enfant. Cher Tonton et beau père, trouve ici l'expression de toute notre gratitude.

**A ma très chère Tante : Mme KONE Hawa CISSE ;** ce travail est aussi le fruit de votre effort ; vous m'avez donné beaucoup de conseils dans la vie. Trouves ici chère Tante mes sincères remerciements.

**A mes Tantes :** Mme CISSE Mastan KOUMA, Mme CISSE Mâh KEITA, Mme CISSE Doudou KOUMA, Mme CISSE Fatoumata CISSE, Mme CISSE Habibatou CISSE, Mme CISSE Taché KOUMA, Mme CISSE Lala Maria HAIDARA yah Cisse, Rabiadou, Gackou et Massogoma, à Mlle Fatoumata kouma. Vous qui m'aviez soutenus tout au long de ce dur travail ; trouvez ici l'expression de mes sentiments de gratitude.

**A ma chère fiancée :** Fatoumata CISSE, ce travail est le résultat de votre effort personnel. Vous qui m'avez aimé, encouragé durant tous mon cycle de Médecine, très chère aimée, trouve ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

**A mes oncles :** Mr CISSE Alimamy , Mr CISSE Baché , Mr CISSE Moussa , Mr KOUMA Malamine , Mr KOUMA Lasseni , Mr TOGOLA Seydou.

Merci pour tous les efforts que vous avez consacré à moi. Je réalise aujourd'hui combien vous étiez de cœur avec moi.

**A mon cousin :** Mr Cheick El Moctar KONE, votre sourire, votre savoir faire et votre simplicité m'ont énormément marqué. Merci pour vos soutiens moral et matériel. Que Dieu donne longue vie à votre femme Mme KONE Mariam SIDIBE, votre fils, Mr KONE Samba dit Tatoum et à vous même .

**A tous mes cousins :** Mr TRAORE Moulaye Amadou, KONE Boubacar, KONE Mamadou, CISSE Mamadou, Aliou Cisse , HAIDARA Kader , CISSE Moussa , CISSE Kader et tous les autres. Merci pour tous vos conseils.

**A toutes mes cousines :** Mme KANTE Maïssata , Mme KONE Fatoumata , Mme DOUMBIA Fatoumata , Mme KOUROUMA Bintou ,Mme KaNE Kadidia , Coumba KONE , Hawa DOUMBIA , Oumou CISSE et toutes les autres. Retrouvez ici tous mes remerciements.

**A mes frères et sœurs :** Mme TRAORE Aïssata CISSE, Sabane CISSE, Aliou CISSE et tous les autres. Recevez mes sentiments de fraternité.

**A tous les enfants** victimes de fièvre ou toute autres maladies dans le monde et particulièrement ceux du Mali. Je dédie ce modeste travail.

## REMERCIEMENTS

*Je remercie Allah le Tout Puissant, pour m'avoir donné la chance et le courage de faire ce travail.*

J'adresse mes sincères remerciements :

\* **Aux Docteurs Sylla Mariam, TRAORE Fatoumata DICKO** : Ce travail est le fruit de la confiance, du soutien, et de l'amour dont j'ai été l'objet.

\* **Aux Docteurs TRAORE Moulher, KONE Idrissa** : Merci pour tout ce que vous m'avez fait dans cette vie. Que Dieu vous donne longue vie.

\* **A mes Maîtres et encadreurs de la Pédiatrie :**

- **Pr Mamadou M. KEITA, Dr SYLLA Mariam, Dr TRAORE Broulaye, Dr TOGO Boubacar, Dr COULIBALY Hadizatou, Dr TOURE Safiatou, Dr TRAORE Fatoumata DICKO.** Nous avons toujours apprécié la courtoisie et le respect avec lesquels vous nous avez traité et enseigné. Soyez rassurés mes chers maîtres de toute notre reconnaissance et gratitude.

- **A tout le personnel de la pédiatrie** de l'Hôpital Gabriel Touré ; je vous dois en vérité tout, vous qui aviez été pour moi un soutien inestimable. Laissez moi vous remercier très sincèrement.

\* **A mes camarades de promotion de la Pédiatrie**

Dr Niaboula Koné, Dr Danniela, Dr Sonia Foaleng, Abdalla Coulibaly, KaLirou Traoré, Mme Maïga Kadiatou Bagayoko, Mme Traoré Rokia

Poudiougou, Habi Maïga Naichata traoré, Pierre Togo, Betty N'Zeffac, Seydou T Traoré, ben, Mamadou Ouane, Dr Yacouba Diarra, Mme Samaké Hawa Daou, Afo Traoré, et tous les autres internes de la Pédiatrie et d'autres services de l'Hôpital Gabriel Touré.

\* **A mes cadets de la Pédiatrie** : Mr Aliou Traoré, Mr Lassana Kanté, Samaké Boubacar, Mlle Konaté Djenéba, Mlle Cissouma, et tous les autres. Recevez à travers ce travail ma sympathie.

\* **A mon équipe de garde** : Mr Coulibaly Adama, Allaye Cissé, Hamadi Sidibé, Abdalla, Aliou et Kanté, recevez mes encouragements pour la franche collaboration.

\* **A mes aînés de la Pédiatrie** : Dr Maïga Belco , Dr Ouazoun Coulibaly , Dr Diall Hawa , Dr Djénéba , Dr Traoré Fousseyni ; Dr Touré Amadou , Dr Diakité Abdoul Aziz , Dr Diawara Maimouna , Dr Abdoul Madjid et tous les autres.

\* **A tous les Etudiants stagiaires de la Pédiatrie**

\* **A tous les majors et les infirmiers de la Pédiatrie** et en occurrence ceux de la Réanimation ; au Major Sidibé.

\* **A tous mes amis (es)** : Mr Bamba Issa, Mr Diop Baye, Mr coulibaly Modibo , Dr N'Diaye Djénéba, à Mlle Safiatou, à tout le grin de la cenzala et en particulier à boua ouattara. Merci pour tout vos soutien.

**AUX HONORABLES MEMBRES DU JURY**

**A Notre Maître et président du jury**

**Professeur Abdoulaye Ag Rhaly**

**Directeur du comité national d'éthique pour la santé et les sciences de la vie.**

**Responsable des cours d'endocrinologie ; de sémiologie et des pathologies médicales à la FMPOS.**

**Chevalier de l'ordre national du Mali.**

**Ancien directeur de L'INRSP.**

Cher Maître ;

C'est un insigne honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos immenses occupations.

En effet nous avons été édifiés par vos qualités scientifiques, votre éloquence et votre dimension mondiale, l'importance que vous accordez à la formation des jeunes .Trouvez ici cher maître et pionnier de la médecine malienne l'expression de toute notre gratitude.

**A Notre maître et codirectrice de thèse**

**Dr Sylla Mariam**

**Chef de service de l'unité de néonatalogie et de réanimation  
pédiatrique au C.H.U de Gabriel Touré**

**Assistante chef de clinique à la F.M.P.O.S**

Honorable Maître ;

Nous n'étions que de passage en pédiatrie, lorsque nous fîmes frappés par votre simplicité, votre esprit scientifique, votre grande ouverture, votre attachement constant à la formation des étudiants.

A l'ombre de vos pas, nous sommes fiers des connaissances acquises.

Chère maître vous resterez longtemps notre adoré en médecine.

Trouvez ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre fidèle attachement.

**A Notre maître et membre du jury**

**Dr Kone Idrissa**

**Médecin pédiatre au centre de référence de la commune V.**

**Chargé des cours de pédiatries dans les écoles de formations socio sanitaires.**

**Chef de service de médecine du C.Ref.CV.**

Cher maître ;

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury malgré vos immenses occupations.

Nous avons admiré votre rigueur dans le travail et vos qualités humaines.

Soyez rassuré, cher maître, de toute notre profonde gratitude et de toute notre fidélité à l'exemple que vous incarnez.



**A Notre Maître et Directeur de thèse**

**Professeur Mamadou Marouf Keita**

**Médecin des hôpitaux**

**Professeur titulaire de pédiatrie du C.H.U Gabriel Touré.**

**Président de l'association malienne des pédiatres.**

**Président du comité d'éthique de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie du Mali.**

Cher Maître ;

Nous avons vite apprécié vos qualités humaines et hautement scientifiques.

Vos denses connaissances et votre immense culture font de vous une référence internationale.

Nous sommes fiers de figurer parmi vos élèves.

Trouvez ici cher maître l'expression de nos sincères remerciements ! -

## **Les Abréviations**

- C.E.S : Certificat d'Etude Spécialisé.
- C.H.U : Centre Hospitalier Universitaire.
- D.E.A.P : Département Epidémiologique des Affections Parasitaires.
- E.D.S : Enquête démographique de santé.
- F.M.P.O.S : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie.
- O.M.S : Organisation mondiale de la santé.
- P.C.I.M.E : Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.
- S.I.S : Système d'Information Sanitaire.
  - S.I.B.I : Suspicion d'Infection Bactérienne Invasive.

# SOMMAIRE

I- INTRODUCTION ET OBJECTIFS	
II- GENERALITES	3
1- Historique	3
2- Définition	4
3- Rappels physiologiques	5
4- Physiopathologie	6
5- Evaluation de la fièvre	8
6- Etude clinique de la fièvre	11
7- Etiologie	15
8- Traitement	19
III- METHODOLOGIE	21
IV- RESULTATS	26
V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION	43
VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	48
VII- REFERENCES	51
VIII- ANNEXES	57

# INTRODUCTION

## I. INTRODUCTION

La fièvre est un motif fréquent de consultation en milieu pédiatrique et reste une grande inquiétude des parents.

Elle représente 15 à 20% des consultations en urgence dans les pays à haut niveau de vie et plus sûrement dans les zones tropicales. Les fièvres d'origine infectieuses sont les plus fréquentes soit 40% des causes en Europe et environ 90% des causes en Afrique. Le poids de la mortalité attribuable à la fièvre pèse de plus en plus sur les enfants vivants dans les pays en voie de développement. [4]

L'étude de **Keita** [22] en 2000 dans le service de pédiatrie de l'Hôpital Gabriel Touré sur la fièvre a montré que sur 1644 patients admis, de 0-15 ans, 811, soit 49% avaient de la fièvre.

De même l'étude de **Coulibaly** [12] en 2004 dans le même service a montré également que 11,43% des hospitalisations étaient dus à un état fébrile.

Dans la **PCIME/OMS 2002**(Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et l'organisation mondiale de la santé), il existe essentiellement cinq maladies qui sont les causes de plus de 70% des décès chez l'enfant de moins de 5 ans .Ce sont : la pneumonie, la diarrhée, le paludisme, la rougeole et la malnutrition. [33]

Le but de ce programme est de permettre aux agents de santé d'avoir une connaissance des signes de danger chez un enfant malade et aussi permettre aux mères de contrecarrer les complications d'une quelconque maladie chez l'enfant à domicile.

Il se base sur :

- L'éducation des mères qui vise à leur apprendre l'administration d'un traitement spécifique à domicile tel qu'un antibiotique, un antipyrétique ou un antipaludéen.

- Des conseils aux mères sur les soins de l'enfant à domicile ; sur son alimentation et les signes de l'amener dans un centre de santé.

Car une étude faite en 2004 au **Rwanda** a montré que 32,9% des mères d'enfants fébriles de moins de 5 ans à domicile ; se procuraient des médicaments de façon informelle, et 22,9% chez les tradipraticiens.  
[32]

SELON la même étude la mise en place d'un système d'information sanitaire (SIS) est nécessaire pour la prise en charge de la fièvre à domicile d'ici la fin 2006.

C'est pourquoi il y a une nécessité de prise en charge de la fièvre à domicile à causes de nombreuses conséquences qu'elle peut engendrer.

Du fait de l'analphabétisme de nos populations, de la méconnaissance des mères sur la prise en charge à domicile de la fièvre et de ses conséquences néfastes :

Nous avons initié cette étude pour apporter notre contribution à la résolution de ce problème de santé. Notre but est l'évaluation des connaissances, attitudes et pratiques des mères face à la fièvre chez l'enfant dans le service de pédiatrie du CHU (centre hospitalier universitaire) de l'Hôpital Gabriel Touré.

Les objectifs sont les suivants :

# OBJECTIFS

## **Objectif général :**

Etudier les connaissances, attitudes et pratiques des mères face à la fièvre chez les enfants au service de pédiatrie du CHU de l'Hôpital Gabriel Touré.

## **Objectifs spécifiques :**

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des enfants de 0-5 ans vus à la consultation externe de la pédiatrie du CHU de l'hôpital Gabriel Touré pour fièvre.
- Apprécier les connaissances des mères sur la fièvre.
- Identifier les pratiques des mères devant la fièvre chez l'enfant à domicile.



# GENERALITES

## II- GENERALITES

### 1- HISTORIQUE [26]

Depuis l'antiquité, la recherche de la fièvre a toujours fait partie de l'examen des malades.

Les hommes se fiaient à leurs sens pour fournir les indices qualificatifs de la température.

Ceux-ci s'avéraient souvent trompeurs. Il a fallut attendre la fin du XV<sup>ème</sup> siècle pour voir apparaître les premiers thermomètres médicaux. C'est le médecin et philosophe italien Santorio de Padoue qui, le premier utilisa le thermoscopium ou thermoscope afin d'estimer la fièvre de ses patients. Il a rompu ainsi avec la vieille méthode hippocratique de reconnaissance par simple pose de la main sur le corps du malade.

Reprenant une idée ancienne de héron, il conçut un thermomètre à air. Cet appareil était composé d'une petite boule de verre, surmontée d'un tube en verre, long et étroit qui plongeait dans un vase plein d'eau. Le malade introduisait la petite boule de verre dans sa bouche ou le tenait dans le creux de la main.

Santorio signale son instrument dans une publication en 1612 et le décrit en 1630.

Entre-temps il l'avait doté d'une graduation comportant deux repères ou points fixes obtenus l'un en refroidissant la petite boule de neige, l'autre en la chauffant à la flamme d'une bougie. Ainsi en 1654 le grand Duc de Toscane Ferdinand II entreprit de perfectionner l'instrument de Santorio de manière à réduire cette dépendance. Son thermomètre contenait de l'alcool et comportait cinquante graduations.

D'autres hommes de sciences : Torricelli, Hooke, Romer apportèrent des modifications aux appareils eux-mêmes ou à l'étalonnage et Fahrenheit fabriqua en 1717 les premiers thermomètres à mercure. Il choisit 32°C pour la température de la glace fondante et 96°C pour la température normale du corps humain. Le physicien Suédois Celsius apportant en 1741 l'échelle centésimale que nous utilisons toujours sur nos thermomètres médicaux.

L'ère du thermomètre à mercure était ouverte et devrait durer jusqu'au 1<sup>er</sup> mars 1999, date à laquelle la commission de sécurité des consommateurs conclut à la nécessité d'interdire le thermomètre à mercure en raison de la toxicité du mercure pour l'homme et l'environnement.

## **2- DEFINITION :**

La fièvre est l'augmentation de la température centrale au dessus de 38°C , en l'absence d'activité physique intense chez un enfant normalement couvert dans une température ambiante tempérée. [4]

## **3- RAPPELS PHYSIOLOGIQUES [3] :**

### **3-1- La régulation thermique :**

La température est régulière en permanence autour de 37°C grâce à une égalité constante entre la quantité de chaleur produite et la quantité de chaleur perdue par l'organisme.

### **3-2- La production de chaleur ou thermogénèse :**

Elle provient de la combustion active des hormones (hypophysaire et thyroïdienne) et par l'activité musculaire, soit volontaire, soit involontaire (le frisson).

### **3-3- La déperdition de chaleur ou thermolyse :**

### **Elle se fait par :**

- la radiation,
- l'évaporation dépend de la respiration cutanée et pulmonaire.

Mais surtout de la transpiration, la convection qui ne joue de rôle que chez le sujet dévêtu. La conduction un autre cas d'évaporation n'intervient que si le sujet est dans l'eau.

### **3-4- Les mécanismes régulateurs de l'homéothermie :**

L'organisme peut augmenter sa production de chaleur par l'activité musculaire volontaire ou involontaire (frissons). Il peut l'augmenter la déperdition de chaleur par la vasodilatation cutanée, la transpiration cutanée et la polypnée.

Il peut diminuer sa déperdition de chaleur par la vasoconstriction cutanée. Les centres régulateurs situés dans le plancher du troisième ventricule sont sous la dépendance de deux ordres d'excitation : les impressions sensibles venues des corpuscules cutanés et la température du plancher du troisième ventricule.

### **4- PHYSIOPATHOLOGIE DE LA FIEVRE :**

La fièvre est un des moyens de réponse de l'organisme aux infections [23]. Elle est également présente dans les maladies inflammatoires, la fièvre peut avoir un effet bénéfique lors d'infection invasive sévère (purpura infectieux, septicémie) et il a été observé que des infections graves non fébriles étaient associées à une augmentation de la mortalité [8-25].

#### **4-1- Mécanisme général [20] :**

La réaction fébrile est souvent une partie des réactions de défense face à des infections. Les causes non infectieuses de la fièvre sont plus rares. En simplifiant on peut représenter les stimuli divers (infectieux, toxiques,

inflammatoires ou immunologiques) qui activent une réaction en chaîne (figure 1) avec production et libération des cytokines (nommés dans ce contexte souvent pyrogènes endogènes) qui finalement activent la cyclo-oxygénase produisant davantage des prostaglandines à partir de l'acide arachidonique. On pense que c'est la prostaglandine E2 (PGE2) qui augmente la valeur cible du centre de thermorégulation hypothalamique. Ceci produit principalement une rétention de chaleur (vasoconstriction, modification du comportement [position corporelle, habillement] et parfois des mécanismes de thermogenèse (métabolisme, frissons). Ces réactions sont maintenues jusqu'à ce que la nouvelle valeur cible de la température corporelle soit atteinte. Contrairement à l'hyperthermie il existe aussi des mécanismes de régulation (feedback négatif) qui limitent la montée de la température corporelle. Après normalisation de la valeur cible (soit par une évolution spontanée de la maladie, soit induite par des antipyrétiques), la thermogenèse est réduite et la libération de chaleur par une vasodilatation, la transpiration et le comportement est augmentée.

La réaction fébrile à des stimuli divers n'est pas un phénomène physiologiquement nouveau. Elle n'est pas seulement mise en évidence chez les mammifères, mais aussi chez les reptiles, les poissons, les amphibiens et même certains invertébrés.

La figure 1 le résume.

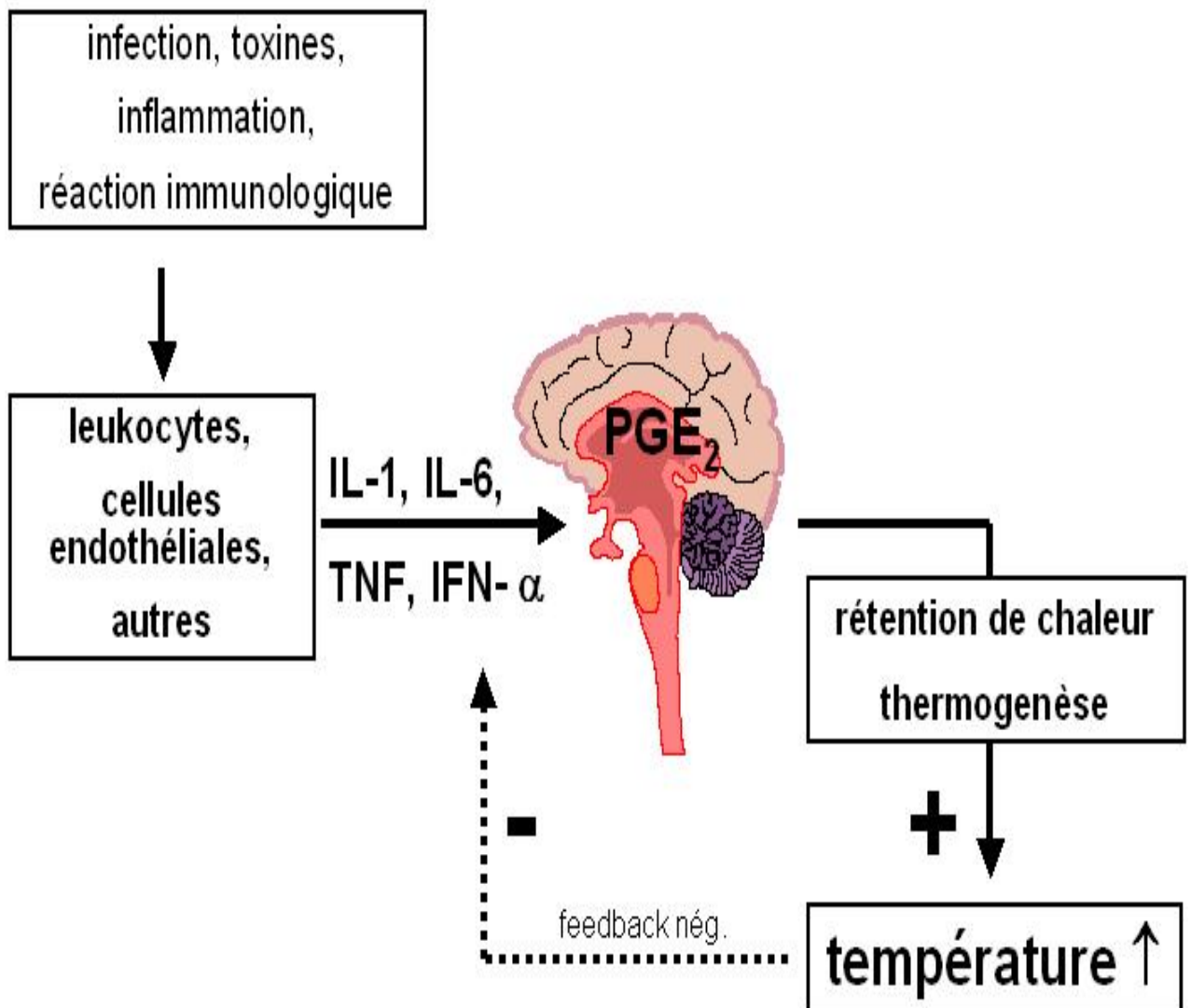


Figure 1 : Physiopathologie de la fièvre

Quand ce processus régulateur est débordé surviennent d'autres mécanismes [12] :

- **Coup de chaleur** : L'élévation importante de la température ambiante déborde le mécanisme régulateur.
- **En cas de déshydratation** : L'organisme est privé de son mécanisme régulateur majeur, cela se fait par l'évaporation.
- **Dans les hyperthyroïdies** : La fièvre s'explique par l'exagération des combustions.
- **Au cours des maladies du système nerveux (encéphalites, tumeurs)** c'est l'atteinte des centres du troisième ventricule qui est à l'origine de la fièvre.
- **Au cours des efforts musculaires** : L'augmentation de la combustion explique l'élévation de la température.

## 5- EVALUATION DE LA FIEVRE [12]

La sensation de fièvre est très subjective d'où la nécessité de contrôler la température avec un thermomètre à mercure ou électronique.

Le thermomètre à mercure ne doit plus être utilisé car s'il se brise, il y a risque d'exposition à cette substance toxique.

Il existe également le thermomètre à infrarouge qui est généralement utilisé par voie auriculaire et qui présente l'avantage d'un temps de prise très rapide (une seconde).

La température peut être prise :

- *par voie rectale,*
- *par voie buccale,*
- *par voie axillaire,*
- *par voie tympanique*

La méthode dépend de l'âge de l'enfant. Bien que la température prise sous l'aisselle ne soit pas très précise, elle peut indiquer l'état fébrile de l'enfant.

Le tableau suivant nous aide à choisir la méthode à privilégier [35-37]

Tableau I :

<b>Age</b>	<b>Techniques recommandées</b>	
De la naissance à 2 ans	1 <sup>er</sup> choix	Rectum (pour obtenir une lecture exacte)
	2 <sup>ème</sup> choix	Aisselle
De 2 ans à 5 ans	1 <sup>er</sup> choix	Rectum (pour obtenir une lecture exacte)
	2 <sup>ème</sup> choix	Oreille, Aisselle
Plus de 5 ans	1 <sup>er</sup> choix	Bouche (pour obtenir une lecture exacte)
	2 <sup>ème</sup> choix	Oreille, Aisselle

**Prise de la température :** Une bonne technique est nécessaire pour avoir une température fiable.

**Rectum :**

- nettoyer le thermomètre à l'eau fraîche et savonneuse, puis rincer-le,
- couvrir le bout argenté de gelée de pétrole (comme la vaseline),
- placer l'enfant sur le dos, les genoux pliés,
- insérer doucement le thermomètre dans le rectum à une distance d'environ 2,5cm,
- au bout d'une minute environ, vous entendrez le signal sonore,
- retirer le thermomètre et lire la température,



- nettoyer le thermomètre.

### **Bouche :**

Le thermomètre buccal n'est pas recommandé pour les enfants de moins de 5 ans qui ont la difficulté à le maintenir sous la langue assez longtemps :

- nettoyer le thermomètre à l'eau fraîche et savonneuse,
- rincer-le,
- placer soigneusement le bout du thermomètre sous la langue de l'enfant,
- rassurer vous que la bouche de l'enfant est bien fermée,
- laisser le thermomètre en place pendant une minute environ jusqu'au signal,
- retirer-le et lire la température,
- nettoyer le thermomètre.

### **Aisselle**

La prise de la température axillaire permet de vérifier si un nouveau-né ou un nourrisson fait de la fièvre, mais elle n'est pas aussi précise que la prise rectale.

- nettoyer le thermomètre à l'eau fraîche et savonneuse,
- rincer-le,
- placer le bout du thermomètre au centre de l'aisselle,
- rassurer-vous que le bras de l'enfant soit bien collé sur le corps,
- retirer le et lire la température,
- nettoyer le thermomètre.

### **L'oreille**

Bien que rapide à la lecture, il n'est pas aussi précis que la mesure rectale.

On distingue de façon générale différentes prises de température pour identifier un état fébrile [1]:

- *température entre 36 °C – 37,5 °C : pas de fièvre,*
- *température entre 37, °C– 38,5 °C : fièvre modérée*
- *température entre 38, °C – 40 °C : forte fièvre*
- *température >40 °C : risque de complication comme la convulsion.*

## **6- ETUDE CLINIQUE DE LA FIEVRE [24] :**

Devant une fièvre de l'enfant, la conduite du diagnostic s'appuie comme devant tout symptôme sur la triple enquête représentée par l'étude des antécédents, l'histoire de la maladie, l'examen clinique.

### **6-1- Etude des antécédents :**

L'étude des antécédents familiaux précise l'origine ethnique et géographique de l'enfant, tandis que l'étude des antécédents personnels renseigne sur l'existence d'une pathologie antérieure (cardiopathie congénitale, infection à répétition, terrain débile, rhumatisme articulaire aiguë, paludisme).

L'évaluation de l'état vaccinal doit être systématique.

### **6-2- Histoire de la maladie**

L'histoire de la maladie est certainement l'un des éléments les plus importants du diagnostic. Elle doit être reconstituée avec une grande précision, en précisant :

- la durée de la fièvre,
- le mode d'installation de la fièvre qui peut être :

\* *aiguë* : Avec frisson évoquant une infection à pyogène ou une virose,

\* *progressif* : Sur quelques jours évoquant une salmonellose, une brucellose ou une infection tuberculose,

\* *insidieux* : D'installation non précise faisant penser à une tuberculose viscérale, une endocardite ou une affection maligne,

\* *signes d'accompagnements* : anorexie, asthénie, amaigrissement, vomissements, toux, etc.

- L'évolution de la fièvre : Celle-ci permet de tracer une courbe de température sur plusieurs jours ou semaines, on décrit classiquement plusieurs aspects :

\* *une fièvre continue* : Il s'agit d'une fièvre en plateau oriente vers une fièvre typhoïde, une septicémie, une tuberculose,

\* *une fièvre rémittente* : C'est une fièvre au cours de laquelle la température est normale le matin, s'élevant le soir à plus de 39°C faisant évoquer une septico-pyohémie, une tuberculose viscérale parfois une brucellose ou une maladie de Still,

\* *une fièvre intermittente* : C'est une fièvre avec frisson, on a une élévation brutale de la température avec retour chaque jour à la normale. Celle là fait évoquer généralement un paludisme ou des épisodes de décharge des bactéries à gram négatif,

\* *une fièvre récurrente* : C'est une fièvre alternant des phases hyperpyrétiqes et des phases prolongées sans fièvre. Dans ce cas on pense à une borreliose. Mais aussi à des infections urinaires,

\* *une fièvre ondulante* : on constate une ascension thermique progressive sur quelques jours puis défervescence. Le cycle est d'u

Quinzaine de jours évoquant une hémopathie type maladie de Hodgkin ou une borréliose,

\* *une fébricule* : Fièvre modérée ne dépassant pas 38,5°C évoquant une tuberculose ; une endocardite ; une collagénose ou une hémopathie.

Si l'aspect de la courbe de température peut faire évoquer certaines étiologies, il n'y a pas en fait d'aspect pathognomonique. Il faut toujours confronter la courbe de température et les autres données de la clinique.

### **6-3- L'examen physique [3] :**

Il y a deux objectifs essentiels :

- Apprécier la tolérance de la fièvre,
- orienter la recherche étiologique.

La tolérance de la fièvre s'appréciera sur l'aspect de l'enfant, son comportement, son état hémodynamique.

Tableau II : Appréciation de la tolérance de la fièvre

	Bonne tolérance	Mauvaise tolérance
Faciès	Vultueux (yeux brillants)	Pâle (petite cyanose péribuccale)
Conscience	Normale	Somnolence
Cris	Vigoureux	Plaintifs
Téguments	Erythrosiques et chauds	Quelques marbrures, extrémités froides
Temps de recoloration	Immédiat	Allonge >3 secondes

La recherche de signe d'appel s'appuiera sur un examen systématique appareil par appareil.

- Au niveau cutané et muqueux : Rechercher une éruption, une plaie, une effraction cutanée.
- Au niveau respiratoire : La fréquence respiratoire sera prise, seront recherchés également des crépitants, un épanchement pleural.
- Au niveau cardiovasculaire : La fréquence cardiaque doit être évaluée ainsi que la recherche d'un souffle cardiaque (en particulier d'un souffle continu sous claviculaire gauche).
- Au niveau abdominal : On recherche un point douloureux précis, une masse pathologique, une fosse lombaire anormale.
- Au niveau splénoganglionnaire : seront systématiquement recherchés : une splénomégalie, des adénopathies (toutes les aires ganglionnaires doivent être palpées).

- Au niveau ORL et dentaire : Une carie dentaire, une rhinorrhée purulente, une otorrhée, un tympan inflammatoire seront systématiquement recherchés.
- Au niveau neuroméningé : L'état de conscience sera évalué selon les scores de Blantyre, une raideur méningée et d'autres signes de localisation seront aussi recherchés.
- Au niveau ostéo-articulaire : on recherche une arthrite, une déformation osseuse, rachidienne, etc.

## **7- ETIOLOGIES :**

### **7-1- Infections bactériennes :**

#### **7-1-1- Les infections respiratoires (ORL et broncho-pulmonaires) :**

##### **➤ *Les infections ORL :***

Elles sont très fréquentes chez le nourrisson et le petit enfant surtout. La fièvre est en règle secondaire à une infection virale. Ce qui justifie l'examen des tympans à la recherche d'une otite et aussi un examen radiologique des sinus à la recherche d'une sinusite. Surtout en cas de toux nocturne, matinale et d'écoulement purulent pharyngé [12].

##### **➤ *Les infections pulmonaires [21] :***

Devant tous cas de fièvre avec suspicion d'infection pulmonaire, une radiographie pulmonaire est justifiée. Elle peut mettre en évidence une opacité localisée avec ou sans signe de rétraction. Une pneumopathie interstitielle fait craindre une pneumocystose qui pourrait révéler un déficit immunitaire. Certains germes :

mycoplasme, légionelloses, chlamydiae peuvent être responsables d'atteinte respiratoire associée à une fièvre.

### **7-1-2- Les infections urinaires [5] :**

Elles peuvent être une cause de fièvre surtout chez le nourrisson. Elles réalisent une fièvre fréquemment isolée souvent trompeuse avec stagnation pondérale. Elles s'associent à une diarrhée et une anorexie.

### **7-1-3- Les infections abdominales :**

Il s'agit surtout des gastro-entérites, des cholécystites, des d'angiocholites, des abcès intra abdominaux, des abcès bactériens du foie [5].

### **7-1-4- *L'endocardite* :**

Elle est rare en pédiatrie. Elle doit cependant toujours être évoquée chez un enfant porteur d'une cardiopathie. Elle est très exceptionnelle sur cœur sain. L'échocardiographie a grandement facilité son diagnostic [5].

**7-1-5- *L'ostéomyélite* :** Elle peut se présenter occasionnellement comme une fièvre isolée (infection des os pelviens). La scintigraphie a facilité son diagnostic [5].

### **7-1-6- Les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes :**

Elles doivent être recherchées systématiquement devant tout cas de fièvre associée à des signes digestifs : diarrhée, douleur abdominale surtout chez un enfant non vacciné. Il faut rechercher systématiquement un contage (coquillage, pays endémique).

Il faut pratiquer systématiquement le sérodiagnostic spécifique, une hémoculture, une coproculture pour confirmer le diagnostic [5].

**7-1-7- La tuberculose :** elle fait partie des causes à rechercher systématiquement. La fièvre peut revêtir tous les types. Une fièvre élevée isolée est fréquente dans les tuberculoses extra pulmonaires. Il faut vérifier la vaccination par le BCG, rechercher un contage, faire une radiographie du thorax et une intradermoréaction à la tuberculine [21].

**7-1-8- La brucellose :** Elle est exceptionnelle avant l'âge de 5 ans. Sa fréquence s'élève avec l'âge. La contamination peut être directe : infection de lait et de fromage frais [9]. Le sérodiagnostic de Wright permet de faire son diagnostic.

**7-1-9- La leptospirose :** Elle est également recherchée devant tous cas de fièvre. Le sérodiagnostic de Martin Petit est nécessaire pour son diagnostic [31].

## **7-2- Les infections virales [5] :**

Les infections virales sont responsables de fièvres le plus souvent d'une durée brève. Parmi elle nous pouvons citer :

- **La mononucléose infectieuse :** La symptomatologie de cette pathologie se résume par une asthénie chronique ou récurrente très invalidante, des douleurs, des troubles neuropsychiques, des troubles du sommeil.

- **L'infection à cytomégalovirus (CMV) :** elle est cause de fièvre surtout chez les immunodéprimés.

- **Les virus des hépatites, l'infection à VIH.**

## **7-3- Les infections parasitaires [31] :**

### **➤ Le paludisme :**

Il est le plus souvent responsable de fièvre récurrente. Le paludisme doit être envisagé devant tous cas de fièvre surtout en zone endémique, le diagnostic repose sur les signes cliniques classiques et



non spécifiques (fièvre, frisson, asthénie, etc.) mais surtout la positivité de la goutte épaisse [8]. On peut citer également une autre parasitose cause de fièvre comme :

► ***La leishmaniose viscérale (Kala-azar) :***

Le diagnostic est surtout clinique. Les signes cliniques sont entre autre : l'anémie, la splénomégalie, mais également une notion de séjour dans une zone endémique (pourtour de la méditerranée). Le frottis de sang coloré au Giemsa apporte son aide pour le diagnostic.

**7-4- Les infections fongiques :**

Elles peuvent être responsables de fièvre surtout chez les sujets immunodéprimés.

**7-5- Les causes hématologiques et tumorales [12] :**

Les fièvres néoplasiques représentent environ 15% des fièvres sans granulocytopenie.

Les causes les plus fréquentes sont :

- \* *les leucémies aiguës,*
- \* *la maladie de Hodgkin,*
- \* *la maladie de Burkitt,*
- \* *le néphroblastome.*

**7-6- La thermo pathomimie [5] :**

Elle est une fièvre simulée et donc un diagnostic d'élimination. Elle est suspectée devant une fièvre modérée bien tolérée sans aucun signe clinique ni biologique chez un grand enfant.

Elle est due à des problèmes psychologiques en règle mineure. Son diagnostic est facile et repose sur la prise de la température contrôlée, le sujet en décubitus ventral ; les membres inférieurs en abduction.

## **8- TRAITEMENT :**

Le traitement de tous cas de fièvre doit être en fonction de la cause signalée au préalable.

Tout traitement antibiotique ou anti-inflammatoire à l'aveugle doit être évité avant un diagnostic précis [7].

Par ailleurs, toute fièvre nécessite une recherche de sa cause, ce qui pourra conduire à un traitement spécifique, de plus, cette recherche peut apporter des éléments importants pour le choix du traitement symptomatique en identifiant, par exemple, une contre-indication éventuelle de tel ou tel antipyrétique.

### **8-1 Les antipyrétiques [35] :**

#### ***Le paracétamol : Acétaminophène :***

C'est l'antipyrétique de première intention en cas de fièvre chez l'enfant. Il doit toutefois être prescrit à la dose de 60mg/kg/j répartie en 4 prises : c'est-à-dire à la dose 15mg/kg/j toutes les 6 heures par voie orale ou rectale.

En effet le paracétamol a été évalué dans cette indication et présente une sécurité maximale. De plus son absence d'agressivité digestive chez l'enfant fébrile qui souvent refuse l'alimentation est un argument supplémentaire à son utilisation.

#### ***L'acide acétylsalicylique (AAS) :***

Il ne possède pas la sécurité du paracétamol et devrait être réservé en seconde intention, c'est-à-dire en cas d'échec ou de résultat insuffisant au paracétamol. A noter qu'il n'est pas retenu comme antipyrétique dans certains pays anglo-saxons.

La posologie recommandée est de 60 mg/kg/j répartie en 4 prises.

### ***L'Ibuprofèn :***

Réservé à l'enfant de plus de 6 mois. Il est utilisé comme antipyrétique mais ne possède pas la sécurité du paracétamol. Il est préconisé en seconde intention.

La posologie recommandée est de 20-30 mg/kg/j soit 7-10 mg/kg toutes les 6-8 heures par voie orale.

Au total il faut souligner que la fièvre n'est qu'un symptôme, qu'elle n'entraîne que très rarement des complications et qu'il n'existe pas de traitement préventif des convulsions. Il n'y a donc pas lieu de la craindre spécifiquement. La recherche de l'apyrexie ne constitue pas un objectif en soi et ne doit pas conduire à des traitements systématiques [20, 21, 22].

### **8-2 Les méthodes physiques : [36]**

Elles reproduisent les échanges que l'organisme met naturellement en jeu avec le milieu extérieur pour assurer sa régulation thermique ; par radiation (déshabillage) , par conduction (prise de boissons fraîche, bain frais, poche de glace...) , par évaporation (brumisation, mouillage) , par convection (utilisation d'un ventilateur).

Au total trois mesures simples en association au traitement médicamenteux sont à privilégier : Proposer à boire fréquemment, en préférant 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. L'utilité des autres mesures, en particulier le bain frais, est remise en cause au regard de leurs inconvénients.

# METHODOLOGIE

### **III- METHODOLOGIE**

#### **1- Cadre d'étude : Bamako**

Le district de Bamako est la capitale administrative et économique du Mali. Il est traversé par le fleuve Niger. Situé au centre ouest du Mali, son relief est composé de plaines, de plateaux et de forêts boisés. Son climat est tropical type soudanien.

#### **- L'hôpital Gabriel Touré :**

Situé au centre ville en commune III. Il constitue avec l'hôpital du Point G, l'hôpital de Kati et le Centre d'Odontostomatologie le sommet de la pyramide sanitaire au Mali. A l'intérieur de cet hôpital se trouvent :

- un service de médecine,
- un service de réanimation,
- un service de radiologie,
- un service de chirurgie,
- un service des urgences
- un service d'ORL,
- un service de pédiatrie,
- un service de gynéco obstétrique,
- un service de traumatologie et de neurochirurgie,
- un laboratoire central et une pharmacie,
- les services sociaux et administratifs.

- **Le service de pédiatrie est situé à l'aile nord-Est de l'hôpital Gabriel Touré.**

Il comprend deux bâtiments contigus à un niveau chacun. Il existe à coté de ces bâtiments, des aménagements pour les commodités de séjour : hangar pour la cuisine, lavoir, toilette.

. **La pédiatrie A** : composée de 3 unités :

**La pédiatrie III** : comporte 5 grandes salles avec une capacité de 20 lits, et 2 petites salles climatisées à un lit.

**La pédiatrie IV** : comporte 5 grandes salles avec une capacité de 20 lits et une salle de soins.

### **Le service de Réanimation pédiatrique et néonatalogie**

Divisé en 4 salles d'hospitalisation :

- **La Réa I** : salle réservée aux nourrissons, comporte 6 grands berceaux dont les capacités d'accueil varient selon les périodes.

- **La Réa II** : salle réservée aux prématurés et aux petits poids de naissance, comporte 6 couveuses, 7 petits berceaux individuels.

- **La Réa III** : salle réservée aux nouveaux-nés à terme, comportant 11 petits berceaux individuels et 2 grands berceaux dont la capacité d'accueil dépend des périodes.

- **la Réa IV** : salle réservée aux grands enfants, comporte 5 grands lits et un grand berceau.

. **La pédiatrie B** : composées de 3 unités

**La pédiatrie I** : Comporte 4 grandes salles avec une capacité de 16 lits et de 4 petites salles climatisées équipées d'un lit.

**La pédiatrie II** : Comporte 6 grandes salles avec une capacité de 24 lits et une salle de soins.

**L'unité de consultation Externe :** Constituée d'un service d'accueil, une salle d'attente, 4 boxes de consultations, un mini laboratoire équipé par le DEAP (département d'épidémiologie des affections parasitaires) de la FMPOS et 2 salles d'observation des malades.

**. Le personnel de la pédiatrie :**

Il est constitué de :

- un professeur titulaire de pédiatrie, chef de service
- maître de conférence agrégé de pédiatrie, chef de service de la pédiatrie B,
- un maître assistant de pédiatrie, responsable de l'unité de réanimation et néonatalogie
- un assistant chef de clinique,
- trois médecins pédiatres,
- un médecin généraliste
- onze techniciens supérieurs de santé,
- neuf agents techniques de santé,
- dix aides soignants,
- quatre manœuvres.

A ceux-ci s'ajoutent les médecins en cours de spécialisation en pédiatrie, les étudiants de la FMPOS et des différentes écoles de formation sanitaire.

**. Missions :** Elles sont au nombre de trois :

- la prise en charge des enfants malades de moins de 15 ans
- la formation théorique et pratique des CES (certificat d'étude spécialisé) de pédiatrie ; des étudiants de la FMPOS et des écoles de formation sanitaire du Mali

- la participation à la mise en œuvre des programmes nationaux de santé infantile et à la recherche biomédicale.

. **Activités** : elles portent essentiellement sur :

- les hospitalisations,
- la consultation externe quotidienne,
- la prise en charge des urgences.

## **2- Type d'étude :**

C'est une étude transversale descriptive.

## **3- Période d'étude :**

Notre étude s'est déroulée du 23 août 2006 au 23 septembre 2006 soit un mois.

## **4- Patients :**

### **4-1- Population d'étude :**

L'étude concerne les mères d'enfants âgés de 0-5 ans, vus à la consultation externe pour fièvre  $>38^{\circ}\text{C}$ .

### **4-2- Echantillonnage :**

Toutes les inclusions ont été faites à la consultation externe.

La température est prise systématiquement à l'admission soit par les internes ou par les médecins C E S.

Le questionnaire préétabli était directement administré aux mères selon leur consentement et rempli par nous même.

Nous avons procédé à un recrutement de 10 cas par jour en moyenne, ce qui a donné au total 300 cas en 30 jours.

### **4-3- Critères d'inclusion :**

Ont été inclus dans cette étude :

- les enfants âgés de 0-5 ans, vus à la consultation externe avec une température axillaire  $>38^{\circ}\text{C}$  ;



- les mères ayant accepté de répondre aux questions.

#### **4-5- Critères de non inclusion :**

N'ont pas été inclus les enfants de 0-5 ans ayant une température < 38°C.

Les mères n'ayant pas accepté le questionnaire.

#### **5- Analyse des données**

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel Epi-info 6.04dfr.

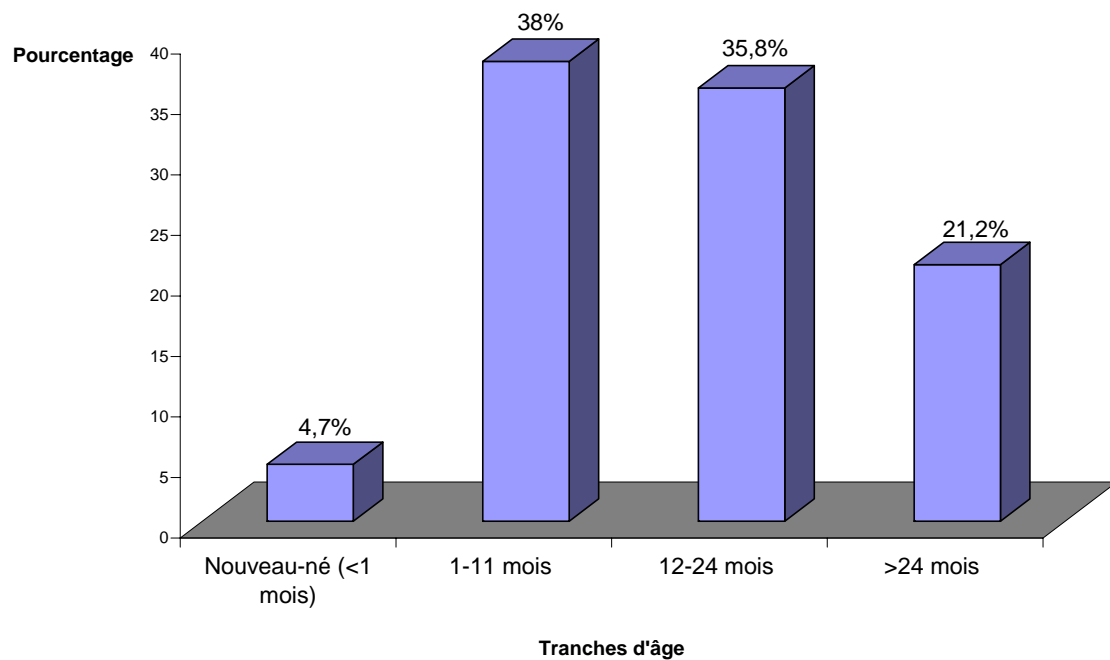
# RESULTATS

## IV- RESULTAT

Durant la période d'étude 2868 enfants âgés de 0-5 ans ont été consultés en même temps, 300 mères ont été interrogées.

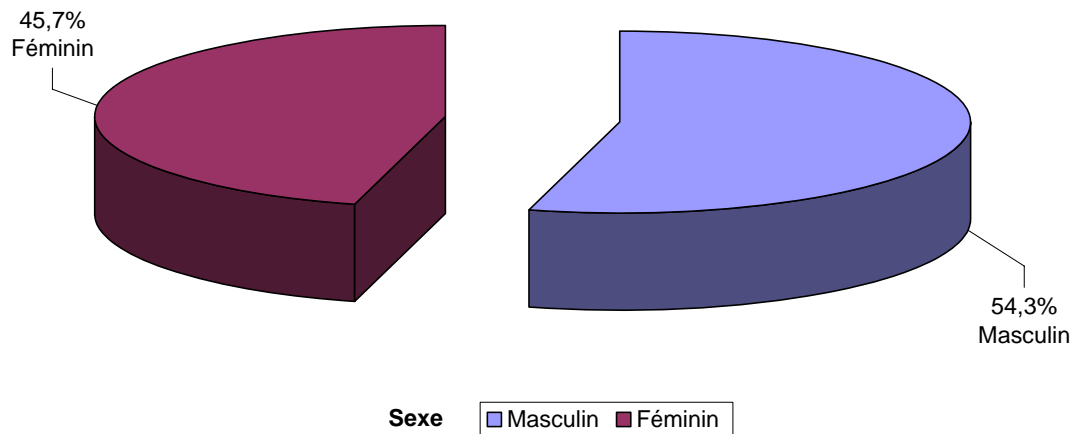
### 1- Caractéristiques sociodémographiques

**Graphique I** : Répartition des patients selon l'âge.



L'âge moyen était de 18,5 mois  $\pm$  15,42, les extrêmes étaient de 0 et 59 mois.

**Graphique II** : Répartition des patients selon le sexe.



Le sex-ratio M/F était de 1,18 en faveur des garçons.

**Tableau III** : Répartition des patients selon la résidence.

Résidence (commune)	Effectif absolu	Pourcentage
Commune I	37	12,3
Commune II	49	16,3
Commune III	17	5,7
Commune IV	20	6,7
Commune V	109	36,3
Commune VI	53	17,7
Hors Bamako *	15	5
Total	300	100

- Kati=7 ; Koulikoro=4 ; Moribabougou=1 ; Sénou=1, Kassela=1 ;  
Baguinéda=1

- La majorité des patients venaient de la commune v soit 36,3%.

**Tableau IV** : Répartition des patients selon l'ethnie.

Ethnie	Effectif absolu	Pourcentage
Bambara	94	31,3
Sarakolé	54	18
Malinké	43	14,3
Peulh	34	11,3
Dogon	17	5,7
Sonrhäi	14	4,7
Minianka	8	2,7
Sénoufo	7	2,3
Diawando	5	1,7
Bozo	4	1,3
Autres *	20	6,7
Total	300	100

\* = Bobo ; Dafing ; Kakolo ; Maure, Ouolof ; Kasonké, Somono.

Les bambaras représentaient 31,3% de notre échantillon..

## Père

**Tableau V** : Répartition des patients selon l'âge de leur père.

Tranches d'âge père (ans)	Effectif absolu	Pourcentage
≤ 20	1	0,3
21-30	67	22,3
31-40	168	56
>40	64	21,2
Total	300	100

L'âge moyen était de 37,5 ans ± 7,6

Les extrêmes étaient de 23 et 67 ans.

**Tableau VI** : Répartition des patients selon la profession de leur père.

Profession père	Effectif absolu	Pourcentage
<b>Commerçant</b>	<b>118</b>	<b>39,3</b>
Salarié	67	22,3
Ouvrier	50	16,7
Cultivateur	28	9,3
Autres *	37	12,3
Total	300	100

39,3% des pères étaient commerçants.

**Autres : chômeurs**

**Tableau VII** : Répartition des patients selon le niveau d'instruction de leur père.

Niveau d'instruction père	Effectif absolu	Pourcentage
Non scolarisé	126	42
Primaire	90	30
Secondaire	62	20,7
Supérieur	22	7,3
Total	300	100

42% des pères n'ont pas été scolarisés.

## Mère

**Tableau VIII** : Répartition des patients selon l'âge des mères.

Tranches d'âge mère (ans)	Effectif absolu	Pourcentage
≤ 19	22	7,4
20-30	174	57,9
31-40	97	32,3
>40	7	2,3
Total	300	100

L'âge moyen était de 28,9 ans ± 6,6

Les extrêmes étaient de 17 et 48 ans.

**Tableau IX** : Répartition des patients selon la profession des mères.

Profession mère	Effectif absolu	Pourcentage
Ménagère	213	71
Commerçante	37	12,3
Salariée	25	8,3
Elève	10	3,3
Etudiante	8	2,7
Autres *	7	2,3
Total	300	100

71% des mères étaient des ménagères.

**Autres : Aides ménagères**



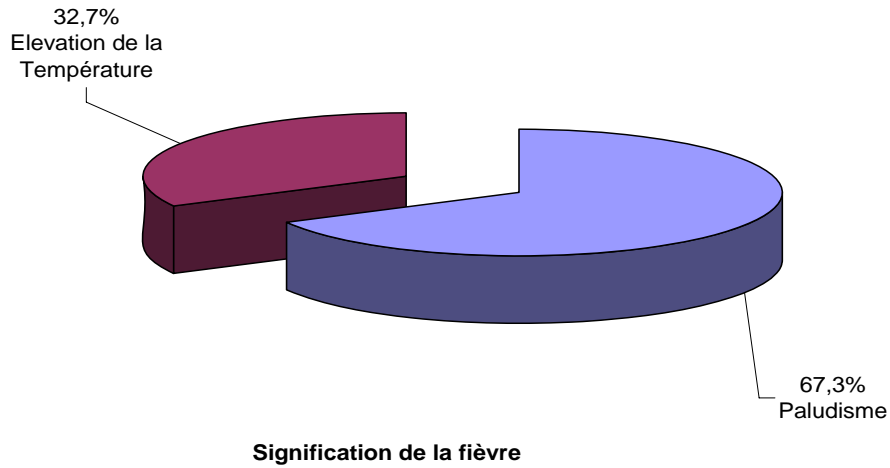
**Tableau X :** Répartition des patients selon le niveau d'instruction des mères.

Niveau instruction mère	Effectif absolu	Pourcentage
Non scolarisée	181	60,3
Primaire	77	25,6
Secondaire	32	10,7
Supérieur	10	3,3
Total	300	100

60,3% des mères n'ont pas été scolarisées.

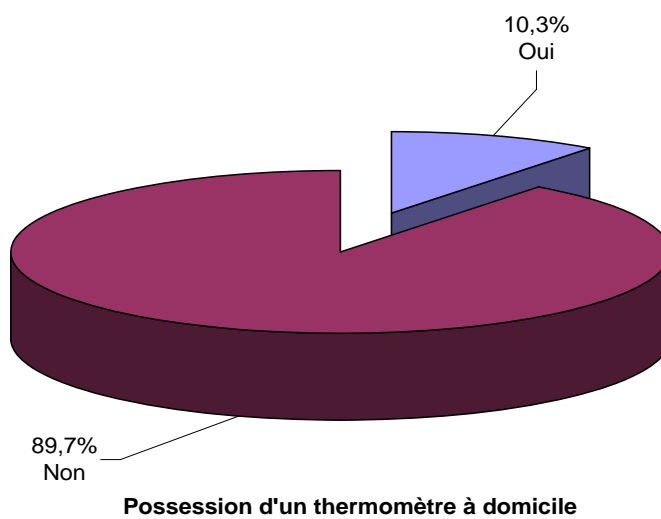
## 2 - Connaissance des mères sur la fièvre

**Graphique III :** Répartition des mères selon la signification de la fièvre.



Pour 67,3% des mères la fièvre signifiait un paludisme.

**Graphique IV :** Répartition des mères selon la possession d'un thermomètre à domicile.



La majorité des mères ne possédait de thermomètre.

**Tableau XI** : Répartition des mères selon la méthode utilisée pour évaluer la fièvre.

Méthode évaluation fièvre	Effectif absolu	Pourcentage
Toucher	270	90
Thermomètre	30	10
Total	300	100

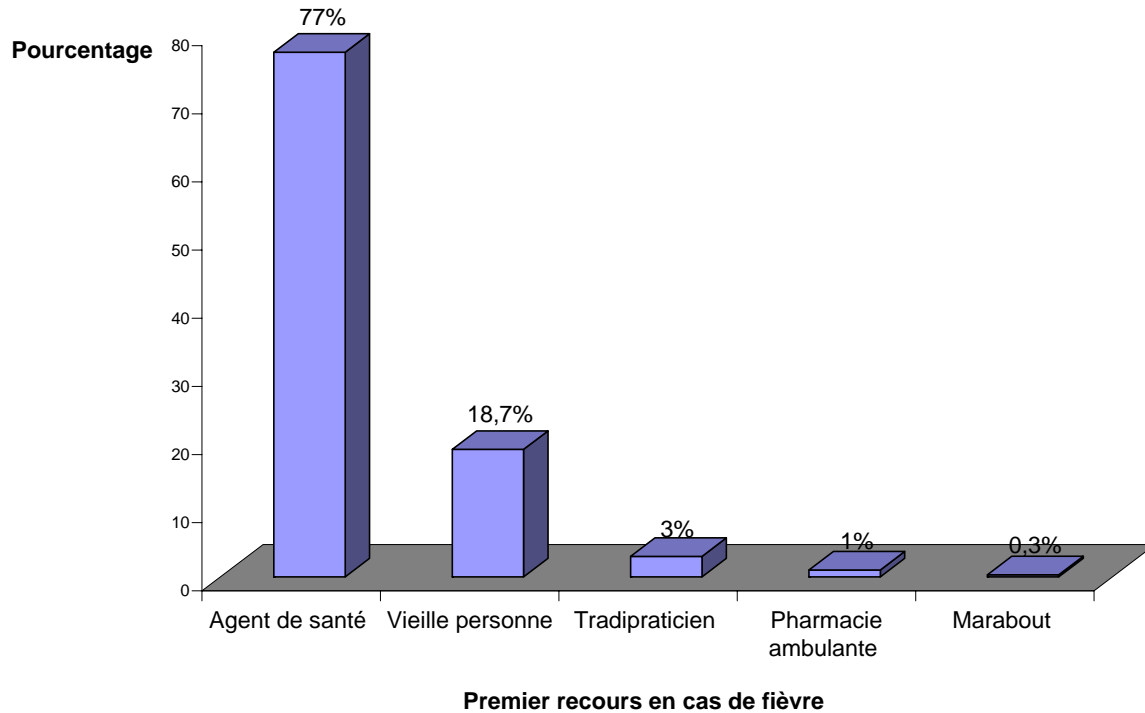
Le toucher a été la méthode la plus utilisée pour évaluer la fièvre.

**Tableau XII** : Répartition des mères selon la réponse à la question : La fièvre est elle une maladie ?

Idee sur la fièvre comme maladie à part entière	Effectif absolu	Pourcentage
Oui	43	14,3
Non	51	17
Ne sait pas	206	68,7
Total	300	100

68,7% des mères n'avaient pas d'idée sur la fièvre

**Graphique V** : Répartition des mères selon le premier recours en cas de fièvre.



L'agent de santé a été cité comme premier recours par 77% des mères.

**Tableau XIII** : Répartition des mères selon leur connaissance sur la conséquence d'une fièvre.

Conséquence d'une fièvre	Effectif absolu	Pourcentage
Convulsion	198	66
Décès	25	8,3
Ne sait pas	77	25,7
Total	300	100

66% des mères ont cité la convulsion comme conséquence d'une fièvre.

**Tableau XIV** : Répartition des mères selon les réponses sur les facteurs de gravité de la fièvre.

Facteurs de gravité de la fièvre	Effectif absolu	Pourcentage
Durée de la fièvre	179	59,7
Intensité de la fièvre	118	39,3
Période	3	1
Total	300	100

La durée de la fièvre a été plus évoquée par les mères comme facteur de gravité de la fièvre.

**Tableau XV** : Répartition des mères selon leur appréciation de la gravité de la fièvre en fonction de la période de survenue.

Moment ou est survenue la gravité de la fièvre	Effectif absolu	Pourcentage
Nuit	212	70,7
Journée	74	24,7
Matin	7	2,3
Soir	7	2,3
Total	300	100

Pour la majorité des mères la fièvre était grave si elle survenait la nuit.

**Tableau XVI** : Répartition des mères selon les gestes effectués en cas de fièvre.

Geste effectué	Effectif absolu (N=300)	Pourcentage
Massage au beurre de karité	128	42,7
Enveloppement avec une serviette mouillée	79	26,3
Antipyrétique	57	19
Décoction traditionnelle	54	18
Bain eau tiède	13	4,3
Déshabiller	2	0,7

Le premier geste cité par les mères était le massage au beurre de karité.

### 3- Attitudes pratiques des mères face à la fièvre

**Tableau XVII** : Répartition des mères selon le premier geste effectué devant une fièvre.

Premier geste face à une fièvre	Effectif absolu	Pourcentage
Massage au beurre de karité	128	42,7
Enveloppement avec serviette mouillée	79	26,3
Décoction traditionnelle	57	19
Bain eau tiède	19	6,3
Déshabiller	2	0,7
Aucun	15	5
Total	300	100

La première pratique effectuée par les mères était le massage du beurre de karité.

**Tableau XVIII** : Répartition des mères selon la source d'information

Source d'information	Effectif absolu	Pourcentage
Grand-mère	190	66,7
Agent de santé	78	27,4
Elle-même	14	4,9
Entourage	3	1
Total	285	100

La source d'information des mères était la grand-mère dans 66,7% des cas.

**Tableau XIX** : Répartition des mères selon le motif du geste effectué

Motif du geste	Effectif absolu	Pourcentage
Diminution de la fièvre	271	95,1
Eviter les convulsions	14	4,9
Total	285	100

Le motif du geste effectué était de diminuer la fièvre dans 95,1% des cas.

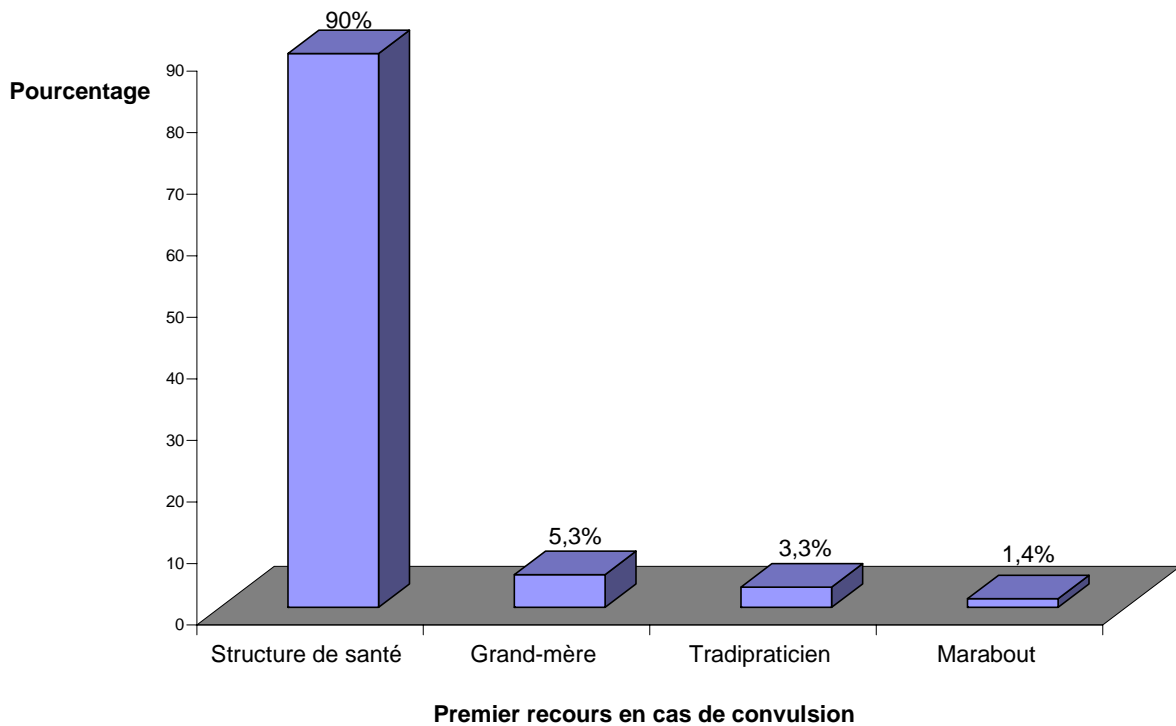
**Tableau XX** : Répartition des mères selon l'efficacité du geste effectué

Efficacité geste effectué	Effectif absolu	Pourcentage
Efficace	235	82,4
Non efficace	50	17,6
Total	285	100

Le geste a été efficace dans 82,4% des cas.



**Graphique VI :** Répartition des mères selon le premier recours en cas de convulsion.



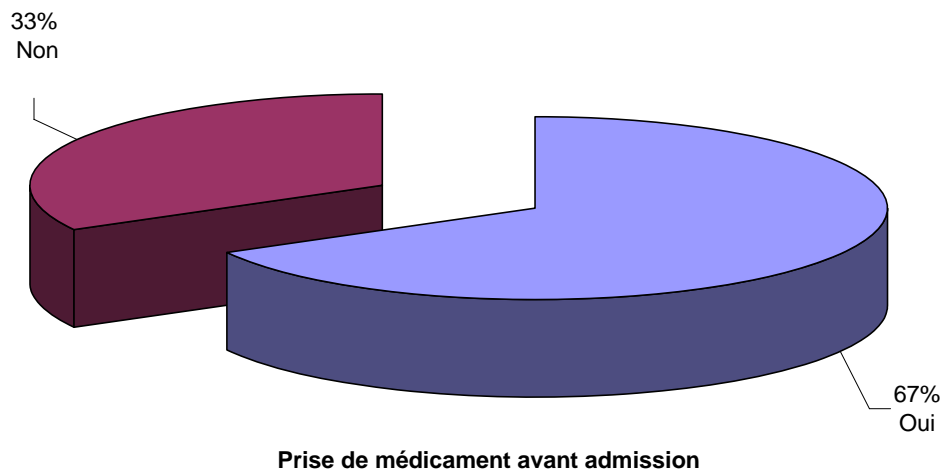
Le premier recours en cas de convulsion a été une structure de santé.

**Tableau XXI :** Répartition des mères ayant consulté un agent de santé avant l'hôpital.

Mère ayant consulté un agent de santé avant	Effectif absolu	Pourcentage
Oui	60	20
Non	240	80
Total	300	100

20% des mères avaient consulté d'abord un agent de santé.

**Graphique VII :** Répartition des mères selon l'administration de médicament à l'enfant avant l'admission à l'hôpital.



67% des mères avaient donné un médicament à l'enfant avant l'admission à l'hôpital.

**Tableau XXII :** Répartition des mères selon le type de médicament donné.

Type de médicament donné	Effectif absolu N=201	Pourcentage
Paracétamol	95	47,3
Chloroquine	63	31,3
Aspirine	46	22,9

Le paracétamol a été le premier médicament donné à l'enfant.

**Tableau XXIII** : Répartition des mères selon le but de la prise de médicament.

But de prise de médicament	Effectif absolu	Pourcentage
Diminution de la fièvre	137	68,2
Idée d'un paludisme	64	31,8

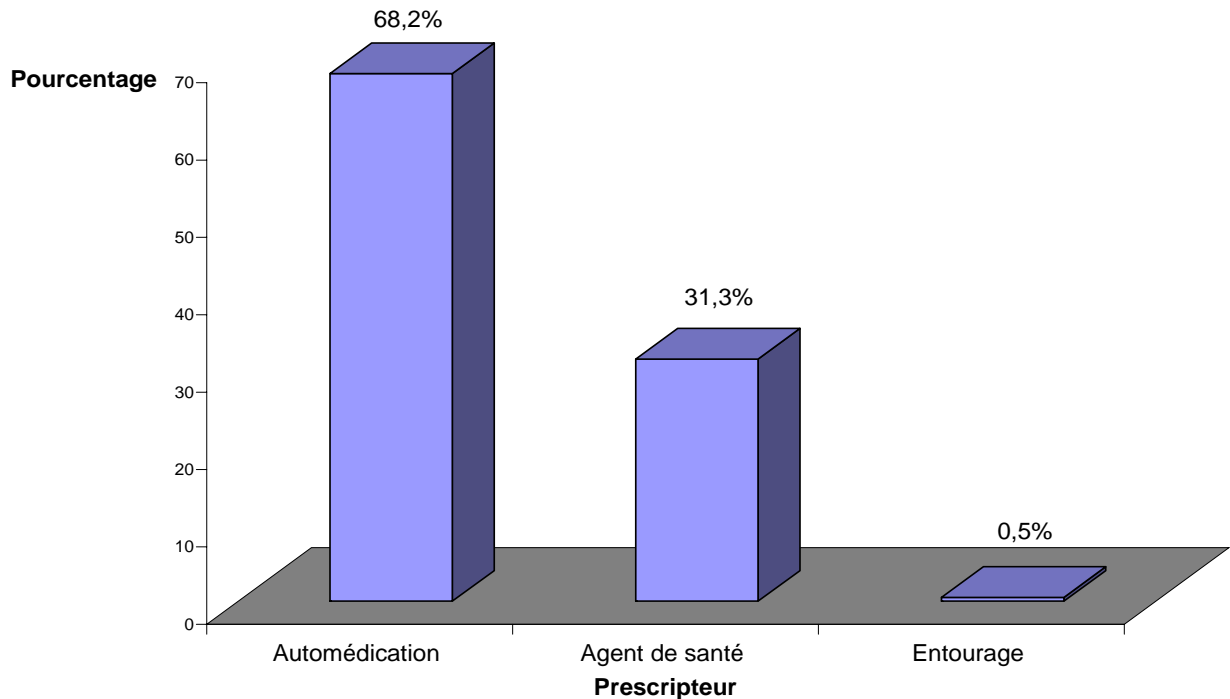
Le but de la prise de médicament était la diminution de la fièvre dans 68,2% des cas.

**Tableau XXIV** : Répartition des mères selon la cause de non administration de médicament à l'enfant.

Cause de non administration de médicament à l'enfant	Effectif absolu	Pourcentage
Idée d'amener dans un centre de santé	62	62,6
Père absent	22	22,2
Pas d'idée sur la maladie	9	9,1
Pas de médicament à la maison	3	3
Pas d'argent	3	3
Total	99	100

La cause de la non prise de médicament dans la majorité étaient de 62,6% des mères qui pensaient qu'il faut amener l'enfant dans un centre de santé au lieu de lui administrer quoique ce soit.

**Graphique VIII :** Répartition des mères selon la personne ayant prescrit le médicament donné.



68,2% des mères avaient fait une automédication.

**Tableau XXV :** Répartition des mères selon le lieu d'achat des médicaments.

Lieu d'achat des médicaments	Effectif absolu	Pourcentage
Pharmacie officine	254	84,7
Pharmacie ambulante	46	15,3
Total	300	100

15,3% des mères achetaient les médicaments dans une pharmacie ambulante et 84,7% à l'officine.

# **COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

## **V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

### **1- Caractéristiques sociodémographiques**

#### **1-1- Sexe :**

Les deux sexes ont été touchés avec une légère prédominance masculine soit un sex-ratio de 1,18. Ces résultats sont comparables à ceux de Coulibaly S [12] et Bobossi [7] à Bangui (Centrafrique) qui ont trouvé respectivement : 1,2 et 1,4. De même Moyen G et al [27] ont trouvé un sex-ratio de 1,02.

Cette prédominance masculine pourrait être due au fait que le petit garçon bouge plus que la petite fille, ce qui alors l'expose aux infections [12].

#### **1-2- Age :**

L'âge moyen était de 18,5mois avec des extrêmes de 0 et 59 mois, la tranche d'âge la plus touchée était d'un mois à 11 mois. Cette classique prédominance a été décrite par Bobossi [7] ; Moyen G et al [27] qui serait elle-même due à la fréquence élevée des affections fébriles au cours de la petite enfance.

#### **1-3- Ethnie :**

Les ethnies les plus représentées ont été les bambara soit 31,3%. Coulibaly S [12] au cour de ses études a trouvé la même dominance soit 37,8%. De même Doumbia M N [16] trouve en 2001 37%. Car les bambaras constituent l'ethnie la plus nombreuse du Mali (plus d'un tiers de la population du pays) [11].

#### **1-4- Provenance :**

La plupart des malades venaient du centre de santé de référence de la commune V de Bamako soit 36,3% car ce centre reçoit de nombreux malades hors de la commune. De même l'élévation de ce taux dans cette commune s'explique par le fait que celle-ci se trouve mieux exposée aux maladies vu sa situation environnementale dans le district.

#### **1-5- Niveau de scolarisation des parents :**

Les pères non scolarisés et les mères non scolarisés étaient respectivement de 126 (42%) et 213 (71%). Les mêmes constats ont été faits par Coulibaly S [12] ; cela est aussi est conforme à l'EDSM-III (Enquête démographique de santé) qui trouve que seulement 23% des femmes et 44% des hommes sont scolarisés [28]. Ce qui prouve qu'à l'aube du XXI<sup>ème</sup> siècle d'innombrable effort reste à consentir dans le domaine de l'éducation surtout chez les petites filles.

### **2-Connnaissance des mères sur la fièvre :**

#### **2-1-Connnaissance sur la fièvre :**

L'étude a porté sur 300 mères, parmi lesquelles 67,3% avaient assimilées la fièvre au paludisme. Un taux presque similaire au Burkina en 2004 par Drabo K M et al ; qui trouvent que 80,8% des mères ont pensées que la fièvre était du au paludisme simple. [17]

#### **2-2-Possession d'un thermomètre à domicile :**

L'étude montre que 269 soit 89,7% des mères n'avaient pas de thermomètre à la maison. Cela peut s'expliquer par le fait que la plupart des mamans inclus étaient des analphabètes soit 213 (71%).

Ce résultat est contraire à celui de Aureluis Gras [26] en France qui trouve que sur 245, 226 soit 92% des mères possédaient un thermomètre à domicile.

### **2-3-Méthode utilisée pour évaluer la fièvre :**

Dans notre étude, la méthode du toucher était utilisée par 270 soit 90% des mères pour évaluer la fièvre. Tandis que dans celui de Aurelius Gras [21], en France, sur 245 soit 64% des mères utilisaient un thermomètre pour évaluer la fièvre chez l'enfant. Cette méthode est utilisée dans la stratégie P C I M E par les agents de santé, cela permet d'assurer une prise en charge dans les conditions de ressources limitées.

### **2-4-Moment de survenue de la fièvre :**

La nuit était évoquée par 212 mères soit 70,7% comme moment de survenue de la fièvre. Une proportion presque similaire a été observé par Arkins M et al [1] en Gambie en 1993 sur 695 soit 85%.

### **2-5-Conséquence de la fièvre :**

Cent quatre vingt dix huit soit 66% des mères ont évoqué la convulsion comme conséquence principale de la fièvre. Ce résultat est comparable à celui de Quenum C et Issifou s au Bénin qui trouvent 33% des mères la majorité dans le cas de leur étude, pensent de la même manière. [34]

## **3-Attitude pratique des mères**

### **3-1-Premiers gestes face à la fièvre**

Cent vingt huit soit 42,6% des mères faisaient un massage au beurre de karité face à la fièvre et 26,3% ont cité l'enveloppement humide. Comparativement à celui de Arkins M et al [1] en Gambie qui trouvent 19% d'utilisation d'un produit traditionnel et seulement 3,10% faisaient l'enveloppement humide face à la fièvre chez l'enfant. De même l'étude de Dambsya y m et Timdimwebwa g en Afrique du sud montre que 82,8 % de la plus part des mères faisaient la scarification.[13]



### **3-2-Premier recours face à la fièvre :**

Deux cent treize (213) mères soit 77% avaient comme premier recours un agent de santé, contrairement à ceux de Diallo B et coll. [15] en Guinée fait en milieu rural et Camara B et coll. [10] au Sénégal en milieu urbain qui retrouvent respectivement 38% et 45% des mères qui ont recours à un centre de santé face à la fièvre chez l'enfant.

### **3-3-Personne ayant recommandé le geste effectué :**

Soixante six virgule sept pour cent (66,7%) des recommandations faites venaient des grand-mères et 27,4% des agents de santé. Le geste effectuée était le massage au beurre de karité.

Qu'est ce que le beurre de karité ? Le beurre de karité provient d'un arbre robuste de 15-20mètres de hauteurs à cime ramifiée appelé le karité ou **Butyrospermum parki (nom scientifique)**.

Le beurre de karité est couramment vendu sur les marchés africains comme pommade contre les courbatures, les fractures, entorses et foulures .Il est principalement composé de matière grasse, de latex, d'acides variés, d'alcools et de cellulose. [19]

Dans la société africaine et en particulier celle malienne ; il constitue le support du massage par incantation. Dans ce cas particulier les grandes mères et les tradithérapeutes se profitent de son pouvoir naturel en prononçant des formules d'incantations. Une étude presque similaire faite en Afrique du sud soit 82,8% des gestes venaient des grandes mères. Leur geste à été principalement la scarification .La même étude montre une efficacité dans 70% des cas. [13]

Au total l'utilisation des remèdes traditionnels chez les enfants en cas de maladie en générale est assez fréquente en Afrique ; il y a alors un besoin d'étudier le profil de composition et d'activité des préparations

généralement utilisées afin de développer des protocoles de gestion dans le cas de leur toxicité. [13]

### **3-4-Premier recours en cas de convulsion :**

Au Mali dans la mentalité de la majeure partie des mères, la convulsion porte le nom bambara (kono) ou oiseau .Pour elles, lorsqu'un type d'oiseau de mauvaises augures passe au dessus d'un enfant au crépuscule ou la nuit, l'enfant serait atteint inévitablement de convulsion ou (kono).Ainsi deux cent soixante dix (270) soit 90% des mères avaient comme premier recours une structure de santé et seulement 10% vers un marabout en cas de convulsion. De même dans la connotation africaine des convulsions fébriles chez l'enfant, une étude faite au Togo montre quelles portent également le nom oiseau : polupoya ou nwap qui signifie quelque chose d'en haut ou oiseau comparable à la cigogne.

Les crises sont attribuées chez l'enfant aux déjections émises par cet oiseau mystérieux et mythique lors de son passage. [6]

Comparativement à celui de Arkins M et al en Gambie qui trouvent respectivement 80,2% et 1,5% [1]. Cela est une bonne chose ; car les mères ont compris que les convulsions ne sont plus dues aux sorciers ou aux oiseaux (Kônô).

### **3-5-Mères ayant consulté un agent de santé avant l'admission à l'hôpital :**

Trente pour cent (30%) des mères avaient consulté un agent de santé avant l'admission, le même résultat a été trouvé par Arkins M et al [2] soit 6,8%.

### **3-6-Type de médicament donné :**

Quarante sept virgule trois pour cent (47,3%) des mères avaient donné du paracétamol avant l'admission. Ce résultat est comparable à ceux de Diallo B coll. [15] en Guinée et Camara B coll. [10] au Sénégal qui trouvent respectivement que 18% et 44% des mères donnaient de la chloroquine à l'enfant ; de même l'étude de Arkins M et al qui trouvent un taux supérieur à 47,3 des mères qui donnaient aussi de la chloroquine à l'enfant avant de l'amener à l'hôpital. [1]

### **3-7-Personne ayant prescrit le médicament donné**

Cent trente sept soit 68,2% avaient fait une automédication, les mêmes constats ont été fait par Dambisya Y M et Tindimwebwa G en Afrique du sud ; Elechukwu C C et Egbuonu I au Nigeria qui trouvent respectivement 83,1% et 13,8% de cas d'automédication. [13- 18].

Au vu de ces résultats on constate une élévation du taux d'automédication des mères face à la fièvre chez leurs enfants.

Il est alors nécessaire de mettre en place des méthodes efficaces pour instruire les mères sur les dangers d'utilisation des médicaments à domicile sans le conseil d'un agent de santé.

### **3-8-Lieu d'achat des médicaments**

Deux cent cinquante quatre soit 84,7% des mères achetaient leur médicaments dans une officine et seulement 15,3% les achetaient dans les pharmacies ambulantes .Le même constat a été fait par Elechuwu c c et Egbuonu I au Nigeria soit 90,6% [18] .Cela est un phénomène important parce que la pharmacie ambulante est nuisible.

## **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

## **VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

### **1- CONCLUSION :**

Du 23 août 2006 au 23 septembre 2006 soit 1 mois, 300 mères ont été interrogées concernant leurs connaissances, attitudes pratiques face à la fièvre chez l'enfant à la pédiatrie de l'Hôpital Gabriel Touré.

#### **Sur le plan socio démographique :**

Les deux sexes ont été touchés avec une légère prédominance du sexe masculin soit un sex-ratio de 1,18.

La tranche d'âge 1-11 mois était légèrement dominante soit 38% avec une moyenne d'âge de 18,5 mois et des extrêmes de 0-59 mois.

La majorité des pères et des mères n'étaient pas scolarisés ; les ethnies les plus représentées ont été les bambaras soit 31,3%.

La plus part des malades venaient du centre de santé de référence de la commune V.

#### **Sur le plan connaissance :**

De façon globale notre étude montre que les mères n'ont pas une bonne connaissance sur la fièvre.

C'est ainsi que Soixante sept virgule trois pour cent (67,3%) parmi elles ont assimilé la fièvre au paludisme et 269 soit 89,7% n'avaient pas de thermomètre à la maison ; 270 soit 90% ont utilisé la méthode toucher et 77% soit 213 des mères avaient comme premier recours une structure de santé.

Soixante dix virgule sept pour cent (70,7%) soit 212 mères avaient évoqué la nuit comme le moment de survenue la plus grave de la fièvre et 198 soit 66% pensaient que la fièvre peut évoluer vers des convulsions.

### **Sur le plan attitude :**

Cent vingt huit soit 42,66% des mères faisaient des massages au beurre de karité et seulement 26,3% avaient recours à l'enveloppement humide.

Cent quatre vingt dix soit 66,7% des gestes effectués provenaient des grand-mères et 82,4% soit 235 ont pensé que le geste était efficace.

Deux cent soixante dix soit 90% avaient comme premier recours une structure de santé en cas de convulsion.

Vingt pour cent des mères avaient consulté un agent de santé avant l'hôpital et 47,3% ont donné du paracétamol avant l'admission à l'hôpital.

Cent trente sept soit 68,2% avaient fait une automédication et 84,7% des mères achetaient des médicaments donnés dans une pharmacie officine.

L'intérêt de cette thèse est d'apporter un éclairage sur les connaissances et attitudes pratiques des mères face à la fièvre chez l'enfant.

Car tout traitement abusif fait par les mères en cas de fièvre peut entraîner des conséquences graves chez l'enfant sans le concours d'un agent de santé.

## **2- RECOMMANDATIONS :**

A partir des résultats obtenus, nous faisons les recommandations suivantes :

### **1- Au personnel sanitaire :**

- Sensibiliser les mères sur les dangers de l'automédication.
- Informer les mères sur les conséquences de la fièvre chez l'enfant.

- Encourager les mères à amener les enfants dans les structures de santé en cas de fièvre.
- Prendre bien en charge les cas de fièvre en général, en évitant tout traitement antibiotique, anti-inflammatoire et/ou antipaludique à l'aveugle au profit d'un examen clinique méthodique.

## **2- A la population :**

- Eviter les pratiques traditionnelles face à tout cas de fièvre chez l'enfant.
- Amener immédiatement l'enfant dans une structure de santé en cas de convulsion.
- Eviter l'automédication face à tout cas de fièvre chez l'enfant et l'amener dans une structure de santé en cas de fièvre.

## **3- Au Autorités sanitaire :**

- Promouvoir la formation continue des personnels médicaux périphériques sur la prise en charge des pathologies les plus fréquentes chez l'enfant ;
- Répartir le personnel médical spécialisé en pédiatrie dans les périphéries de Bamako et dans les régions ;
- Intensifier la lutte contre le paludisme chez l'enfant ;
- Créer un hôpital pédiatrique pour la meilleure prise en charge des pathologies infantiles.

## REFERENCES



## VII- REFERENCES

### **1- Arkins M.K et al.**

A malaria control trial insecticide treated bed-nets and targeted chemoprophylaxis. In rural area of the Gambia, West Africa. Perceptions of cause of malaria and its treatment and prevention in the study area, transaction of the royal society of tropical medicine and hygiene West Africa 1993; 87, suppl.2: 25-30.

### **2- ArmenGAUD M.**

Fièvre au long court-  
Encyl. Med .Paris. Maladies infectieuses, 8003p, 10-1979.

### **3- BaRIETY M, BONNIO TH., BaRIETYJ.**

Fièvre. In Abrégé de Sémiologie.  
7<sup>ème</sup> Edition, Masson, Paris.1980 PP36 -40

### **4- Beaufils F, Bourrillon A.**

Fièvre du nourrisson,  
Arch.Fr. Pédiatr 1985, 42, 53-61(114 références)

### **5- BeGuE P.**

**Quinet. , B** Fièvre de l'enfant In Pathologie infectieuse de l'enfant.  
Flammarion Ed, 1988, pp. 1-9.

## **6-Beketika-**

Evaluation de la prévention de l'épilepsie et de la cysticocercose dans la préfecture de Tone à propos d'une enquête neuroépidémiologique, thèse de doctorat d'état en médecine 1997 n°17 LOME.

## **7- Bobossi-Seringbe G, Diemer CH, MBONGO- ZINDA, Moyen An., Vohito MD., Moyen G., Siopathis RM,**

Les fièvres prolongées de l'enfant : expérience du CHU de Bangui (Centrafrique).

In Med. D'Afrique Noire 2002 – 49 (7)

## **8- Branthomme E.**

La mesure de la température corporelle lors de la consultation de médecine générale.

Rev Prat Med Gén 1999 ; 471 : 1841-1842.

## **9- Bretagne JF et al.**

Aspirine et toxicité gastroduodénale, Gastroenterol

Clin. Biol ; 8, pp.28-32,1984

## **10- Camara B, MBAYE-DIOUF, WONE I, N DIAYE P**

Travail du service de médecine préventive et de santé publique, faculté de médecine, institut de santé et de développement-

Université Cheick Anta Diop de Dakar. adia ised.sn

Prise en charge du paludisme à domicile. 2002 ; 47( 2 ): 159-63.

**11- CHRONOLOGIE-MALI, LA DIVERSITE ETHNIQUE- CLIO –  
VOYAGE CULTURE 2004-CONFERENCE**

**12- Coulibaly S.**

Fièvre prolongée chez l'enfant : étiologie, clinique, épidémiologie et évolution, dans le service de pédiatrie de l'Hôpital Gabriel Touré.

Thèse Med, Bamako, 2004, N°13.

**13- Dambisya YM; TIMDIMWEBWA G.**

School of health sciences, university of the north, Sovenga 0727, Republic of South Africa 2003; 80, 8: 402-5.

Traditional remedies in children around eastern cape, south Africa.

**14- Despert F, Chaupetie A, Franchier C, Combe P.**

Les fièvres au long cours chez l'enfant.

Concours Médical 1981 ; 12, 103.

**15- Diallo B A, BEAVOGUI AH, LAPOINTE C, VIEN P.**

Home care of malaria infected children of less than 5 years of age in a rural area of the Republic of Guinea. 2001; 79(1): pp28-32.

**16- Doumbia MN.**

Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant dans le service de pédiatrie (Hôpital Gabriel Touré).

Thèse Med, Bamako, 2001, N°119.

**17- DRABO K M ; TARNAGDA Z ; ZEBA N ;SERI L ;OUEDRAOGO J B ; KABORE I ;ROUAMBA J ; GUIGUEMDE T R.**

Représentation et pratique en matière de paludisme chez les personnes en charge des enfants de moins de 5 ans en milieu rural de la province du houet juillet 2003-juin 2004-issn 1011-6028.

**18-ELECHUKWU CC, EGBUANONU I.**

Drug treatment of common child hood symptoms in nnwi: what mother do ? Nigeria j ,clin pract- 2005 juin;8 (9):1-3

**19-ENCYCLOPEDIE MEDICALE**

Tome 4 édition 1980 30 novembre Larousse d'Afrique pp 24-25.

**20-FIEVRE ET LA PRISE DE LA TEMPERATURE : soins de nos enfants** htm.33k

Société canadienne de pédiatrie 2305-boul st laurent Ottawa k-1 g

**21- Gaudelus J, Yannicaujard E B, Bourrillon A et coll..**

Fièvre prolongée In maladie infectieuse de l'enfant Diagnostic et traitement.

Edition Pradel Paris 1998.

**22- Keita MM.**

Etude rétrospective des hyperthermies et SIBI dans le service de pédiatrie de l'Hôpital Gabriel Touré.

Thèse Med, Bamako, 2002.

**23- KluGer MJ Drugs FOR CHILDREN FEVER**

Lancet 1992; PP339, 70.

**24- Le Gall E. LEBRETHON MC., Bergeron C, Biayo M., Peudenier S., Jesequel C.**

La fièvre au cours des maladies malignes de l'enfant.

IN Revu Internatinal de Pediatrie n° hors serie février 1990 pp 24 à 28.

**25- Lodder MC, Schild Kamps RL, BIJMER HA et COLL.**

Prognostic indication of outcome of meningococcal disease:a study of 562 patients j med Microbiol 1996; 451: 16-20.

**26- Melle Aureluis Gras**

Evaluation de la mesure de la température par les parents d'enfants fébriles.

Thèse Med, Paris, 2004, N°29.

**27- Moyen G., Okandre-ElanGA J. P, OZingou L.S**

Fièvre chez l'enfant à propos de 168 cas colligés au CHU de Brazzaville in med Afrique Noire : 1993, 40 (6).

**28- MSSPA : Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées**

Cellule de planification et de statistique.

Enquête démographique et de santé au Mali.

EDSM-III (1996-2001).

**29- Oyo -Ita A, MEREMIKWU M.**

Physical methods of treating fever in children .the Cochrane database of systematic reviews 2003,issue 2.art.no:cd004264.

**30- Peyramond D, Birou F.**

Conduite à tenir devant un état fébrile prolongé de l'enfant en milieu tropical.

Med Mal Infect 1987 ; 17 : 204-211.

**31- Pichard E, Minta DK.**

Maladie infectieuse.

Cours 5<sup>ème</sup> année Médecine, (FMPOS)- Bamako.2004 pp 90 -140

**32-PLAN STRATEGIQUE DE LA PRISE EN CHARGE A DOMICILE DE LA FIEVRE/PALUDISME AU RWANDA .Avril 2004 Usaid U NUCEF**

**33-PRISE EN CHARGE INTEGREE DES MALADIES DE L'ENFANT(P C I M E).REGION AFRIQUE 2002 :conseiller la mères pp 32-34.**

**34- Quenum C.et ISSIFOU S.**

Connaissance, attitudes et pratiques des mères d'enfant de moins de 5 ans vis-à-vis du paludisme dans la commune rurale de Ouakpé-Daho, au sud du Bénin. women and molaria-special risks and appropriate central strategy.social sciences and medecine,1993,37(4) :473-80.

**35- Rantala H, TarkKa R, UHARI M.A**

Meta-analytic review of the preventive treatment of recurrence of febrile seizures pediatri 1997; 131:922-925.

**36- Steel RW, Jones SM, Lowce BM.**

Use foulness of scanning procedures for diagnosis of fever of unknow origin in children.

Inj P Pediatr, 1991; 119: 52 6-30.

**37- Van Sttrinjvenberg M, Deerksen-Lubsen G, Stegerberg.**

Randomized controlled trial of Ibuprofen syrup administrated during febrile illness to prevent febrile seizure recurrence

Pédiatr 1998; 102: 1-7.

# ANNEXES



## QUESTIONNAIRE:

### CONNAISSANCES ATTITUDES ET PRATIQUES DES MERES DEVANT LA FIEVRE CHEZ L'ENFANT

#### Identification

- {Q1} Age: /\_\_\_/\_\_\_/ (mois)  
{Q2} Sexe: /\_\_\_/ (1=masculin, 2=féminin)  
{Q3} Résidence: .....  
{Q4} Ethnie: .....

#### ATCD Familiaux

##### Père

- {Q5} Age : /\_\_\_/\_\_\_/ (ans)  
{Q6} Profession : .....  
{Q7} Niveau d'instruction: .....

##### Mère

- {Q8} Age: /\_\_\_/\_\_\_/ (ans)  
{Q9} Profession: .....  
{Q10} Niveau d'instruction: .....

#### Connaissance de la Fièvre

*D'après vous qu'est ce que la fièvre?*

- {Q11a} Elévation Température : |\_\_\_| (1=Oui, 2=Non)  
{Q11b} Paludisme : |\_\_\_| (1=Oui, 2=Non)  
{Q11c} Autre: .....  
{Q12} Avez vous un thermomètre à la maison: |\_\_\_| (1=Oui, 2=Non)

*Comment avez vous sentit que votre enfant a de la fièvre?*

- {Q13a} Toucher: |\_\_\_| (1=Oui, 2=Non)  
{Q13b} Thermomètre: |\_\_\_| (1=Oui, 2=Non)  
{Q13c} Autre: .....  
{Q14} Pensez vous que la fièvre est une maladie à part entière: |\_\_\_|  
(1=Oui, 2=Non)  
{Q15} Quel est votre premier recours face à la fièvre: /\_\_\_/  
(a=tradipraticien, b=vieille personne, c=agent santé, d=marabout, e=pharmacie ambulante)

*Quelles sont les conséquences d'une fièvre à votre avis?*

- {Q16a} Convulsion: |\_\_\_| (1=Oui, 2=Non) {Q16b} Décès: |\_\_\_| (1=Oui, 2=Non)  
{Q16c} Autres: .....

Quels sont les facteurs de gravité d'une fièvre:

- {Q17a} Intensité: |\_\_\_| (1=Oui, 2=Non)  
{Q17b} Durée: |\_\_\_| (1=Oui, 2=Non)  
{Q17c} Période: |\_\_\_| (1=Oui, 2=Non)  
{Q17d} Autres: .....

*A votre avis à quel moment la survenue de la fièvre est elle grave ?*

- {Q18a} Matin: |\_\_\_| (1=Oui, 2=Non)  
{Q18b} Journée: |\_\_\_| (1=Oui, 2=Non)  
{Q18c} Soir: |\_\_\_| (1=Oui, 2=Non)  
{Q18d} Nuit: |\_\_\_| (1=Oui, 2=Non)

*Quels sont les gestes généralement faite en cas de fièvre?*

- {Q19a} Bain tiède: |\_\_\_| (1=Oui, 2=Non)  
{Q19b} Déshabillé: |\_\_\_| (1=Oui, 2=Non)  
{Q19c} Serviette mouillée: |\_\_\_| (1=Oui, 2=Non)  
{Q19d} Beurre karité: |\_\_\_| (1=Oui, 2=Non)  
{Q19e} Décoction traditionnelle : |\_\_\_| (1=Oui, 2=Non)  
{Q19f} Antipyrétique: |\_\_\_| (1=Oui, 2=Non)  
{Q19g} Autres: .....

### **Attitude pratique**

*Est ce que vous avez fait quelque chose avant de venir?*

Si oui quel a été votre premier geste face à la fièvre?

- {Q20a} Bain tiède: |\_\_\_| (1=Oui, 2=Non)  
{Q20b} Déshabillé: |\_\_\_| (1=Oui, 2=Non)  
{Q20c} Serviette mouillée: |\_\_\_| (1=Oui, 2=Non)  
{Q20d} Beurre karité: |\_\_\_| (1=Oui, 2=Non)  
{Q20e} Décoction traditionnelle: |\_\_\_| (1=Oui, 2=Non)  
{Q20f} Autre: .....

{Q21} Qui vous a dit de faire ce geste? /\_\_\_/

a=grand mère, b=agent santé, c=entourage, d=vous même, c=tradipraticien

*Pourquoi avez vous fait ce geste?*

- {Q22a} Diminution fièvre: |\_\_\_| (1=Oui, 2=Non)  
{Q22b} Eviter convulsion: |\_\_\_| (1=Oui, 2=Non)  
{Q22c} Autre: .....

{Q23} A votre avis ce geste est il efficace: |\_\_\_| (1=Oui, 2=Non)

{Q24} En cas de convulsion quel est votre premier geste: /\_\_\_/

a=marabout, b=tradipraticien, c=grand mère d=structure santé, e=voisine

{Q25} Avez vous vu un agent santé avant de venir: |\_\_\_| (1=Oui, 2=Non)

{Q26} Avez vous donné un médicament: |\_\_\_| (1=Oui, 2=Non)

{Q27} Si oui quel médicament avez vous donné

{Q27a} Paracétamol: |\_\_\_| (1=Oui, 2=Non)

{Q27b} Aspirine: |\_\_\_| (1=Oui, 2=Non)

{Q27c} Nivaquine: |\_\_\_| (1=Oui, 2=Non)

{Q27d} Autre: .....

*Dans quel but avez vous donné ce médicament*

{Q28a} Diminution fièvre: |\_\_\_| (1=Oui, 2=Non)

{Q28c} idée paludisme: |\_\_\_| (1=Oui, 2=Non)

{Q28c} Autre: .....

{Q29} Si non pourquoi n'avez vous pas donné médicament: /\_\_\_/

a=pas d'id,e sur la maladie, b=idée amener dans une structure santé, c=pas médicament la maison, d=père absent, e=pas d'argent, f=aime pas automédication, g=traitement traditionnel h=autre)

{Q29a} Autre: .....

{Q30} Qui vous a prescrit ce médicament: <A>

a=agent santé, b=entourage, c=automédication

{Q31} Cette prescription date cette épisode ou ant.: |\_\_\_| (1=Oui, 2=Non)

{Q32} En cas de fièvre ou achetez vous les médicaments: /\_\_\_/

a=pharmacie officine, b=pharmacie ambulante

# FICHE SIGNALÉTIQUE

**Nom** : CISSE

**Prénom** : Moustapha

**Titre de Thèse** : connaissances attitudes et pratiques des mères devant la fièvre chez l'enfant au service de pédiatrie du chu de l'Hôpital Gabriel Touré

**Année** : 2006-2007

**Ville de soutenance** : Bamako

**Pays d'origine** : Mali

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la FMPOS

**Secteur d'intérêt** : Santé Publique, Pédiatrie

## RESUME

Aussi bien en Afrique qu'en Europe ; la fièvre n'est pas exceptionnelle et pose avant tout le problème de sa cause.

Au Mali aucune étude n'a été menée sur la question : Connaissances, Attitudes et Pratiques des Mères face à la fièvre chez l'enfant.

Notre étude qui a été transversale et descriptive s'est déroulée du mois Août 2006 au mois de Septembre 2006.

L'objectif principal était d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des mères face à la fièvre chez l'enfant au CHU de l'hôpital Gabriel Touré.

Il ressort de ce travail que :

- Les mères n'ont pas une bonne connaissance de la fièvre.
- les mères ont assimilées la fièvre au paludisme.
- le toucher a été leur moyen principal pour évaluer la fièvre.
- leur première geste face à une fièvre a été le massage au beurre de karité.
- l'agent de santé a été le premier recours en cas de convulsion.
- la plus part des mères avaient fait une automédication devant la fièvre.

L'éviction de l'automédication et le recours précoce vers l'agent de santé sont autant de facteurs qui permettront une réduction des conséquences d'une fièvre.

**Mots clés** : fièvre – Mère – Pédiatrie

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

**Je le jure.**